

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิมลรัตน์ จงเจริญ¹
วันดี คหะวงศ์²
อังศุมา อภิชาติ³
อรนิช แสงจันทร์⁴
ประภาพร ชุกำเหน็ด⁵
กัลยาณี บุญสิน⁶
ถนอม ชูงาน⁶

A self-care promotion model for controlling blood sugar in type 2 diabetes

Chongchareon W, Kahawong W, Apichato A, Sangchandr O, Chukumneard P, Boonsin K, Chugnan T.

Department of Fundamental Nursing, Faculty of Nursing,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Department of Nursing, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Songkla Med J 2008;26(1):71-84

¹วท.ม. (สาธารณสุข), ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ²Ph.D. (พยาบาล), อาจารย์ ³วท.ม. (พยาบาล), ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ⁴กศ.ม (การอุดมศึกษา), ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ⁵พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), อาจารย์ ภาควิชาการบริหารการศึกษาศึกษาพยาบาลและบริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

⁶วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) แผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

รับต้นฉบับวันที่ 4 มกราคม 2550 รับลงตีพิมพ์วันที่ 20 กันยายน 2550

Abstract:

This action research aimed to investigate the effectiveness of a model of self-care promotion for blood sugar control among type 2 diabetic patients. The sample comprised 32 patients aged 30 years or older who were clinically diagnosed with non-insulin-dependent diabetes mellitus, and who received medical services at Songklanagarind Hospital, Songkhla province, Thailand. Data were collected via in-depth interviews, focus groups, and observation. The data were examined by triangulation technique and analyzed with classification, interpretation, and conclusion methodologies.

The results demonstrated the sample perceived diabetes to be associated with genetics, aging, and inappropriate health behaviors; it could happen to anybody, and was a socially acceptable disease. They were aware that the symptoms included fatigue, polyuria, and death in severe cases. Regarding self-care behavior, some of the subjects could not control their diets at all times; they ate sweet, high-fat, and low-fiber foods. They ate inconsistently and too much dinner. Most of the subjects did not exercise regularly. The sample reported incorrect medication behavior, including inconsistently taking medication, forgetting to take medication, buying medication, and stopping medication on their own volition. They also had a high mental stress level. The factors affecting their health behaviors were satisfaction with the taste, lack of self-control, feeling of alienation when exercising, inappropriate time and stress management, incorrect knowledge and understanding, negative family support, conflicting lifestyle, lack of sociocultural support, nonbeneficial occupation, lack of health-service system encouragement and health limitations.

The self-care promotion model for blood-sugar control of the diabetic patient consisted of 15 strategies. For nurses, it included creating good human relations, creating knowledge and skills, creating a suitable environment for learning, promoting mental and emotional balance, and continuous support. For patients, it included awareness, intention, initiation, consciousness, and continuity. For relatives, it included caring, eating a low sweet and low-salt diet, exercising, sharing ideas, and equanimity. At the end of the project, the subjects were able to have better behaviors, including eating proper diet, taking medication regularly, increasing exercise, and adjusting stress management appropriately. The mean score of fasting plasma glucose (FPG) and hemoglobin A_{1c} (HbA_{1c}) showed a significant decrease ($p < .05$ and $p < .001$, respectively) after participation in the project. The result of this study confirmed a model of self-care promotion of blood sugar control in type 2 diabetic patients which emphasized collaboration among stakeholders, especially patients, relatives and nurses in a holistic care atmosphere.

Key words: a self-care promotion's model, type 2 diabetes, controlling blood sugar

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 32 ราย อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ระยะที่สองเป็นการวางแผนและกำหนดแนวทาง การส่งเสริมการดูแลตนเอง และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ สทนากลุ่มและ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการจัดหมวดหมู่ การตีความและการสร้างข้อสรุป

ผลการวิจัยพบว่าก่อนศึกษาโครงการผู้ป่วยรับรู้โรคเบาหวานว่าเป็นโรคเกิดจากกรรมพันธุ์ ความเสื่อมของร่างกายเนื่องจากอายุมาก เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เป็นโรคเรื้อรัง สังคมไม่รังเกียจ มีอาการอ่อนเพลีย บัสสาวะบ่อย ไม่รุนแรง แต่ถ้ารุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ งดอาหารหวานไม่ได้

ควบคุมอาหารได้ไม่ต่อเนื่อง รับประทานอาหารไขมันสูง มีกากใยน้อย รับประทานมื่อเย็นมาก จุกจิก ไม่ตรงเวลา ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทาน ซึ่ยารับประทานเองและหยุดยาเอง และมีภาวะเครียดสูงโดยมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ ลักษณะอุปนิสัยติดในรสชาติ บังคับใจตนเองไม่ได้ รู้สึกแปลกแยกจากคนอื่นเมื่อจะออกกำลังกาย การจัดการเวลาและความเครียดไม่เหมาะสม ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ได้รับการสนับสนุนไปในทางลบจากครอบครัว มีภาวะบีบคั้นและความขัดแย้งในวิถีชีวิต สังคมวัฒนธรรมไม่เกื้อหนุน อาชีพไม่หนุนเสริม ระบบบริการสุขภาพไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ และมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ผลจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มี 15 กลวิธี ประกอบด้วย 5 ส. จากฝ่ายพยาบาล ได้แก่ สัมพันธ์ภาพ สื่อสารความรู้และทักษะ สิ่งแวดล้อม สมดุลด้านจิตอารมณ์ สนับสนุน และสืบสาน 5 ต. จากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ตระหนัก ตั้งใจ ตั้งต้น ตั้งสติ ต่อเนื่อง และ 5 อ. จากญาติของผู้ป่วย ได้แก่ เอื้ออาทร อ่อนรสนชาติ ออกกำลังกาย ออกความคิดเห็น อุเบกขา ภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน มีการควบคุมชนิดและปริมาณอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่องดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้ มีประสิทธิภาพขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดบนฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ ผลการศึกษครั้งนี้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เน้นความเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล ภายใต้บรรยากาศของการดูแลแบบองค์รวม

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมดูแลตนเอง, เบาหวานชนิดที่ 2, ระดับน้ำตาลในเลือด

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ต้องใช้เวลารักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน นับเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกในปัจจุบันรวมทั้งประเทศไทย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2538 มีจำนวน 135 ล้านราย และเพิ่มขึ้นเป็น 171 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านราย โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศแถบเอเชีย เช่น ประเทศจีนและอินเดีย จะเป็นประเทศที่มีประชากรเป็นเบาหวานสูงที่สุด¹ สำหรับประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2539-2540 พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 4.4 และในปี พ.ศ. 2543 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.6 ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป หรือมีจำนวน 1.54 ล้านราย และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.74 ล้านราย โดยความชุกของโรคเบาหวานในเขตเมืองสูงกว่าชนบท และพบความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น²⁻³

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของขบวนการเผาผลาญกลูโคสในร่างกาย เนื่องจากการขาดอินซูลินหรือมีอินซูลินแต่ออกฤทธิ์ไม่ได้ โรคเบาหวานที่สำคัญมี 2 ชนิด คือ 1) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือชนิดพึ่งอินซูลิน พบได้ประมาณ

