

กรณีศึกษาครอบครัว : พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

กรณีศึกษาครอบครัว: พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



นางสาวกุลลิน บุญมี
ผู้ศึกษา

สุพรรณิ ธารกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพรรณิ ธารกุล,
วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพ อารีเชื้อ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,
พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

กรณีศึกษาครอบครัว: พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

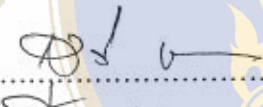
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2552



นางสาวกุศลีน บุญมี

ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์สุดี ทองวิเชียร,
สศ. (การพยาบาลสาธารณสุข)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิโรด กนกสุนทรรัตน์,
พย.ค.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพ อารีเอื้อ,

Ph.D. (Nursing)

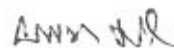
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพรรณี ธารากุล,

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

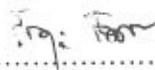


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

M.D., F.A.C.E

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุพรรณิ ธารกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. สุลี ทองวิเชียร ประธานกรรมการและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้ให้ความกรุณาอุทิศเวลา ให้คำแนะนำ ปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทความรู้ และชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชามาตั้งแต่เด็ก

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการ ศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลวัดสิงห์ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี และเป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอขอบคุณ กรณีศึกษาครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูล จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ท้ายสุด ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ชายผู้ล่วงลับที่เคารพรักยิ่ง ที่ได้ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นแรงบันดาลใจ และให้การสนับสนุนผู้ศึกษาในทุกด้าน ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ที่น่ารัก ที่เป็นกำลังใจอันสำคัญให้ผู้ศึกษามีความมุ่งมั่นในการศึกษาตลอดมา และขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส 49 ทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือ จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

กุศลสิน บุญมี

กรณีศึกษาครอบครัว: พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
FAMILY STUDY: SELF-CARE BEHAVIOR OF THE TYPE 2 DIABETES

กุศลสิน บุญมี 4937540 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : สุพรรณิ ธารกุล, วท.ม. (สาขารณศาสตร), สุภาพ อารีเอื้อ, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผลลัพธ์ของการควบคุมโรคขึ้นอยู่กับความร่วมมือในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ประสบปัญหาไม่สามารถควบคุมโรคได้ ปัญหานี้มีความซับซ้อนแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายอันเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างบุคคลและบริบทแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัว การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกรณีศึกษาครอบครัวมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการศึกษา กรณีศึกษามีจำนวน 4 ครอบครัว จำแนกเป็น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง 2 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ทำการศึกษา จำนวน 4 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและการสังเกตแบบไม่มีปฏิสัมพันธ์โดยการสังเกตโดยตรง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งไม่สามารถควบคุมโรคได้ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาหารได้เนื่องจาก พร่องความรู้เรื่องอาหารไม่สามารถลดปริมาณอาหารที่ชอบลงได้ การรับประทานผลไม้ที่มีราคาถูกลงตามฤดูกาลโดยเฉพาะผลไม้ที่มีรสหวาน พร่องความรู้ในเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การทดลองรับประทานอาหารที่ได้รับคำแนะนำให้ควบคุมและจำกัด ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากเชื่อว่าร่างกายอ่อนแอ และมีพฤติกรรมดัดนิสัยที่ขี้เกียจออกมาเพราะมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ไม่ถูกต้องตระหนักถึงความรุนแรงของโรคน้อย มีการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลตนเองมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ โดยการลดปริมาณอาหารหวานและมันลง คำนึงถึงชนิดและปริมาณอาหาร มีวิธีการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายและดูแลเท้าโดยทำความสะอาดเท้าแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นทุกวัน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย มีพฤติกรรมการทดลองใช้สมุนไพร และมีปัญหาเกี่ยวกับการแบ่งเม็ดยา ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 4 รายมีส่วนร่วมอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ดูแลจัดเตรียมอาหาร เตือนเรื่องการรับประทานยา ดูแลความสะอาดเสื้อผ้า สังเกตอาการผิดปกติเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลทำความสะอาดเท้า ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทางในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การประเมินผลอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของครอบครัว / พฤติกรรมการดูแลตนเอง / ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

FAMILY STUDY: SELF- CARE BEHAVIOR OF THE TYPE 2 DIABETES**KUTSALIN BOONMEE 4937540 RACN/M****M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)****THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SUPUNNEE THRAKUL, M.S.
(Public Health) SUPARB AREE-UE, Ph.D. (Nursing)****ABSTRACT**

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease that is incurable. The outcome for controlling this disease depends on the patient's participation regarding self-care behavior. Many DM patients are unable to control the disease. The problems of each patient are complex and different due to the social context and surroundings, especially family participation. This family study aimed to describe the self-care behavior of people with type 2 diabetes and family participation. The Health Belief Model was used to guide this family study. There were four family studies, comprising two cases of people with type 2 diabetes with chronic complications, and two cases without chronic complications, including four caregivers. Structured interviews and non-reactive techniques with direct observation were used for data collection. Audio recordings were transcribed verbatim. A qualitative content analysis of the transcripts was used to elicit themes.

The results of the family study showed that the problem with self-care behavior, especially in those with the type 2 diabetes with chronic complications, was that they could not control the disease. Some patients had a lack of knowledge about diabetic diets. Some DM patients ate low-priced seasonal sweet fruits rather than a restricted and controlled diet. Some DM patients simply ate their favorite foods. DM patients with chronic complications could not exercise because of their malaise and the fact that they are easily fatigued. Patients with type 2 diabetes with chronic complications had callouses on their toes. Due to a perceived lack of susceptibility to DM complications and misconceptions regarding the severity of the disease, some patients do not see the benefits of a controlled diet. The study found that the patients with DM without chronic complications could control their diet by reducing sweet and fatty foods, including taking precautions regarding the amount and type of foods eaten. These patients cleaned and soaked their feet in warm water. All of the type 2 diabetes in this family study had used herbal medicine before, and some patients had a problem with dividing the diabetes tablets prescribed by the physician. All caregivers were responsible for the DM patients regarding dietary control, medication taken, general care, and foot care. Results from this family study suggest developing a guide for the activities to care for patients with type 2 diabetes, such as learning by real experience, systematic evaluation, and family participation to support the self-care behavior of patients with type 2 diabetes.