ร้อยละ 10 และส่วนใหญ่พบในเด็ก 2) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบได้ประมาณร้อยละ 90 ของโรคเบาหวาน นอกจากนี้อาจเกิดร่วมกับการเป็นโรคของตับอ่อนโรคทางพันธุกรรม และโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์¹⁻⁴ ปัญหาสำคัญที่เกิดจากโรคเบาหวาน คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต จอประสาทตา ระบบประสาทหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง ความรู้สึกทางเพศลดลงและโรคติดเชื้อต่างๆ^{1, 5-6} โดยพบว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานจากภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงถึงร้อยละ 65 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยร้อยละ 73 และเป็นสาเหตุของไตวายร้อยละ 44 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทร้อยละ 60-70 และเป็นสาเหตุสำคัญของการถูกตัดขาส่วนปลายถึงร้อยละ 60⁷ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต น้ำหนักตัว และการให้สุขศึกษาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย จะสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้¹ เป้าหมายการศึกษานี้จึงเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ใหญ่ที่สุดในภาคใต้ ลักษณะผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาออกจากเป็นผู้ป่วยในจังหวัด

สงขลาแล้ว ยังมีผู้ป่วยมาจากจังหวัดใกล้เคียงและทั่ว 14 จังหวัดภาคใต้ โดยเชื่อว่าจะช่วยสะท้อนความเป็นบริบทของผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ได้ชัดเจนขึ้นและสามารถใช้เป็นแนวทางในการนำสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยกับผู้วิจัย ในการวิเคราะห์ปัญหา แลกเปลี่ยนความรู้ทัศนคติและประสบการณ์ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติและการสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติและการปรับปรุงแผน^๑ และใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี (theoretical framework) เกี่ยวกับการดูแลตนเองของ Orem^๑ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นการให้ผู้ป่วยรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเอง โดยมองว่าการดูแลสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจะมีการเรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีของตนเอง เพื่อให้สามารถจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อันเป็นการดูแลสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วัสดุและวิธีการ

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจเพื่อรับการรักษาคีคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้ามากกว่า 126 มก./ดล. ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกันไม่เกิน 3 เดือน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจล้มเหลว ภาวะไตเสื่อม หรือควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ ไม่อยู่ระหว่างการใช้อินซูลินควบคุมโรค สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดีและยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 32 ราย กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ โดยผู้วิจัยขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและขอความยินยอมจากผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และสิทธิในการเข้าร่วมหรือออกจากโครงการโดยไม่มีผลต่อการรักษาและบริการสุขภาพที่ได้รับ และข้อมูลที่ได้อาจเสนอผลการศึกษาในภาพรวม การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม พร้อมขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อบันทึกเทป และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มแต่ละครั้งนานประมาณ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ระยะนี้ใช้เวลา 6 เดือน ระยะที่ 2 เป็นการวางแผนและกำหนดแนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ระยะที่ 1 มาเป็นแนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเองด้วยการสนทนาเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มทั้งผู้ป่วยและญาติ และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยนำแนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเองไปทดลองปฏิบัติ สังเกต สะท้อนผลการปฏิบัติ และปรับปรุงแผนเพื่อสามารถปฏิบัติได้เหมาะสม ระยะนี้ใช้เวลา 10 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้เทคนิคการจัดหมวดหมู่ข้อมูลเป็นหัวข้อย่อย การนำหัวข้อย่อยมาตีความ และหาข้อเท็จจริงเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับข้อมูลที่ได้ทั้งหมด เพื่อหาคำอธิบายและสร้างข้อสรุป

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 32 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 43-65 ปี เป็นโรคเบาหวานมานาน 4-12 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 75 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.7 มากกว่าครึ่งสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 62.5 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 68.7 และกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 50 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FPG) ก่อนศึกษาโครงการอยู่ระหว่าง 128-260 มก./ดล. โดยมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) = 176.0 มก./ดล. และค่าระดับน้ำตาลในเลือดบนฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) อยู่ระหว่างร้อยละ 5.6-12.10 และมีค่าเฉลี่ย = ร้อยละ 7.8

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่าก่อนศึกษาโครงการผู้ป่วยมีการรับรู้โรคเบาหวานดังนี้ 1) เกิดจากกรรมพันธุ์ เช่น บอกว่า "เชื่อว่าเป็นกรรมพันธุ์ เพราะคุณแม่เสียชีวิตด้วยเบาหวานและพี่ชายก็เป็นเบาหวาน" 2) เกิดจากภาวะเสื่อมของร่างกายเนื่องจากอายุมาก เช่นกล่าวว่า "เกิดจากอายุมาก ร่างกายก็เสื่อมตามวัยเพราะไม่เคยมีญาติพี่น้องเป็นเบาหวาน" 3) เกิดขึ้นได้กับทุกคน ดังที่บอกว่า "เป็นกันได้ทุกคน ไม่ใช่เฉพาะคนอายุมาก ในเด็กก็ยังมีได้" 4) เป็นโรคเรื้อรัง เช่นบอกว่า "เป็นโรคที่รักษาไม่หายและต้องรักษานาน" 5) รับประทานยา แล้วก็ดีขึ้น ดังที่บอกว่า "เมื่อก่อน

ปัสสาวะบ่อยมาก พอกินยาแล้วก็ดีขึ้น” 6) อาการไม่รุนแรง ยังทำงานได้ตามปกติ โดยเล่าว่า “เป็นหลายปีแล้ว กินยามาตลอด ยังไปทำงานได้เหมือนเดิม” 7) ทำให้อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ทำงานหนักไม่ค่อยได้ ดังเช่นบอกว่า “ไปทำสวนนานๆ ไม่ได้ เพลียเร็ว ไม่ค่อยมีแรง” 8) ปัสสาวะบ่อย เช่นเล่าว่า “ปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะเวลากลางคืน บางคืน 12-15 ครั้ง” 9) ทำให้เสียชีวิตได้ เช่นบอกว่า “ถ้าเป็นมากก็อันตรายและเสียชีวิตได้”

พฤติกรรม การดูแลตนเองและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

พฤติกรรม การดูแลตนเองในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีดังนี้ (ตารางที่ 1)

1. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พบว่า 1) งดอาหารหวานไม่ได้ ดังเช่นกล่าวว่า “ตอนเช้าดื่มน้ำชา กาแฟเป็นประจำ” “ดื่มนมเปรี้ยวรสหวาน” “โรตีสาน้ำตาล” “โอวัลติน ไมโล” 2) ควบคุมอาหารได้ไม่ต่อเนื่อง ดังที่บอกว่า “กินบ้าง (อาหารหวาน) ไม่กินบ้าง ค่ะ ไม่ได้หรอก เพราะปากมันอยาก จึงปล่อยเลยตามเลย” 3) รับประทานอาหารไขมันสูงและมีกากใยน้อย เช่น บอกว่า “ตอนเช้ากินข้าวมันไก่ 1 จาน ก่อนไปทำงานเกือบทุกวัน” 4) รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ดังที่บอกว่า “ถ้ากำลังเจรงานไม่เสร็จ ยังรับประทานไม่ได้” “ต้องรอลูกซื้ออาหารมาให้ บางทีก็กลับมาเร็วบางทีก็มาช้า ไม่ค่อยแน่นอน” 5) รับประทานอาหารมื่อเย็นมาก เช่นบอกว่า “ส่วนใหญ่กินมื่อเย็นมากกว่า มื่ออื่น” 6) รับประทานจุบจิบ ดังที่บอกว่า “มีขนมติดตัวอยู่เป็นประจำ เช่น บัวยเค็ม สาหร่ายอบปรุงรส” โดยมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ 1) ติดโนรสชาติ เนื่องจากยังใช้น้ำตาลปรุงอาหาร โดยให้เหตุผลว่า “ถ้าไม่ใส่ก็ไม่อร่อย” 2) บังคับใจตัวเองไม่ได้ ดังที่ลูกสะใภ้ของผู้ป่วยเล่าว่า “ซื้อทุเรียน 1 ลูกเก็บไว้ในตู้เย็น บอกคุณแม่ว่าทานได้ แต่อย่าเยอะเพราะเดี๋ยวน้ำตาลจะขึ้น แต่พอรุ่งขึ้นตอนเย็นกลับจากทำงาน คุณแม่บอกว่าทานทุเรียนหมดแล้ว เพราะอยากทาน ทนไม่ได้” 3) ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังที่บอกว่า “ทราบว่าจะต้องดชนมหวาน น้ำหวาน ส่วนความรู้อื่นๆ ไม่ค่อยทราบละเอียด” “บางครั้งทำตัวไม่ถูก เพราะไม่เข้าใจ ทำให้กินอาหารไม่ถูก เพราะรู้เท่าไม่ถึงการณ์” “เข้าใจว่ากินเต้าก็ไม่ได้ เพราะว่าเต้าก็ไม่ใช่ขนมหวาน” 4) ได้รับความสนับสนุนไปในทางลบจากครอบครัว เช่นบอกว่า “ทุกเช้า ลูกชายซื้อกาแฟและปาท่องโก๋มาให้ทาน” “รับประทานอาหารเหมือนกันทั้งครอบครัว ไม่ได้ปรุงอาหารแยกโดยเฉพาะ” 5) สังคมวัฒนธรรมไม่เกื้อหนุน เนื่องจากต้องเข้าสังคม ไปงานเลี้ยงและงานเทศกาลทำบุญบ่อยทำให้มีการรับประทานขนมหวานมากขึ้น เช่น เทศกาลเดือนสิบ เทศกาลไหว้พระจันทร์ โดยให้เหตุผลว่า

“มีปีละครั้ง ถ้าไม่กินก็ต้องรออีก 1 ปี” และมีความเกรงใจเพื่อน เช่น “ไม่กล้าปฏิเสธขนมที่เพื่อนบอกว่าทำเองและอร่อยมาก” 6) อาชีพไม่หนุนเสริม เช่น บอกว่า “ทำขนมหวานขาย ทำให้ต้องชิมขนมหวานทุกวัน” 7) ระบบบริการสุขภาพไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น ไม่มีห้องให้คำปรึกษา ไม่มีสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมกลุ่ม ขาดสื่อด้านความรู้และการดูแลตนเอง โดยถามว่า “มีหนังสือให้บ้างไหม จะได้ให้อ่านให้ฟัง” 8) มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ โดยบอกว่า “สุขภาพฟันไม่ดี ทำให้รับประทานอาหารจำพวกแป้งเป็นส่วนใหญ่” “พยาบาลแนะนำดี แต่พอถึงบ้านก็ลืมหมด”

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ มีเพียง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.2 เท่านั้นที่มีการออกกำลังกายโดยการขี่จักรยานเป็นประจำ ตั้งแต่ก่อนเป็นโรคเบาหวาน โดยมีอุปสรรคเนื่องจาก 1) ลักษณะอุปนิสัยไม่ชอบ เช่นกล่าวว่า “ไม่ชอบออกกำลังกาย ตั้งแต่เด็ก” 2) ขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง เช่นผู้ป่วยบอกว่า “คิดว่าการเดินทางไปซื้อของในตลาด ก็เป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว” 3) รู้สึกแปลกแยกจากคนอื่น เช่น กล่าวว่า “ไม่มีใครออกกำลังกายในหมู่บ้าน รู้สึกแปลกๆ ถ้าไปคนเดียว” 4) ขาดการสนับสนุนจากสังคมและชุมชน ดังเช่นบอกว่า “ไม่กล้าไปเพราะไม่มีเพื่อนไป” “กลัวมีขโมยเข้าบ้านเพราะไม่มีคนเฝ้าบ้าน” 5) มีข้อจำกัดด้านสุขภาพทางกาย เช่นบอกว่า “ปวดเข่า” “เหนื่อยง่าย” ทำให้ไปออกกำลังกายไม่ได้ 6) การจัดการเวลาไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถปรับแบบแผนวิถีชีวิตให้มีการออกกำลังกาย เช่นเล่าว่า “ตอนเช้าต้องส่งลูกไปโรงเรียน กลางวันทำงาน ตอนเย็นต้องไปรับลูกและส่งลูกไปเรียนพิเศษอีก ทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย”

3. พฤติกรรมการรับประทานยา พบว่า 1) รับประทานยาไม่ตรงเวลา 2) ลืมรับประทาน 3) ซื้อยารับประทานเอง เช่น บอกว่า “บางทียาหมด ไม่ได้ไปหาหมอ ก็ไปซื้อยาทานเอง” 4) หยุดยาเอง เพราะ “เห็นว่าน้ำตาลลดลงแล้ว” “ลองใช้สมุนไพร รักษา” ผู้ที่ทำงานนอกบ้านมีปัญหาการรับประทานยาไม่ตรงต่อเวลา และลืมรับประทาน โดยมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ 1) อาชีพไม่หนุนเสริม เนื่องจาก “ติดธุระและกลับบ้านไม่เป็นเวลา ทำให้ต้องเลื่อนเวลาการรับประทานทั้งอาหารและยาออกไป” 2) มีความเข้าใจเรื่องยาไม่ถูกต้อง เพราะ “เห็นว่าน้ำตาลลดลงแล้ว จึงหยุดรับประทานยา”

4. การเผชิญกับภาวะเครียด การมีชีวิตอยู่กับเบาหวานพบว่าในระยะแรกของการศึกษาผู้ป่วยมีความเครียดสูง มีความรู้สึกลุ่มใจ ทุกข์ใจ เครียด ซึมเศร้า หงุดหงิด ท้อแท้ หมดกำลังใจ กลางคืนนอนไม่หลับ เช่น “ไม่รู้จะทำอย่างไรดี กินโน่นก็ไม่ได้อีก”