**KEY WORDS: FAMILY PARTICIPATION/ SELF-CARE BEHAVIOR/ TYPE 2
DIABETES**

151 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญรูปภาพ	ฌ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	7
วิวัฒนาการการแบ่งชนิดของโรคเบาหวาน	8
ชนิดของโรคเบาหวาน	9
กลไกการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2	10
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	13
พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	17
การควบคุมอาหาร	18
การออกกำลังกาย	19
การใช้ยา	20
การตรวจตามนัด	21
การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า	21
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	22
ความสำคัญของครอบครัว	22
อิทธิพลของครอบครัวต่อการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยในระยะต่างๆ	23
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	24

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	31
กลุ่มเป้าหมาย	31
เกณฑ์คัดเข้าศึกษา	31
กลุ่มตัวอย่าง	32
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	32
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	35
การวิเคราะห์ข้อมูล	35
บทที่ 4 ผลการศึกษา	36
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	66
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	73
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	81
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	99
บรรณานุกรม	116
ภาคผนวก	122
ประวัติผู้ศึกษา	151

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน	39
2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	40
3. ผลการศึกษาสรุปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	57
4. ผลการศึกษาสรุปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกรณีศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	62

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
1. แผลกดทับของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	37
2. กลัวย่น้ำว้าที่แขวนหน้าบ้านผู้ป่วย	45
3. น้ำส้วมขวดที่เชในตู้เย็นบ้านผู้ป่วย	45
4. ทัฟฟี่ที่ใช้ดักข้าวของผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	46
5. สัมเป็ลือกบงที่พบในตู้เย็นบ้านผู้ป่วยเพศหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	46
6. สัมเป็ลือกบงที่พบในตู้เย็นบ้านผู้ป่วยเพศหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	46
7. ตลาดนัดภายในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่	47
8. ร้านขายอาหารภายในหมู่บ้าน	47
9. เครื่องทอดผ้ามัดหมี่ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	48
10. เครื่องทอดผ้ามัดหมี่ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	48
11. ยางยึดใ้ช้ออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	48
12. สมุดนัดของผู้ป่วย	50
13. เท้าของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	50
14. รองเท้าป้องกันพิเศษสำหรับผู้ป่วยเบาหวานใส่ไปนา	51

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

1. กรอบแนวคิดในการศึกษา
2. กรอบแนวคิดในการศึกษา(ดัดแปลงมาจาก Becker, 1974)

หน้า

6

30



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นโรคที่พบมากขึ้นในประชากรทั่วโลกเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลกที่ต้องเร่งแก้ไข จากรายงานพบว่าขณะนี้ทั่วโลกมีประชากรป่วยเป็นเบาหวานประมาณ 177 ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะป่วยเพิ่มเป็น 300 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากข้อมูลการศึกษาความชุกของโรคเบาหวานในปี ค.ศ. 2000 พบว่า อินเดีย เป็นประเทศที่มีความชุกของโรคเบาหวานมากที่สุด (31.7 ล้านคน) รองลงมาคือ ประเทศจีน (20.8 ล้านคน) และสหรัฐอเมริกา (17.7 ล้านคน) ตามลำดับ และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในปี ค.ศ.2030 โดยประเทศอินเดีย เป็น 79.4 ล้านคน ประเทศจีน เป็น 42.3 ล้านคน และประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 30.3 ล้านคน (Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004) ข้อมูลดังกล่าวใกล้เคียงกับความเป็นจริงของประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าความชุกของโรคเบาหวานของประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2007 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานถึง 23.6 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 1.6 ล้านคน (National Diabetes Information Clearinghouse, 2007)

จากการศึกษาสถานการณ์เบาหวานในประเทศไทยเกี่ยวกับอัตราอุบัติการณ์และการคาดการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,017,000 คน ในปี ค.ศ. 2000 เป็น 1,923,000 คน ในปี ค.ศ. 2025 (Jiamjarasrangsi & Aekplakorn, 2005) นอกจากนี้ข้อมูลสถิติสาธารณสุขในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีสถิติจำนวนผู้ป่วยในโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2540 มีจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาจากสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 81,601 ราย คิดเป็นอัตราเฉพาะผู้ป่วยใน 148.7 ต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น 334,168 ราย หรือ 586.82 ต่อแสนประชากรในปี 2549 โดยเมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยในของแต่ละภาค โดยภาพรวมพบว่า อัตราผู้ป่วยในมากที่สุดในภาคกลาง รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ สำหรับภาคใต้มีอัตราต่ำสุดทุกปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยเบาหวาน 48 จังหวัด ตามระบบเฝ้าระวัง ปี 2549 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 643,522 ราย แยกเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 512,464 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 79.63 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 131,058 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.37 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน พบภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงมากที่สุด จำนวน 59,014 ราย (ร้อยละ 45.03) ที่เหลือเป็นภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จำนวน 23,592 ราย (ร้อยละ 18.0) และภาวะแทรกซ้อนที่ต้องตัดอวัยวะจำนวน 1,186 ราย (ร้อยละ 0.90) (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

เนื่องจากเบาหวานเป็นสาเหตุให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มพบว่าเป็นโรคจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเบาหวานอย่างเดียวไม่รวมภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ตามมาในประเทศที่พัฒนาแล้วต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลถึงร้อยละ 8 ของงบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.5 เท่า เมื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็กและใหญ่ร่วมด้วย และพบอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 79 – 118 ต่อแสนประชากร (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2547)

โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายด้าน อาทิ ผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ ความมีคุณค่า และภาพลักษณ์ การงาน การเงิน พัฒนาการ และแผนการชีวิตในอนาคต รวมไปถึงวิธีการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลง ไปจากเดิม ผู้ป่วยบางรายได้ใช้ความพยายามในการปรับกิจกรรมการดูแลตนเองต่าง ๆ แต่ก็ไม่สามารถปรับได้ สอดคล้องกับวิธีการดำเนินชีวิตทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดตามมาและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ภาวนา กิริติยุตวงศ์, 2546) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานรู้สึกว่าตนเองขาดอิสระ ขาดความมั่นใจและความภูมิใจในตนเอง (Asplund & Norberg, 1990 อ้างใน ภาวนา กิริติยุตวงศ์, 2546)

เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะต้องอยู่กับโรคไปตลอดชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงกับระดับปกติมากที่สุดอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาถือเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (WHO, 1995 อ้างใน อัจฉราพร บุญยืน, 2541) ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายนี้ได้ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเองที่อย่างต่อเนื่อง การที่บุคคลจะพิจารณา และตัดสินใจเลือกกระทำการดูแลตนเองนั้น ต้องอาศัยตัวแปรทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเชื่อซึ่งเป็นส่วนประกอบด้านความคิดความเข้าใจในแต่ละบุคคล ความคิดความเข้าใจนี้อาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ รวมทั้งสามารถเปลี่ยนแปลงหรือเบี่ยงเบนได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อด้านสุขภาพที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคต่าง ๆ รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอื่นที่มีผลต่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ความไม่คุ้นเคยกับสถานที่ ภาวะสุขภาพ ความรู้พื้นฐาน และ