กินนี้ก็ไม่ได้ กินมากก็ไม่ได้ หมอบอกน้ำตาลขึ้น กินน้อยก็ไม่ได้ เพราะหิว รู้สึกท้อ หมดกำลังใจ ไม่อยากควบคุมอาหารอีก เพราะโรคไม่เคยหายสักที” และไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้เหมาะสม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) มีภาวะบีบคั้นจากภาวะรับผิดชอบทางครอบครัว เช่น “รู้สึกกลัวใจมากกับหลานชาย อายุ 8 ปี เป็นปัญญาอ่อนและพิการ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย รู้สึกเหนื่อยหน่ายและทุกข์มากจนบอกไม่ถูก เพราะป้าต้องทำทุกอย่างให้เขาด้วยป้าคนเดียวตลอด ลูกสาวที่เป็นแม่ของเด็กอยู่ต่างจังหวัด มาเยี่ยมเดือนละครั้ง” “อยู่กันสองคน ทำงานบ้าน และต้องดูแลสามีทุกวันซึ่งเป็นอัมพาต ไปไหนไม่ได้” 2) มีความขัดแย้งในครอบครัว เช่น “ทะเลาะกับแฟนบ่อยเพราะถูกเขาโกงเงิน เครียดมาก กลางคืนกินนอนไม่หลับ ทำงานก็ไม่มีสมาธิ

จิตฟุ้งซ่าน” 3) บทบาทครอบครัวเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดภาวะเครียดและซึมเศร้า ดังเช่น “ตั้งแต่สามีเสียมา 3 ปี ตอนนั้นก็อยู่อย่างทุกข์ใจและต้องทำงานหนัก ต้องรับผิดชอบดูแลไร้วส่วนแทนและจัดการเองทุกอย่าง เมื่อก่อนไม่เคยทำ รู้สึกไม่มีที่พึ่ง เครียดมาก” 4) การปรับตัวกับความสูญเสียไม่มีประสิทธิภาพ เช่นเล่าว่า “น้องชายคนที่สนิทกันมากเสียชีวิตกระทันหัน รู้สึกเสียใจมาก ทำใจไม่ได้ และรู้ว่าสาเหตุทำให้น้ำตาลไม่ลด” และใช้อารมณ์ในการจัดการกับความเครียด เช่น “เครียดจากการทำธุรกิจ งานยุ่งมาก กินยาตลอดก็ไม่ดีขึ้น หมดกำลังใจ เคยคิดอยากฆ่าตัวตาย” “เวลาทะเลาะกับแฟน ต่างคนต่างใช้อารมณ์ รู้ตัวว่าเป็นคนอารมณ์ร้อน แต่ทนไม่ได้ ยิ่งพูดมากก็ยิ่งโมโห”

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการศึกษา (n=32)

หัวข้อเรื่อง	พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	
	ก่อนศึกษา	หลังศึกษา
1. ด้านอาหาร	งดอาหารหวานไม่ได้ ควบคุมอาหารได้ไม่ต่อเนื่อง รับประทานอาหารไขมันสูงมีกากใยน้อย รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานมือเย็นมาก รับประทานจุกจิก	ควบคุมชนิดและปริมาณอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารหวานไขมันสูง ลดผลไม้ให้น้อยลง รับประทานผักเพิ่มขึ้น ใช้วิธีนี้ึ่งและต้มมากกว่าทอด หลีกเลี่ยงอาหารมีอ้วน รับประทานข้าวกล้องแทนข้าวขัดขาว รับประทานปลามากกว่าเนื้อหมูเนื้อวัว
2. ด้านการออกกำลังกาย	ออกกำลังกาย ร้อยละ 6.2	ออกกำลังกาย ร้อยละ 59.3
3. ด้านการรับประทานยา	รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทานยา ซื้อยารับประทานเอง หยุดยาเอง	รับประทานยาตามแพทย์สั่ง อย่างเคร่งครัด
4. ด้านการเผชิญความเครียด	จัดการกับความเครียดได้ไม่เหมาะสม ใช้วิธีการจัดการกับความเครียดด้วยอารมณ์	ใช้ศาสนาและหลักธรรมรักษาความสมดุล ด้านจิตใจและอารมณ์ แสวงหากิจกรรมผ่อนคลาย ปฏิบัติสมาธิ พูดคุยระบายกับเพื่อน ปรึกษาพยาบาล

1. องค์ประกอบ 5 ส. จากฝ่ายพยาบาล ประกอบด้วย

1) **สัมพันธ์ภาพ** เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ ยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคลและเป็นกันเอง รับฟังปัญหาการดูแลตนเองและความรู้สึกไม่สบายใจของผู้ป่วยด้วยความจริงใจและมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยกล้าพูดและขอคำปรึกษาปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากขึ้น เช่นผู้ป่วยกล่าวว่า "พยาบาลพูดคุยดีเป็นกันเองทำให้กล้าถามมากขึ้น" 2) **สื่อสารความรู้และทักษะ** เป็นการสนับสนุนข้อมูลและให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย จัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผลลัพธ์วิจัยที่ค้นพบเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การสอนสาธิต และฝึกปฏิบัติการหายใจ และการออกกำลังกายแบบไท่เก๊ก ลมปราณ การฝึกสมาธิเพื่อผ่อนคลายและการบริหารเท้า เช่นแนะนำ "ควรรทานพวอ้ม ไม่เติมข้าวเพิ่ม แม้วกับข้าวจะอร่อย" 3) **สิ่งแวดล้อม** เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยการจัดหาห้องให้คำปรึกษาและจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานและญาติของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดบรรยากาศการเรียนรู้ 4) **สมดุลด้านจิตอารมณ์** เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ไม่เครียด ปฏิบัติสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ เพื่อเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น ดังเช่นผู้ป่วยบอกว่า "นั่งสมาธิก่อนนอนทุกคืนตามที่พยาบาลแนะนำ ทำให้จิตใจสงบ สบายใจ ไม่เครียด" 5) **สนับสนุนและสืบสาน** เป็นการสนับสนุนการปฏิบัติดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องโดยการอธิบายผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการแสดงกราฟเส้นให้ดูในสมุดบันทึกเพื่อสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่อง การกล่าวชื่นชมให้กำลังใจเมื่อผลการตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เป็นการติดตามผลและการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง เช่นบอกว่า "คุณบำบัดดูแลตนเองได้ถูกต้องดีขึ้น ระดับน้ำตาลลดลงใกล้เคียงปกติขอให้ปฏิบัติต่อไปอีกนะคะ"

2. องค์ประกอบ 5 ต. จากตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย

1) **ตระหนัก** เป็นการใส่ใจให้ความสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังที่ผู้ป่วยบอกว่า "ทุกอย่างอยู่ที่ใจ ถ้าเราเห็นความสำคัญเราก็ทำ กินยา คุมอาหาร เลิกของที่ต้องห้ามได้" 2) **ตั้งใจ** เป็นความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง เช่นผู้ป่วยบอกว่า "ตั้งใจจะคุมอาหารให้ได้ เลิกอาหารหวาน ลดอาหารไขมันให้น้อยลง" 3) **ตั้งต้น** เป็นการเริ่มต้นลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองทันที ภายหลังจากที่ได้ตัดสินใจวิธีการปฏิบัติและวางแผนการดูแลตนเองกับฝ่ายพยาบาลและญาติ

ดังเช่นผู้ป่วยบอกว่า "หลังจากที่ได้พบคุยกับคุณพยาบาลครั้งที่แล้ว วันรุ่งขึ้นก็ไปเดินรอบๆ บ้านประมาณครึ่งชั่วโมง" 4) **ตั้งสติ** เป็นการใช้จิตเตือนตนเองให้ตัดสินใจละ ลด เลิกสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่นผู้ป่วยบอกว่า "เวลาเห็นอาหารที่ต้องห้ามจะเตือนสติตัวเองว่าต้องตัดใจ อย่าตามใจปาก" 5) **ต่อเนื่อง** เป็นการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง จนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า "หลังจากที่ได้มีการเดินออกกำลังกาย ได้เหงื่อก็รู้สึกสดชื่นขึ้น ก็พยายามทำบ่อยๆ พอทำได้หลายวันก็รู้สึกเคยชินเลยเดินทุกวัน" "เดี๋ยวนี้ตัดใจได้ของหวาน น้ำชา กาแฟไม่แตะเลย"

3. องค์ประกอบ 5 อ. จากญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย

1) **เอื้ออาทร** เป็นความห่วงใยของญาติในการเอาใจใส่ดูแลและสนใจผู้ป่วยด้วยการพูดคุย การพาไปพบแพทย์ การดักเตือนผู้ป่วยในการควบคุมอาหารร่วมเรียนรู้และฝึกทักษะร่วมกับผู้ป่วย เช่นญาติบอกว่า "เป็นเพื่อนคุณแม่มาหาหมอ" "ช่วยเตือนให้ทานยาตามที่หมอสั่ง" "ไม่ซื้ออาหารที่ต้องห้ามมาให้" 2) **อ่อนรสชาติ** เป็นการรับประทานอาหารอ่อนหวานอ่อนเค็มของญาติเหมือนผู้ป่วย เช่น "ใช้วิธีทำกับข้าวแบบอ่อนหวานอ่อนเค็มไม่ใส่น้ำตาลจะได้ทานเหมือนกันทุกคน" 3) **ออกกำลังกาย** เป็นการออกกำลังกายของญาติพร้อมกับผู้ป่วยเป็นกิจกรรม เช่น "พามาเดิน แต่น้องไปวิ่ง" 4) **ออกความคิดเห็น** เป็นการแสดงความคิดเห็นของญาติในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังเช่นกล่าวว่า "ทางออกที่ดี คิดว่าตัวหนูเองก็ควรรทานอาหารเหมือนคุณแม่ด้วย ไม่ใช้น้ำตาลปรุงอาหาร และเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานของหนูด้วย" 5) **อุเบกขา** เป็นความอดทนวางใจเป็นกลาง ไม่ใช้อารมณ์ของญาติในการตัดสินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังเช่นญาติบอกว่า "รู้ว่าถ้าพูดตำหนิ แมก็จะไม่พอใจ โกรธ ทว่าไม่ยอมให้ทานก็เลยต้องทำใจอดทนและใช้วิธีวางใจเป็นกลาง ไม่ใช้อารมณ์โต้ตอบ"

ผลการพัฒนาการส่งเสริมการดูแลตนเอง

ภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ควบคุมอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1) **ควบคุมชนิดและปริมาณอาหารได้** เช่นผู้ป่วยกล่าวว่า "ทานอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ ทานพวอ้ม" 2) **หลีกเลี่ยงอาหารหวาน ไขมันสูง** เช่นกล่าวว่า "ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลมไม่แตะเลย" 3) **ลดผลไม้ให้น้อยลง** โดยยกตัวอย่างว่า "อย่างกล้วยเมื่อก่อนทานครึ่งละ 5 ลูก เดียวนี้เหลือครึ่งละ 1 ลูก" 4) **รับประทานผักเพิ่มขึ้น** เช่นบอกว่า "ทานมะระ ตำลึง ข้าวโพด

พักทอง” 5) ใช้วิธีนี้และต้มมากกว่าทอด เช่นบอกว่า “เปลี่ยนจากปลาทอดเป็นปลาหนึ่งแทน” 6) หลีกเลี่ยงอาหารม้อค่า โดยผู้ป่วยบอกว่า “หลังรับประทานอาหารม้อเย็น จะไม่รับประทานอาหารอื่นอีก” 7) เพิ่มกากใยอาหาร โดยรับประทานข้าวกล้องแทนข้าวขัดขาว เช่นกล่าวว่า “ใหม่ๆ ผสมข้าวกล้องกับข้าวขาวอย่างละครึ่งๆ เดียวนี้ไม่ใช่ข้าวขัดขาวเลย” 8) รับประทานปลามากกว่าเนื้อหมู เนื้อวัว ดังเช่นบอกว่า “เดี๋ยวนี้ทานปลาเป็นประจำ”

2. หมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 59.3 ส่วนใหญ่ใช้วิธีเดินวันละประมาณ 30-40 นาที วิ่งเหยาะๆ ำไท่เก๊กลมปราณและขี่จักรยาน เช่น “เดินหน้าบ้าน 6 โมงเช้าทุกวัน ไปกลับเกือบหนึ่งชั่วโมง”

3. รับประทานยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เช่น ผู้ป่วยบอกว่า “พยายามทานยาตามที่หมอสั่งอย่างเคร่งครัด ถ้าลืมพอนึกได้ก็ทานทันที”

4. รักษาความสมดุลด้านจิตใจและอารมณ์ ด้วยการแสวงหากิจกรรมผ่อนคลาย การปฏิบัติสมาธิ ทำให้ใจสงบ ปล่อยวาง ไม่คิดมาก สวดมนต์ไหว้พระ ตักบาตร ฟังเทศน์ ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการทำกิจกรรมอื่นแทน และการทำใจยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น พูดคุยระบายกับเพื่อน เช่นบอกว่า “บ้ไปวัด สวดมนต์และฟังพระเทศน์ ทำให้สบายใจขึ้น” “ผมใช้วิธีเดินออกจากบ้านไปทำสวน”

ปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเอง ได้แก่ 1) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เช่น บอกว่า “ทราบรายละเอียดในการควบคุมอาหารดีขึ้น ทราบว่า อะไรทานได้ อะไรทานไม่ได้” “งดอาหารตามที่แนะนำ” “อ่านและปฏิบัติตามคู่มือที่แจกให้” 2) มีทักษะการเลือกซื้ออาหารและปรุงอาหาร