ประสบการณ์ในการดูแลตนเอง แหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุน และปัจจัยภายในของบุคคล การที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นระยะเวลายาวนาน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ และรู้สึกว่าเป็นภาระในการที่ต้องไปรับบริการการรักษาบ่อย ๆ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคนต่างๆ ในชุมชนรวมทั้งโน้มน้าวชักจูงให้ผู้รับบริการ ครอบครัวและกลุ่มคนในชุมชนตัดสินใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่ได้รับสร้างระบบทางเลือกทั้งวิธีการและรูปแบบเพื่อเป็นช่องทางให้ผู้รับบริการตัดสินใจดูแลตนเองจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังโดยการส่งเสริม และสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม และจำเป็นต้องทำความเข้าใจในเรื่องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่น ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านประชากร (Becker, 1974)

สถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดชัยนาท ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2549 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นพิจารณาจากจำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากอัตรา 390 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 1,327 ราย) ในปี พ.ศ. 2544 เป็นอัตรา 718.27 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 2,439 ราย) ในปี พ.ศ. 2549 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลวัดสิงห์เพิ่มขึ้นจาก 787 ราย ในปี 2549 เป็น 845 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง จำนวน 647 ราย มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง จำนวน 198 ราย และเมื่อจำแนกตามรายงาน 10 อันดับโรค ปี 2550 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมากเป็นอันดับสองรองจากโรคระบบไหลเวียนเลือด (งานเวชสถิติ โรงพยาบาลวัดสิงห์, 2550)

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปัญหาและความรุนแรงของเบาหวานในจังหวัดชัยนาท ซึ่งเป็นปรากฏการณ์เฉพาะพื้นที่และปัญหานั้นมีความซับซ้อนแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายอันเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างบุคคลและบริบทแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัว การศึกษาถึงบริบทชีวิตจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมไปถึงสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยโดยการศึกษาในลักษณะกรณีศึกษาครอบครัวจึงมีความจำเป็นทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวทั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มี

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเนื่องจากแนวคิดนี้ได้อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคแทรกซ้อนและการรักษาโรคว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและเชื่อว่าปัญหานั้นมีความรุนแรง มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อนมากกว่าการรับรู้อุปสรรคที่จะเกิดขึ้น มีแรงจูงใจด้านสุขภาพร่วมกับปัจจัยร่วม คือ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแบบแผนพฤติกรรมใหม่ประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพและ การมีส่วนร่วมของครอบครัวจะเกิดแรงผลักดันให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีที่สุด การศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ รับรู้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อีกทั้งยังเป็นข้อมูลในการสนับสนุน และค้นหาวิธีทางเลือกในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน และข้อมูลที่ได้ยังจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นแนวทางในการศึกษาลักษณะครอบครัวศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อควบคุมโรคให้ดีขึ้น ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีสาเหตุการเกิดจากความผิดปกติ 2 อย่างร่วมกันคือ ภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) และมีการหลั่งอินซูลินลดลง (Insulin

deficiency) โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ดและ/หรือยาฉีดเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการควบคุมโรคไม่ดี มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานมีการเสื่อมของหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular complication) หรือหลอดเลือดขนาดใหญ่ (macrovascular complication) โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยของแพทย์

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการควบคุมโรคดี และยังไม่เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular complication) และหลอดเลือดขนาดใหญ่ (macrovascular complication) โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยของแพทย์

ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด โดยพิจารณาจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ประกอบไปด้วยแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค ส่วนที่ 2 คือ ปัจจัยร่วม และส่วนที่ 3 คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยความพร้อมในการปฏิบัติตามคำแนะนำและปัจจัยร่วมมีอิทธิพลต่อกันและกันและทั้งส่วนนี้จะมอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

จุดมุ่งหมายในการศึกษาครั้งนี้คือการศึกษาปรากฏการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง โดยการศึกษาครั้งนี้ได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาอธิบายแนวโน้มในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อเกิดโรคโดย ผู้ศึกษาจะนำเสนอสาระสำคัญที่เป็นพื้นฐานทางแนวคิดและทฤษฎีในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลและได้ค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถอธิบายถึงแนวโน้มการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1.1 วิวัฒนาการของการแบ่งชนิดของโรคเบาหวาน

1.2 ชนิดของโรคเบาหวาน

1.3 กลไกการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2

1.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.1 การควบคุมอาหาร

2.2 การออกกำลังกาย

2.3 การใช้ยา

2.4 การมาตรวจตามนัด

2.5 การรักษาสุขภาพอนามัยและการดูแลเท้า

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัว

4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

เบาหวานถูกค้นพบครั้งแรกเมื่อ 1,500 ปี ก่อนคริสตกาลโดยมีการค้นพบว่ามีตำรับยาสำหรับรักษาอาการกระหายน้ำ ต่อมาแพทย์ชาวกรีกชื่อ อารีเทอุส (Aretaeus) เป็นผู้ตั้งชื่อ

โรคเบาหวานเป็นคนแรกโดยได้กล่าวว่า เบาหวานเป็นภาวะที่มีการสลายของกล้ามเนื้อแขนขาออกมาทางปัสสาวะ เบาหวานเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางในปี ค.ศ. 1921 เมื่อแฟรเดरिक แบนดิง (Frederick Grant Banting) และชาร์ล เบส (Charles Herbert Best) ได้ค้นพบวิธีการสกัดอินซูลิน และในปี พ.ศ. 2466 แฟรเดरिक แบนดิง (Frederick Grant Banting) และจอห์น แมคลอยด์ (John Macleod) ก็ได้รับรางวัลโนเบลในสาขาสรีรวิทยา สืบเนื่องจากการค้นพบอินซูลินและคณะกรรมการพิจารณาการให้รางวัลโนเบลยอมรับวิธีการสกัดอินซูลินเชิงปฏิบัติแก่ทีมงานในมหาวิทยาลัยโทรอนโท (ไพบูลย์ จาตุรปัญญา, 2547)

เบาหวานตรงกับชื่อในภาษาอังกฤษว่าไดอะบีตีส เมลลิตัส (Diabetes Mellitus) ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีกและภาษาละติน โดย Diabetes มาจากรากศัพท์ภาษากรีก หมายถึง ท่อหรือหลอดโค้งสำหรับถ่ายน้ำหรือของเหลวจากร่างกาย Mellitus มาจากรากศัพท์ภาษาละติน หมายถึง น้ำผึ้ง อธิบายได้ว่า ปัสสาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีรสชาติที่หวานคล้ายกับน้ำผึ้ง (sweet like honey) ในปี ค.ศ. 1679 ตามที่แมตทิว ดอบสัน (Matthew Dobson) พิสูจน์โดยวิธีชิมและพบว่า มีน้ำตาลในปัสสาวะของผู้ป่วยเบาหวาน (ไพบูลย์ จาตุรปัญญา, 2547)

เบาหวานเป็นโรคที่แสดงถึงภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และมีความไม่สมดุลของเมตาบอลิซึมซึ่งเกิดจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือเกิดจากสองสาเหตุร่วมกัน มีผลทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ (สุทิน ศรีธัญญาพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548)