ดีขึ้น เช่น “เลือกทานของมันๆ ให้น้อยที่สุด ใช้วิธีนี้และต้มมากกว่าทอด” 3) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เช่น ผู้ป่วยบอกว่า “ลูกช่วยเตือนการควบคุมอาหาร” 4) ได้เรียนรู้จากเพื่อนเบาหวาน เช่นบอกว่า “การรวมกลุ่มคนไข้เบาหวานมาคุยกัน ทำให้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้มีแบบอย่างวิธีการควบคุมอาหารที่คนอื่นทำได้นั้นเป็นอย่างไรจะทำได้ทำตาม” 5) มีทัศนคติในทางบวก ดังเช่นบอกว่า “เมื่อก่อนไม่เคยออกกำลังกายเลย แต่พอไปทำแล้วรู้สึกตัวเบาลง สดชื่นขึ้น” 6) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เช่น “ลูกพาไปเดิน” 7) ได้รับแรงจูงใจจากสังคม เช่น กลุ่มออกกำลังกายแบบไท่เก๊กลมปราณ โดยผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกประทับใจ ทุกคนยินดีให้คำแนะนำ ทำให้รู้สึกมีเพื่อนและอยากไป” 8) มีความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง เช่นผู้ป่วยบอกว่า “ถ้าไปทำธุรกิจนอกบ้านจะเอายาติดตัวไปด้วยจะได้กินตรงเวลา” 9) ใช้คำสอนทางศาสนาและหลักธรรมเป็นที่พึ่งทางใจ เช่นบอกว่า “สวดมนต์ ไหว้พระและนั่งสมาธิครึ่งชั่วโมงก่อนนอนทุกคืน” 10) ได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายพยาบาล ดังเช่น ผู้ป่วยบอกว่า “ได้พูดคุยกับคุณพยาบาล ก็รู้สึกสบายใจขึ้น มีคนเข้าใจปัญหา และให้แนวทางการปฏิบัติตัวที่ดี” 11) ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนเบาหวาน เช่นบอกว่า “จากการจัดกิจกรรมกลุ่มทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น” 12) ได้รับกำลังใจจากญาติ เช่นบอกว่า “มีลูกมาเป็นเพื่อนร่วมกิจกรรมกลุ่ม ทำให้เข้าใจกันดีขึ้นและมีกำลังใจ”

ด้านระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและบนฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงพบว่า ภายหลังการศึกษาโครงการกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดบนฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p<.05 และ p<.001 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลบนฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงก่อนและหลังการศึกษา (n=32)

ข้อมูล	ก่อนศึกษา			หลังศึกษา			t-test
	ต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
1. FPG (mg%)	128-260	176.0	38.9	89-205	140.3	26.6	0.010*
2. HbA _{1c} (%)	2.6-12.1	7.8	1.8	5.6-10.40	7.2	1.3	0.000**

*P<.05 **P<.001

วิจารณ์

1. ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้โรคเบาหวานของผู้ป่วยก่อนศึกษาโครงการ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สาเหตุและอาการทั่วไปของโรคจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เนื่องจากเคยมีบุคคลในครอบครัว เช่น บิดาหรือมารดา หรือพี่เป็นเบาหวาน เมื่อรับประทานยาแล้วอาการดีขึ้นและยังทำงานได้ตามปกติ จึงให้ความหมายของโรคเป็นโรคที่ไม่รุนแรง เนื่องจากยังไม่เคยมีประสบการณ์เกิดอาการที่รุนแรง แต่บางรายให้ความหมายว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ เนื่องจากเคยเห็นบุคคลในครอบครัวที่ถึงแก่กรรมด้วยเบาหวาน ผลการศึกษาแสดงถึงประสบการณ์ของชีวิตมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโรคเบาหวาน¹⁰⁻¹¹

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าไม่ถูกต้องทั้งด้านประเภท ปริมาณ และมื้ออาหาร ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งภายในและภายนอกบุคคล เป็นการบูรณาการวิถีชีวิตของบุคคลและครอบครัวไว้ด้วยกัน¹² ปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การคิดว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ปฏิบัติไม่ได้และน่าเบื่อหน่าย¹³⁻¹⁴ เช่นเดียวกับ Lerman และคณะ¹⁵ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีเพียงร้อยละ 58 รับประทานอาหารเช้าถูกต้อง อันเป็นผลมาจากกระบวนการคิดทางสติปัญญา อุปนิสัย และบุคลิกภาพ เช่น การติดในรสชาติ การบังคับใจตนเองไม่ได้ ขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lawton และคณะ¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเมื่อมีอาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการ จะเข้าใจผิดว่าโรคเบาหวานหายแล้ว เช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณภา ศรีธัญรัตน์¹⁶ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะรับประทานอาหารเช้าและผลไม้ที่รสหวาน เมื่อคิดว่าน้ำตาลในเลือดดีขึ้นแล้ว อุปสรรคด้านร่างกาย ได้แก่ สุขภาพฟันไม่ดี ทำให้ชอบรับประทานอาหารเช้าพวกแป้งเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากเคี้ยวสะดวกกว่าอาหารประเภทใยอาหาร สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lerman และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ข้อจำกัดด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานให้ความร่วมมือต่ำในการดูแลตนเองด้านอาหาร ปัจจัยภายนอกที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมอาหารในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การประกอบอาชีพ การเข้าถึง เช่น งานเลี้ยง ทำให้ต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน ซึ่งมีไขมันสูง น้ำตาลสูง รับประทานไม่ตรงเวลา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lerman¹⁷ และ Lawton และคณะ¹¹ ที่ระบุว่า การรับประทานอาหารนอกบ้านและการเข้าถึงเป็นเหตุผลหนึ่งของความไม่ร่วมมือในการรับประทานอาหารเช้า

เบาหวาน วัฒนธรรมการรับประทานอาหารภายในครอบครัวและความไม่ร่วมมือของสมาชิกครอบครัว ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้าสำหรับเดียวกัน ไม่ได้แยกสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สมาชิกครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากสังคมไทยดั้งเดิมส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย และมีความเอื้ออาทรต่อกัน แต่หากสมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเบาหวาน ก็อาจส่งผลกระทบต่อดูแลตนเอง ของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lerman¹⁷ ที่พบว่า ผู้หญิงเม็กซิกันที่เป็นโรคเบาหวานมีทัศนคติว่า การจัดอาหารแยกต่างหากเพื่อสุขภาพของตนเองเป็นพฤติกรรมที่เห็นแก่ตัว และผลการศึกษาของ Albarran และคณะ¹⁸ พบว่า วัฒนธรรมการรับประทานอาหารเช้าในครอบครัวเน้นความชอบของสมาชิกครอบครัวมากกว่าความสำคัญต่อผู้ป่วยเบาหวาน ประการสุดท้าย ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพไม่เอื้ออำนวย อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาในการให้คำปรึกษา ขาดพยาบาลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะในการให้คำปรึกษา และการให้ความสำคัญกับการเป็นหุ้นส่วนของการดูแลรักษา ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรที่มสุขภาพยังมีน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของนักวิชาการหลายท่านที่พบว่าระบบบริการจากทีมสุขภาพที่ไม่สามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การมองผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา ขาดพยาบาลที่รับผิดชอบในการให้ข้อมูลและคำปรึกษากับผู้ป่วยโดยตรง ขาดพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถทางการพยาบาลด้านนี้ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่มีเวลาน้อยในการให้คำแนะนำด้านอาหาร¹⁷⁻²⁰

2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย การที่ผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้เกือบทั้งหมดขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lerman และคณะ¹⁵ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีเพียงร้อยละ 44.30 ซึ่งน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับรับประทานยาและการควบคุมอาหาร ทั้งนี้อาจเนื่องจากการออกกำลังกายเป็นประจำเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะ เป็นกิจกรรมที่ทำเป็นกลุ่ม จะรู้สึกดีกว่าทำคนเดียว ดังที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า "ไม่มีเพื่อน จึงไม่ได้ออกกำลังกาย" และเป็นกิจกรรมที่บุคคลทั่วไปรับรู้ว่าเป็นที่ยาก โดยมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง ปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อุปนิสัยไม่ชอบออกกำลังกาย หรือไม่เคยทำมาก่อน ทำให้เกิดความรู้สึกผิดแปลกเมื่อจะออกกำลังกาย ไม่นั่นใจว่าจะทำได้ ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และขาดความตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น ปวดเข่า เหนื่อยง่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าออกกำลังกาย เนื่องจากกลัวเป็น

อันตรายต่อสุขภาพ ด้านปัจจัยภายนอกที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายในการศึกษารุ่นนี้ ได้แก่ การประกอบอาชีพทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย การไม่มีเพื่อน ผลการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องการออกกำลังกายยังไม่ได้พัฒนา โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่า ปฏิบัติได้ยาก ไม่สามารถทำได้ อายุมากแล้ว เหนื่อยเพลียจากโรคขัดแย้งกับนิสัยประจำตัว เข้าใจว่างานที่ทำการออกกำลังกายแล้ว ขาดความรู้และไม่เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ขาดการสนับสนุนให้ออกกำลังกายจากคู่สมรสหรือบุตร¹⁵⁻¹⁹

2.3 พฤติกรรมการรับประทานยา การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ถูกต้อง สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ และการรักษาโรคเบาหวานมีความซับซ้อน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยหลงลืมการรับประทาน และผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งยังคงประกอบอาชีพการติดธุระเรื่องงานและกลับบ้านไม่เป็นเวลาส่งผลให้รับประทานยาไม่เป็นเวลา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงหยุดยาเอง เนื่องจากเห็นว่าระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นแล้ว หรือซื้อยารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lerman¹⁴ ที่พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ร่วมมือในการรักษาเกิดจากการลืม การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน มีภาวะซึมเศร้า ขาดความรู้ถึงผลเสียที่จะเกิดตามมาหากไม่รับประทานยาหรือซื้อยารับประทานเอง และการรักษาที่มีความซับซ้อน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Lawton และคณะ¹¹ พบว่า เมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยเบาหวานคิดว่าโรคหายแล้วจึงหยุดยาเอง จากการศึกษาซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีการแสวงหาทางเลือกอื่นๆ เช่น การใช้ยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน เพื่อต้องการให้หายจากโรค สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตตินันท์ พงสุวรรณ¹⁰ ที่ระบุว่า การแสวงหาวิธีการรักษาแบบอื่นแทนการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากเห็นว่าสะดวก ยามีประสิทธิภาพสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ แสดงถึงการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามากกว่าการรับรู้อุปสรรค จึงเกิดพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง¹³ สอดคล้องกับผลการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเลือกรับประทานยามากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม^{12, 15, 17}

2.4 การเผชิญกับภาวะเครียด ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า การมีชีวิตอยู่กับเบาหวาน ขึ้นอยู่กับมุมมองชีวิตของแต่ละบุคคล กลุ่มที่ปรับตัวได้ มีมุมมองว่าโรคเบาหวานเป็น

ส่วนหนึ่งของชีวิต เนื่องจากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จึงทำใจยอมรับเพื่อไม่ให้อารมณ์เป็นทุกข์ ใช้คำสอนทางศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ โดยยอมรับสัจธรรมของการเกิด แก่ เจ็บ ตายของมนุษย์ว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ ทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย เมื่อพิจารณาจากข้อมูลพื้นฐานพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง เป็นเบาหวานมานานมากกว่า 5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Leksell และคณะ²¹ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ปรับตัวได้ จะมีมุมมองชีวิตในแง่บวกมากกว่าแง่ลบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chang และคณะ²² และ Lerman และคณะ¹⁵ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ปรับตัวได้ มักเป็นเพศหญิง วัยสูงอายุ เป็นโรคเบาหวานมานาน ทั้งนี้เนื่องมาจากเพศหญิงตระหนักเรื่องโรคมามากกว่าเพศชาย การเป็นโรคเบาหวานนานทำให้เรียนรู้วิธีการปรับตัวในการอยู่กับโรค และรู้เรื่องโรคเบาหวานดี กลุ่มที่ปรับตัวไม่ได้ จะมีมุมมองชีวิตในแง่ลบ รู้สึกท้อแท้ ทุกข์ เครียด คับข้องใจ หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดท้อกำลังใจ คิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การรักษาและดูแลตนเอง ประกอบด้วยวิธีการหลายรูปแบบ รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และต้องควบคุมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ซับซ้อนและไม่สะดวก¹⁷ ประกอบกับผู้ป่วยบางรายมีปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว ต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว มีภาวะเครียดจากการประกอบอาชีพ จึงเป็นปัจจัยเสริมทำให้การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lerman และคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ปรับตัวไม่ได้ มักเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า และมีระดับการศึกษาต่ำ ตลอดจนขาดแรงสนับสนุนทางสังคม¹⁸ ทั้งนี้เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลรับรู้เข้าใจข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำจากบุคลากรที่สุขภาพได้ดีขึ้น นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีบทบาทสูงในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ²³

3. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง

3.1 จากการศึกษาของคัพประกอบ 5 ส. จากฝ่ายพยาบาล สามารถอธิบายได้ว่าการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเป็นการพัฒนาระบบการพยาบาลในการสนับสนุนและการให้ความรู้ตามแนวคิดของ Orem ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี พัฒนาความรู้และทักษะการให้คำปรึกษา การฝึกสมาธิ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายและการออกกำลังกายแบบไทเก๊กลมปราณ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่

เพิ่มเติมจากการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามปกติที่เคยปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Orem ที่เห็นว่า ก่อนที่พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือผู้อื่น พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถมากกว่าผู้รับบริการ และสมาชิกของครอบครัว⁹ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝนในการให้สุขศึกษา และมีความไวต่อด้านวัฒนธรรม มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และรูปแบบการดูแลที่ดี พยาบาลและผู้ป่วยต้องเป็นหุ้นส่วนกันในการดูแล¹⁷

3.2 จากการศึกษาองค์ประกอบ 5 ต. จากตัวผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพนั้นตัวผู้ป่วยเองต้องมีความตระหนักถึงความสำคัญและเห็นคุณค่าของการกระทำเพื่อการดูแลตนเอง มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง มีสติเตือนตนเองไม่กระทำสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และต้องปฏิบัติ ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้ช่วยให้เข้าใจทฤษฎี การดูแลตนเองของ Orem ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย เป็นการกระทำที่มีเหตุผล ต้องใช้ความรู้ และต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติ²⁰