1.1 วิวัฒนาการของการแบ่งชนิดของโรคเบาหวาน

แม้ว่าโรคเบาหวานจะเป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง แต่ในเรื่องการแบ่งชนิดของโรคเบาหวานในอดีตยังไม่เป็นที่ยอมรับ การแบ่งชนิดของโรคเบาหวานที่เป็นระบบจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในแง่ของการศึกษาทางระบาดวิทยาและทางคลินิก รวมไปถึงเป็นประโยชน์ในด้านการรักษาโรคเบาหวานอีกด้วย การแบ่งชนิดของโรคเบาหวานครั้งแรกเกิดขึ้นเมื่อประมาณ 100 ปีก่อนคริสตกาลโดยแพทย์ชาวฮินดู คือ สุสรูตะ (Sushruta) และจระกะ (Charaka) ได้แบ่งผู้ป่วยเบาหวานออกเป็น 2 ประเภท ตามลักษณะอาการที่พบ ซึ่งประเภทแรกเข้าได้กับโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน คือมีอาการชুবวม อ่อนเพลีย อิดโรย ปัสสาวะบ่อยและขาคื่น ประเภทที่ 2 เข้าได้กับโรคเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลินในปัจจุบัน คือผู้ป่วยที่มีลักษณะอ้วน กินจุ ปี ค.ศ. 1965 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้แบ่งชนิดของโรคเบาหวานเป็นครั้งแรก โดยได้แบ่งตามอายุของผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ปี ค.ศ. 1979 มีการแบ่งชนิดของโรคเบาหวานตามความบกพร่องในความทนต่อกลูโคส (glucose intolerance) โดยประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Diabetes Data Group : NDDG) ปี ค.ศ. 1980 องค์การอนามัยโลก ได้

แบ่งชนิดของโรคเบาหวานขึ้นมาใหม่ โดยมีความคล้ายคลึงในรายละเอียด ที่เหมือนกับ NDDG ปี ค.ศ. 1979 ดังนั้นพอสรุปได้ว่าทั้ง WHO 1980 และ NDDG 1979 ได้แบ่งโรคเบาหวานตามลักษณะอาการทางคลินิก ออกเป็น 4 ชนิด คือ (1)โรคเบาหวานพึ่งอินซูลิน (insulin-dependent diabetes mellitus: IDDM) (2) โรคเบาหวานไม่พึ่งอินซูลิน (non-insulin-dependent diabetes mellitus: NIDDM) (3)โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus: GDM) และ (4)โรคเบาหวานจากสาเหตุอื่นๆ ปี ค.ศ. 1985 องค์การอนามัยโลกได้เพิ่มชนิดของโรคเบาหวานที่สัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition – related diabetes mellitus: MRDM) ขึ้นมาอีก 1 ชนิด และการแบ่งชนิดของโรคเบาหวานครั้งนี้เป็นที่ยอมรับและถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง จนถึงปี ค.ศ. 1997 สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association: ADA) ได้แบ่งชนิดและสาเหตุของโรคเบาหวานใหม่ เนื่องจากเห็นว่าการแบ่งชนิดของโรคเบาหวานโดย NDDG 1979 และ WHO 1985 ยังไม่เหมาะสมพอ โดยได้ยกเลิกการใช้คำว่าโรคเบาหวานพึ่งอินซูลิน (insulin-dependent diabetes mellitus: IDDM) โรคเบาหวานไม่พึ่งอินซูลิน(non-insulin-dependent diabetes mellitus: NIDDM) รวมทั้งยกเลิกโรคเบาหวานชนิดที่สัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition – related diabetes mellitus: MRDM) ด้วยเนื่องจากการแบ่งตามการรักษา มากกว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคได้ ทำให้เกิดความสับสนได้ และไม่มีหลักฐานสนับสนุนที่เพียงพอว่าเบาหวานเกิดจากภาวะการขาดโปรตีน (protein – deficient pancreatic diabetes) ปี ค.ศ. 1998 องค์การอนามัยโลกได้แบ่งชนิดของโรคเบาหวานขึ้นมาใหม่มีรายละเอียดส่วนใหญ่เหมือนกับที่สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งชนิดของโรคเบาหวานปี ค.ศ.1997 ได้แบ่งไว้โดยครั้งนี้เน้นการแบ่งชนิดของโรคเบาหวานตามระยะของการเกิดโรคและสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน ต่อมา ค.ศ. 2004 สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาได้เพิ่มเติมรายการสาเหตุของโรคเบาหวานที่พบใหม่ในกลุ่มเบต้าเซลล์ทำงานบกพร่อง จากความผิดปกติทางพันธุกรรมและยังคงเนื้อหาหลักเช่นเดียวกับที่สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association: ADA) ได้แบ่งชนิดและสาเหตุของโรคเบาหวานไว้ในปี ค.ศ.1997 (สุทิน ศรีอภัยพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548)

1.2 ชนิดของโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Diabetes Association: ADA) ค.ศ. 1997 และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ค.ศ. 1998 ได้เปลี่ยนแปลงและจำแนกชนิดของโรคเบาหวานโดยสามารถแยกกันได้ชัดเจนในแง่ของพยาธิสรีรวิทยาในการเกิดโรค การดำเนินโรค การตอบสนองต่อการรักษาและการป้องกันโรคดังนี้

1.2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus) หมายถึงโรคเบาหวานที่เกิดจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ เนื่องจากไอส์เล็ทเบต้าเซลล์ถูกทำลาย โรคเบาหวานชนิดนี้จำเป็นต้องใช้อินซูลินรักษาเพื่อป้องกันภาวะคีโตนอะซิโดสิส แบ่งเป็น 2 ชนิดย่อย คือ

ก. เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันด้านทานแบบเซลล์ (immune – mediated diabetes) เกิดขึ้นเนื่องจากการขาดอินซูลินอย่างรุนแรงโดยมีสาเหตุมาจากไอส์เล็ทเบต้าเซลล์ถูกทำลายอย่างมากจากระบวนการออโตอิมมูนชนิดพึ่งเซลล์

ข. เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่ไม่ได้เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันด้านทานแบบเซลล์ (Idiopathic diabetes) หรือ (non-immune mediated) ไม่พบหลักฐานว่าเกิดจากระบวนการออโตอิมมูน

1.2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes Mellitus) หมายถึงโรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน

1.2.3 โรคเบาหวานชนิดอื่นๆ ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากเบต้าเซลล์ทำงานบกพร่องจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ความบกพร่องในการออกฤทธิ์ทางชีวภาพของอินซูลินจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคของตับอ่อน โรคต่อมไร้ท่อต่างๆ ยาและสารเคมี ภาวะติดเชื้อ โรคพันธุกรรมอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวานและโรคเบาหวานจากระบวนการออโตอิมมูนแบบอื่นๆ