3.3 จากการศึกษาองค์ประกอบ 5 อ. จากญาติของผู้ป่วย สามารถอธิบายได้ว่าความเอื้ออาทรของญาติต่อผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีรสชาติอ่อนหวานอ่อนเค็มร่วมกับผู้ป่วย ออกกำลังกายของญาติพร้อมกับผู้ป่วย เป็นการสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การออกความคิดเห็นของญาติจะช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีแนวทางและกลวิธีในการปรับปรุงพฤติกรรมดูแลตนเองได้มากขึ้น และการมีเอกภพของญาติผู้ป่วยคือยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างญาติกับผู้ป่วยและไม่สร้างแรงกดดันให้ผู้ผู้ป่วยจนทำให้เกิดภาวะเครียดตามมา อันเป็นอุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้นองค์ประกอบ 5 อ. จากญาติของผู้ป่วยเป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า สมาชิกครอบครัวมีบทบาทอย่างมาก นอกเหนือจากผู้ป่วยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องกระทำทั้งตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว¹⁷⁻¹⁸

ผลของการศึกษาเมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่องมากขึ้น มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มมากขึ้น รับประทานยา มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถรักษาสมดุลด้านจิตใจและอารมณ์ได้ดีขึ้น และผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดแม้ว่าจะลดลงแต่ยังสูงกว่าปกติ โดยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FPG) ต่ำกว่า 126 มก./ดล. และระดับน้ำตาลในเลือดบนฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงต้องน้อยกว่าร้อยละ 7 จึงจะถือว่าปกติ²⁴ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการศึกษานี้ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประกอบด้วย 5 ส. จากฝ่ายพยาบาล 5 ต. จากตัวผู้ป่วย และ 5 อ. จากญาติของผู้ป่วย สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ดีทุกราย โดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย มีกลุ่มตัวอย่างเพียงประมาณครึ่งหนึ่ง ซึ่งออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดสูงยังต้องใช้เวลาในการปรับตัว นอกจากนี้อาจเนื่องจากการดำเนินของโรคเบาหวานที่มีภาวะขาดหรือต้านอินซูลินเพิ่มขึ้นจากการเป็นโรคเบาหวานนาน ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมานาน 4-12 ปี ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีการส่งเสริมการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาระบบการส่งเสริมการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดจากการใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการวางแผนการ ปฏิบัติและการสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติและการปรับปรุงแผนตามวงจร การวิจัยร่วมกับการใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem จนได้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย 15 กลวิธี ได้แก่ 5 ส. จากฝ่ายพยาบาล 5 ต. จากตัวผู้ป่วย และ 5 อ. จากญาติของผู้ป่วย ร่วมกันเป็นหุ้นส่วนกัน (partnership) ในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์และทักษะการดูแลตนเอง เสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลในการประยุกต์ไปใช้

สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ควรเน้นบทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาด้านการจัดการกับปัญหาภาวะเครียดของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น พยาบาลควรมีความรู้และทักษะด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานนอกเหนือจากความสามารถด้านการส่งเสริมการรับประทานยาและการควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่องภายใต้บรรยากาศของการดูแล (caring) แบบองค์รวม (holistic)

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization [homepage on the Internet]. Diabetes. [cited 2007 April 24]. Available from: <http://www.Who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/diabetes/en/>
- พงศ์อมร บุณนาค. โรคเบาหวาน สถานการณ์ในปัจจุบันและแนวทางการป้องกันและรักษา. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง โภชนาบูรณาการสู่ความพอเพียง; วันที่ 1 กันยายน 2549. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านอาหารและโภชนาการ; 2549.
- วีรพันธ์ ไชวิทูรกิจ. Early intervention with combination therapy: a novel framework for treating type 2 diabetes. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง โภชนาบูรณาการสู่ความพอเพียง; วันที่ 1 กันยายน 2549. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านอาหารและโภชนาการ; 2549.
- สุนทร ตันทนันท์. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับเบาหวาน. วารสารเบาหวาน 2541;30:29-38.
- American Diabetes Association [homepage on the Internet]. All about diabetes. [cited 2006 June 14]. Available from: <http://www.diabetes.org/about.diabetes.jsp/>.
- American Diabetes Association [homepage on the Internet]. Type 2 diabetes complication. [cited 2006 June 12]. Available from: <http://www.diabetes.org/type-2-diabetes/complication.jsp/>.
- American Diabetes Association [homepage on the Internet]. Complication of diabetes in the United States. [cited 2006 June 10]. Available from: <http://www.diabetes.org/diabetes-statistics/complication.jsp/>.
- อักษรณ เชื้อประไพศิลป์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2541;10:201-15.
- Orem LE. Nursing concepts of practice. St. Louis: Mosby Year Book; 1991.
- จิตตินันท์ พงสุวรรณ. ประสบการณ์ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2541.
- Lawton J, Peel E, Parry O, Araog GT, Douglas ML. Perceptions of type 2 diabetes in Scotland: bringing health services back. Soc Sci Med 2005;60:1423-35.
- Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1996.
- กาญจนา เกษกาญจน์. การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
- วิลาวัล ผลพลอย, อักษรณ เชื้อประไพศิลป์, วิมลรัตน์ จงเจริญ, สุวิภา รัตนชัยวงศ์. การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2539;16:18-35.
- Lerman I, et al. Psychosocial factors associated with poor diabetes self-care management in a specialized center in Mexico city. Biomed Phar 2004;58:566-70.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์. กระบวนการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน: A grounded theory study. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 2540;1:71-90.
- Lerman I. Adherence to treatment: the key for avoiding long-term complications of diabetes. Arch Med Res 2005; 36:300-6.
- Albarran NB, Ballesteros MN, Morales GG, Ortega MI. Dietary behavior and type 2 diabetes care. Pt Ed Couns 2005;57:1-9.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ภวานา กীরติยวงศ์, สุรเกียรติ อาชานภาพ, วิรัตน์ โพคะรัตน์ศิริ, อนงค์ สุขยั้ง. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 2540;1:115-36.

20. สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วิศิฏ์สิน; 2534.
21. Leksell JK, Sandberg GE, Wikblad KF. Self perceived health and self-care among diabetic subjects with defective vision: a comparison between subjects with threat of blindness and blind subjects. J DM Compli 2005;19: 54-9.
22. Chang HY, Chiou CY, Lin MC, Lin SH, Tai TY. A population study of the self-care behaviors and their associated factors of diabetes in Taiwan: results from the 2001 national health interview survey in Taiwan. Pre Med 2005;40:344-8.
23. Fukunishi I, Horikawa N, Yamagaki T, Shirasaka K, Kanno K, Akimoto M. Perception and utilization of social support in diabetic control. DM Res Clin Prac 1998;41: 207-11.
24. วีรพันธุ์ โชวิฑูรกิจ. สมดุลของน้ำตาลกลูโคสในร่างกาย. ใน: ธิติ สันบุญญ, วราภรณ์ วงศ์ถาวรวัฒน์, บรรณาธิการ. การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549;1-10.