1.2.4 โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) หมายถึงโรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อกลูโคส ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (สุทิน ศรีอัยภาพร และวรรณิ นิธิยานันท์, 2548)

1.3 กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากความผิดปกติ 2 อย่างร่วมกันคือ ภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) และมีการหลั่งอินซูลินลดลง (Insulin deficiency) ภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) มีผลมาจากการเพิ่มการผลิตน้ำตาลจากตับและมีการใช้น้ำตาลผ่านทางกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้เกิดน้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้น (วิทยา ศรีดามา, 2545) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงที่เนื้อเยื่อไขมันจากภาวะดื้ออินซูลินทำให้เกิดการสลายไขมัน (Lipolysis) ส่งผลให้มีกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) เพิ่มขึ้นและ Free fatty acid ที่เพิ่มขึ้นนี้มีผลทำให้การหลั่งอินซูลินลดลง นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้เพิ่มการสร้างน้ำตาลจากตับอีกด้วย (ชิตี สันบุญญ และวราภณ วงศ์ถาวราวัฒน์, 2549) ผลของ Free fatty acid ต่อกล้ามเนื้อคือ ยับยั้งกระบวนการฟอสโฟริเลชัน (phosphorylation) ยับยั้งกระบวนการสร้างสารอะดีโนซีน ไตรฟอสเฟต (Adenosine Triphosphate: ATP) และลดการสร้างไกลโคเจน (glycogen) ทำให้การลดลงของการผลิตน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 จะช้ากว่าคนปกติจึงทำให้ระดับน้ำตาลในช่วงหลังอาหารเพิ่มมากขึ้น (วิทยา ศรีดามา, 2545) กลไกการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างด้วยกัน เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความอ้วน และมีการเคลื่อนไหวออกกำลังกายน้อยลง เป็นต้น แต่ในปัจจุบันยังไม่ค้นพบความผิดปกติของยีน (gene) ที่ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ส่วนโรคอ้วนชนิดลงพุง (central obesity) มีความสัมพันธ์กับการเกิดเบาหวาน และกลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome) ภาวะโรคอ้วนนี้ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) และภาวะดื้อเลปติน (Leptin resistance) โดยเลปติน (leptin) เป็นฮอร์โมนที่สร้างจากเนื้อเยื่อไขมัน (Adipose tissue) มีคุณสมบัติเพิ่มความไวของอวัยวะต่ออินซูลิน (insulin sensitivity) ซึ่งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะไม่มีการขาดเลปติน (Leptin) แต่จะเกิดภาวะดื้อเลปติน (Leptin resistance) ส่งผลให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ตามมา นอกจากนี้การลดระดับของอะดีโปเนคติน (Adiponectin) ซึ่งเป็นสารที่เซลล์ไขมันในร่างกายคนเราสร้างขึ้นเพื่อควบคุมปริมาณไขมันในร่างกายไม่ให้ล้นเกิน โดยการสลายไขมันที่อยู่ภายในเซลล์ และป้องกันไม่ให้ไขมันในกระแสเลือดไหลย้อนกลับเข้าสู่เซลล์ อะดีโปเนคติน (Adiponectin) มีคุณสมบัติเพิ่มความไวของอวัยวะต่ออินซูลิน (insulin sensitivity) การลดระดับของอะดีโปเนคติน (Adiponectin) จึงมีผลต่อการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ได้ นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคอ้วนมีการเพิ่มขึ้นของทีเอ็นเอฟ อัลฟา (Tumor Necrosis Factor Alpha: TNF) ซึ่งมีผลรบกวนการทำงานของตัวรับอินซูลิน (Insulin receptor) มีผลทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) (ธิดิ สันันบุญ และวราภณ วงศ์ถาวรวาวัฒน์, 2549)

การเปลี่ยนแปลงการหลั่งอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนโดยดูจากการเปลี่ยนแปลงของเบต้าเซลล์แมส (Beta cell mass) ดังนี้ (ธิดิ สันันบุญ และวราภณ วงศ์ถาวรวาวัฒน์, 2549)

ระยะที่ 1 การชดเชย (Compensation) เป็นระยะที่เริ่มมีความผิดปกติของภาวะดื้ออินซูลิน ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยการเพิ่มการหลั่งอินซูลินเมื่อมีการกระตุ้นด้วยกลูโคส ในระยะนี้จะมีการเพิ่มของเบต้าเซลล์แมส ทั้งจำนวนและขนาด ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในระยะนี้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระยะที่ 2 การปรับตัวคงที่ (Stable adaptation) ระยะนี้จะเริ่มมีภาวะความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (impaired glucose tolerance: IGT) ในระยะนี้จะมีการสูญเสียการหลั่งอินซูลินระยะแรก (first phase insulin secretion) และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting plasma glucose) สูงขึ้นประมาณ 89 – 130 mg/dl แต่ second phase ยังคงปกติ ในระยะนี้หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมก็จะสามารถชะลอการเกิดโรคเบาหวานได้ ด้านการเปลี่ยนแปลงของเบต้า

เซลล์นั้น เบต้าเซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (Beta cell dysfunction) จึงปรับตัวโดยการเพิ่มขนาดให้ใหญ่ขึ้น จากผลการศึกษาของ The Finnish Diabetes Prevention Study พบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเข้มงวด โดยการควบคุมอาหาร ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และลดน้ำหนัก สามารถลดโอกาสการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 58 (Tuomilehto, et al., 2001)

ระยะที่ 3 การชดเชยลดลงเริ่มไม่คงที่ (Early unstable decompensation) ระยะนี้จะมีการลดลงของเบต้าเซลล์เมสมากขึ้น ระดับน้ำตาลจะสูงปานกลาง (น้อยกว่า 180 mg%) และในระยะนี้จะเปลี่ยนแปลงกลับสู่ระยะที่ 2 ได้ ถ้าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร ลดน้ำหนัก และเพิ่มการออกกำลังกาย แต่หากไม่สามารถทำได้ก็จะเข้าสู่ระยะต่อไป

ระยะที่ 4 การชดเชยลดลงคงที่ (Stable decompensation) ในระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ มีการสูญเสียเบต้าเซลล์จนเหลือน้อยกว่าร้อยละ 50 ระดับน้ำตาลเข้าสู่ขั้นการเป็นเบาหวานตลอดไปและหากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีก็จะเข้าสู่ระยะที่ 5

ระยะที่ 5 การชดเชยลดลงอย่างรุนแรง (Severe decompensation) ระยะนี้จะมีการสูญเสียเบต้าเซลล์จำนวนมากมีความจำเป็นที่จะต้องใช้อินซูลินและอาจเกิดภาวะ ketosis ได้ (ธิดิสนันบุญ และวราภณ วงศ์ถาวรวาณิช, 2549) ภาวะความผิดปกติของเบต้าเซลล์ซึ่งพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายทำให้มีผลต่อการหลั่งอินซูลิน ความผิดปกติของเบต้าเซลล์นี้จะมีทั้งความผิดปกติทางด้านปริมาณและคุณภาพ โดยในระยะแรกของการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 เบต้าเซลล์เมส (Beta cell mass) จะลดลงประมาณ 50% ซึ่งอยู่ในระยะที่ 3 ของการเปลี่ยนแปลงเบต้า เซลล์ เมส (Beta cell mass) เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการหลั่งของอินซูลินลดลง นอกเหนือจากปริมาณเบต้าเซลล์ลดน้อยลง ทำให้ไม่สมดุลกับระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้น แล้วยังพบว่าจะมีลักษณะการหลั่งอินซูลินที่ผิดปกติอีกด้วย โดยในภาวะปกติหลังจากการถูกกระตุ้นด้วยน้ำตาล อินซูลินจะถูกขับออกจากเบต้าเซลล์ 2 ช่วง ช่วงแรก ระยะที่ 1 (First phase) มีระยะเวลาประมาณ 10 นาที จะมีการหลั่งอินซูลินจำนวนมากและมีระดับสูงที่สุดใน 2-4 นาที หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดระดับลง จนเข้าสู่ระยะที่ 2 (Second phase) (วิทยา ศรีดามา, 2545) จะเพิ่มระดับการหลั่งอินซูลินขึ้นใหม่อย่างช้า ๆ ต่อเนื่องและคงระดับไว้ตามระดับของสิ่งกระตุ้น คือ น้ำตาล นอกจากนี้การหลั่งอินซูลินจะมีการแกว่งขึ้นลงเป็นระยะ ๆ ในทุก ๆ 10 - 14 นาที เรียกว่า พัลซาไทล์ ซีกรีชัน (pulsatile secretion) ซึ่งเชื่อกันว่ามีผลควบคุมการสร้างน้ำตาลจากตับด้วย (ธิดิสนันบุญ และวราภณ วงศ์ถาวรวาณิช, 2549) การหลั่งอินซูลินในระยะแรกเชื่อว่าการเตรียมอวัยวะต่างๆ ให้พร้อมสำหรับการออกฤทธิ์เพื่อลดระดับน้ำตาล ซึ่งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (impaired glucose tolerance) จะสูญเสียการหลั่งอินซูลินในระยะแรก (first phase) ไป และสำหรับในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการหลั่งอินซูลินลดลงในระยะที่ 2 (second phase)

และสูญเสียการหลั่งอินซูลินแบบ pulsatile secretion ด้วยความผิดปกติของเบต้าเซลล์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดได้จากหลายสาเหตุได้แก่ สาเหตุทางพันธุกรรม ภาวะน้ำหนักแรกเกิดต่ำ อันเป็นผลมาจากการขาดสารอาหารซึ่งส่งผลให้เบต้าเซลล์มีขนาดเล็กลง การถูกแทนที่ด้วยสาร อะไมลอยด์ (amyloid) มีผลทำให้เบต้าเซลล์ แมส ลดลง ภาวะกลูโคสที่ออกซิซิตี (glucose toxicity) คือ การที่ระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นมีผลให้เบต้าเซลล์หลั่งอินซูลินลดลง ภาวะนี้จะทำให้เกิดผล 2 แบบคือ แบบที่ 1 ภาวะที่เบต้าเซลล์สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (glucose desensitization) และแบบที่ 2 คือ เบต้าเซลล์จะมีความผิดปกติอย่างถาวร เนื่องจากการที่เบต้าเซลล์พบกับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานหลายเดือนโดยไม่ได้รับการแก้ไขภาวะนี้เรียกว่า true glucose toxicity นอกจากนี้จากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินยังมีสาเหตุมาจากภาวะความผิดปกติที่เกิดจากการเพิ่ม free fatty acid เรียกว่า lipotoxicity และภาวะการตายระดับเซลล์ (apoptosis) ซึ่งพบว่าเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วย (วิทยา ศรีดามา, 2545)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ขณะนี้ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยจึงอยู่ที่การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้ แต่หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย พิการ และเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน

1.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งเป็น 2 ชนิดใหญ่คือ

1.4.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน แบ่งเป็น 3 ชนิดคือ

- ก. ภาวะระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดต่ำกว่าปกติ
- ข. ภาวะระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงกว่าปกติ
- ค. ภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด

1.4.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากวิวัฒนาการทางการแพทย์ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น ปัญหาที่ตามมาคือผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงปัจจัยหนึ่งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์โดยตรงคือ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ทราบระยะเวลาที่เริ่มเกิดโรค (onset) ที่แน่นอนสอดคล้องกับการศึกษาอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เมื่อปี ค.ศ.2000 ผลการศึกษาพบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานถึง 2.4 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานเพียงร้อยละ 50 ในขณะที่อีกร้อยละ 50 ไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน (Aekplakorn, et al., 2003) ผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 บางรายพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคแล้ว นอกจากนี้ผลจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีเป็นเวลานาน ๆ ก็จะส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ส่วนปัจจัยเสริมอื่น ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง พันธุกรรม ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และการสูบบุหรี่ (สุทิน ศรีอัยญาพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548)

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของเบาหวานแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

ก. ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular complication) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่จอตา (diabetic retinopathy) ภาวะแทรกซ้อนที่ไต (diabetic nephropathy) ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท (diabetic neuropathy)

ข. ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดใหญ่ (macrovascular complication) ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular disease)

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในโรคเบาหวานส่งผลต่ออวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ดังนี้

ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ๆ จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดง โดยเมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลจะไปเกาะที่เม็ดเลือดแดงมีผลรบกวนการปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อ ทำให้เนื้อเยื่อเกิดภาวะขาดออกซิเจน ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพทั้งหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (macroangiopathy) และหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (microangiopathy) ทำให้เกิดการโป่งพอง อุดตัน หรือเกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่ไม่แข็งแรงขึ้นมา ส่งผลให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น ปัญหาที่ตา (diabetic retinopathy) ปัญหาที่ไต (diabetic nephropathy) นอกจากนี้ภาวะความผิดปกติของไขมันในเลือดที่มีระดับสูงขึ้น มีผลต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ทำให้เกิดปัญหาผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ก่อให้เกิดหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง อัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546)

ภาวะแทรกซ้อนทางตา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

ก. ภาวะแทรกซ้อนทางตาที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่จอภาพ (Non-retinal complication)

ข. ภาวะแทรกซ้อนทางตาที่มีการเปลี่ยนแปลงที่จอภาพ (Retinal complication หรือ Diabetic retinopathy: DR)

ภาวะแทรกซ้อนทางตาที่มีการเปลี่ยนแปลงที่จอภาพ (Retinal complication หรือ Diabetic retinopathy: DR) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดตาบอดในผู้ป่วยเบาหวานโดยมีการเปลี่ยนแปลงของจอภาพตาเรียกว่า diabetic retinopathy ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การเปลี่ยนแปลงที่จอประสาทตาในระยะเริ่มแรก (Nonliferative Diabetic Retinopathy: NPDR) ในระยะนี้ยังไม่มีเกิดการเกิดเชื้อพังผืดในจอประสาทตา (fibrovascular proliferation) มีการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดแดงฝอยใน retina หรือมีการคอดของหลอดเลือดดำคล้ายลูกปัด (venous beading) ในระยะนี้อาจตรวจพบว่าการโป่งพองของหลอดเลือดฝอย (microaneurysm) เส้นใยประสาทตาบวม (cotton wool spot) ไขมันในเลือดที่รั่วออกมาจากหลอดเลือด (hard exudates) เลือดออกในจอประสาทตา (retinal hemorrhage) และการบวมบริเวณจุดภาพชัดของจอประสาทตา (macular edema) อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมีทุกอย่างก็ได้

ระยะที่ 2 การเปลี่ยนแปลงที่จอประสาทตาในระยะที่มีหลอดเลือดสร้างใหม่ (Proliferative Diabetic Retinopathy: PDR) ในระยะนี้จะมี fibrovascular proliferation คือการสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่ ทั้งในบริเวณขั้วประสาทตา (optic disc) หรือบริเวณอื่นของจอประสาทตา (retina) หรือทั้งสองอย่าง หลอดเลือดที่สร้างขึ้นใหม่นี้จะแตกง่ายทำให้เกิดเลือดออกในวุ้นตา (vitreous hemorrhage) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการตามัวลง มีความรู้สึกเหมือนมีควันมาบังตา หรือคล้ายฝนตกเป็นม่านมาบัง หรือกรณีมีเลือดออกมากอาจมองเห็นแค่แสงไฟ (ชิตี สันบุญ และวราภรณ์ วงศ์ถาวราวัฒน์, 2549) จากการศึกษาเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศสหราชอาณาจักร (United Kingdom Prospective Diabetes Study Group: UKPDS) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ การดำเนินโรค diabetic retinopathy ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,919 ราย หลังจากได้รับการวินิจฉัยเป็นเวลา 6 ปี พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,216 ราย ไม่พบภาวะ diabetic retinopathy เมื่อแรกการวินิจฉัย เมื่อติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 6 ปี พบว่า ร้อยละ 22 มีการพัฒนาเป็น diabetic retinopathy และตรวจพบว่าการโป่งพองของหลอดเลือดฝอย (microaneurysm) ที่ตาทั้งสองข้าง และในผู้ป่วยบางรายมีความรุนแรงมาก (Stratton, et al., 2001) และจากการศึกษาความชุกของ diabetic retinopathy ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทางตอนใต้ของประเทศบราซิล จำนวน 210 ราย โดยการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 17 เกิดภาวะ diabetic retinopathy เมื่อมีระยะเวลาการเป็นเบาหวานนาน 5 ปี (Santos, Tschiedel, Schneider, Souto & Roisenberg, 2005) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศไทยถึงความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ diabetic retinopathy ในประเทศไทย โดยการศึกษาภาคตัดขวางแบบ hospital-based ในช่วงเดือนเมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2546 ในโรงพยาบาลตติยภูมิจำนวน 11 แห่ง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด 6,707 ราย พบความชุกของ Diabetic retinopathy ร้อยละ 31.4 แบ่งเป็นชนิด NPDR ร้อยละ 22 และ PDR ร้อยละ 9.4 นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของ diabetic retinopathy ได้แก่ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานที่ไต การตรวจจอ

ประสาทตาอย่างสม่ำเสมอ และการควบคุมปัจจัยทางเมตาบอลิกอย่างเข้มงวด สามารถลดความชุกของภาวะแทรกซ้อน ของ diabetic retinopathy ได้ (Chetthakul, et al., 2003)

โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy)

การเปลี่ยนแปลงของไตในผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง อาทิ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมความดันโลหิต พันธุกรรม และชนิดของโรคเบาหวาน จากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดนี้ส่งผลต่อการเกิดพยาธิสภาพที่กรวยไตทำให้เกิดปัญหาโรคไตจากเบาหวานขึ้น โดยจะมีโปรตีนขนาดเล็กรั่วออกมากับปัสสาวะเรียกว่า ไมโครอัลบูมินูเรีย (microalbuminuria) และหากไม่ได้รับการแก้ไข การดำเนินโรคจะก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ โปรตีนจะรั่วออกมาอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขนาดใหญ่ขึ้น เรียกว่า แมโครอัลบูมินูเรีย (macroalbuminuria) ส่งผลให้อัตราการกรองลดลง ผู้ป่วยจะมีภาวะช้ำ บวม การสูญเสียโปรตีนทำให้ระดับโปรตีนในเลือดลดต่ำลง ผู้ป่วยจะมีการบวม ช้ำ และเกิดภาวะไตวาย ในที่สุด ผู้ป่วยเบาหวานจะมีภาวะหลอดเลือดแดงที่ไตแข็ง (arteriosclerosis) เมื่อเป็นเบาหวานมาเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานคือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ปัจจัยทางพันธุกรรม เชื้อชาติ ตลอดจนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโปรตีนสูง (ภavana กิริติยวงศ์, 2546)

ระบบประสาท

ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะมีผลทำให้เกิดการเสื่อมของประสาทส่วนปลายและการนำกระแสประสาทก็จะช้ากว่าปกติ โดยในระบบประสาทส่วนปลายจะประกอบไปด้วยระบบประสาทรับความรู้สึก (Sensory nerves) และระบบประสาทมอเตอร์ (Moter nerves) ระบบประสาทรับความรู้สึกมีหน้าที่รับความรู้สึก ร้อน เย็น การสัมผัส การสั่นสะเทือน และรับความรู้สึกเจ็บปวด ส่วนระบบประสาทมอเตอร์จะมีหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว ความเสื่อมของประสาทส่วนปลายจะมีผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียการรับความรู้สึก ชาตามปลายมือ ปลายเท้า ปวดตามแขนขา ปวดแสบปวดร้อนบริเวณขาและเท้า มีความรู้สึกเจ็บปวดเหมือนถูกเข็มแทง ซึ่งอาการจะรุนแรงมากในเวลากลางคืน และถ้าหากประสาทสั่งการ (Moter nerves) เสื่อมหรือถูกทำลายลง จะมีผลทำให้กล้ามเนื้อมัดเล็กบริเวณเท้าเกิดการฝ่อ (atrophy) เกิดการเสียสมดุล การยึดและการหดของกล้ามเนื้อที่ฝ่าเท้าทำให้มีการลงน้ำหนักเท้าเสียสมดุล และส่งผลให้เกิดปัญหาเท้าผิดรูปในที่สุด นอกจากนี้ อาจมีการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติมีผลให้เกิดปัญหาท้องผูก ถ่ายอุจจาระบ่อย หรืออาหารไม่ย่อย ผู้ป่วยเบาหวานบางรายอาจมีความรู้สึกทางเพศลดลง และมีปัญหาความสามารถในการ

ควบคุมการถ่ายปัสสาวะลดลง สืบเนื่องมาจากการเสื่อมของระบบประสาทที่กระเพาะปัสสาวะ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546)

ระบบเลือด

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ส่งผลต่อระบบเลือดมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำลง สืบเนื่องจากการทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์โฟนิวเคลียร์ และลิมโฟไซท์บกพร่อง ผู้ป่วยเบาหวานจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติ การติดเชื้อที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ การติดเชื้อที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การติดเชื้อที่ผิวหนังตามบริเวณขาหนีบ ไตรราวม การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546)

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะการกระทำและการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงความรู้และเจตคติที่มีต่อสุขภาพด้วย ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการสังเกต การพูดคุย และการสอบถาม (เฉลิมพล ดันสกุล, 2543)

พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Sick role behavior) คือการแสดงออกทางพฤติกรรมหลังจากได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว เพื่อที่จะทำให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การงดบุหรี่ สุรา หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการพบแพทย์ตามนัด (เฉลิมพล ดันสกุล, 2543)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนทางปัญหาในหลาย ๆ ด้าน การรักษาโดยวิธีทางการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียวไม่สามารถจัดการกับปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานได้ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ดี เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายคือการป้องกันและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อน การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีดังนี้

2.1 การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาเบาหวานและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องปฏิบัติเป็นประจำ การควบคุมอาหารไม่ใช่การอดอาหาร และจำกัดหรือควบคุมการรับประทานอาหารไปทุกอย่าง เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ เบื่อหน่ายและหยุดการควบคุมอาหารได้ อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานถือเป็นอาหารเพื่อสุขภาพเพราะมีส่วนประกอบที่เหมาะสมและทุกคนสามารถรับประทานได้ การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานคือการคำนึงถึงปริมาณและชนิด

ของแป้งและไขมันที่จะส่งผลถึงการรักษาระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดให้เหมาะสม สิ่งนี้ผู้ป่วยเบาหวานควรปฏิบัติคือการรับประทานอาหารให้เป็นเวลา และรับประทานในปริมาณที่ใกล้เคียงกันในแต่ละวัน ไม่ควรงดอาหารเพราะอาจจะมีผลให้รับประทานในมื้อถัดไปในปริมาณที่มากขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานควรมีการวางแผนการรับประทานอาหารที่ดี ทั้งนี้การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ควบคุมระดับไขมันในเลือด ช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี มีสุขภาพร่างกายดี โดยการได้รับสารอาหารที่ร่างกายต้องการอย่างเหมาะสมและครบถ้วน ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ นอกเหนือจากนั้นผู้ป่วยควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาหารแลกเปลี่ยน ซึ่งรายการอาหารแลกเปลี่ยนของไทยมีทั้งหมด 6 หมวด ได้แก่ หมวดน้ำมัน หมวดผัก หมวดผลไม้ หมวดข้าวและแป้ง หมวดเนื้อสัตว์ และหมวดไขมัน โดยผู้ป่วยเบาหวานสามารถแลกเปลี่ยนอาหารในหมวดเดียวกันเพื่อความหลากหลายของชนิดอาหาร ลดการเบื่อหน่ายจำเจในการรับประทานอาหารในแต่ละวัน อาหารแลกเปลี่ยนในหมวดเดียวกันจะให้พลังงานเฉลี่ยที่เท่ากัน ปริมาณที่กำหนดไว้จึงสามารถแลกเปลี่ยนกันได้ (สุทิน ศรีอัญญาพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548) อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทคือ ประเภทที่ 1 อาหารที่ไม่ควรรับประทาน ได้แก่ น้ำตาลและขนมหวาน โดยเฉพาะทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา นมข้นหวาน น้ำผลไม้และน้ำเกลือแร่ ผู้ป่วยเบาหวานควรดื่มน้ำเปล่าดีที่สุด ประเภทที่ 2 อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เพราะมีพลังงานต่ำและมีไฟเบอร์สูง จะช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลลงและลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ และประเภทที่ 3 อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด ได้แก่ อาหารจำพวกแป้ง กรณีที่ผู้ป่วยไม่อ้วนมาก อาหารจำพวกแป้งนั้นสามารถรับประทานได้ในปริมาณที่มาก ซึ่งดีกว่าการที่ลดอาหารจำพวกแป้งแต่เพิ่มอาหารไขมันและเนื้อสัตว์ เพราะอาจมีผลเสียต่อไตมากขึ้น (วิทยา ศรีดามา, 2545)

2.2.การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอมีประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพราะการออกกำลังกายมีผลช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ สืบเนื่องมาจากร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลในขณะที่ออกกำลังกายและยังมีส่วนช่วยกระตุ้นให้เนื้อเยื่อมีความไวต่อฮอร์โมนอินซูลินมากขึ้น มีผลทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้สามารถดึงน้ำตาลในกระแสเลือดไปใช้ได้มากขึ้นซึ่งเป็นเหตุผลที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระยะยาว (ทีมงานเทศา

รินทร์, 2546) นอกจากนี้การออกกำลังกายยังมีส่วนช่วยในเรื่องของการป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดช่วยในเรื่องการควบคุมน้ำหนัก ลดไขมัน ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ลดความเครียด สดชื่น แจ่มใส ทั้งนี้การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกชนิดที่ไม่เสี่ยงอันตราย เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และควรมีการประเมินสภาพร่างกายก่อนออกกำลังกายด้วย เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วย (ภavana กิริติยวงศ์, 2546) สำหรับการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีน้ำหนักเกินในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับอินซูลินในเลือดระดับมากพอ แต่การออกกำลังกายไม่มีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายจะเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์มากเพราะจะมีผลช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ แต่การออกกำลังกายที่มากเกินไปจะมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่อาจสูงหรือต่ำเกินไป (สุทิน ศรีอัญญาพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548) การออกกำลังกายนั้นขึ้นอยู่กับความชอบของผู้ป่วยและความเหมาะสมของสภาพร่างกาย ผู้ป่วยเบาหวานควรปรึกษาแพทย์ก่อนการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถทำได้ควรเป็นการออกกำลังกายชนิดเบาถึงปานกลางเท่านั้น เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน รำมวยจีน แบดมินตัน ซิ่ง การโยคะ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การบริหารร่างกายแบบเวดจ์ เป็นต้น และเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อยออกมาก ใจสั่น มือสั่น ปวดศีรษะ ตาพร่า หิว แขนงอก หายใจหอบมากผิดปกติ ควรหยุดออกกำลังกายในที่ (เทพ หิมะทองคำ, 2545) จากการศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกายให้เหตุผลว่าทำไมไม่ไหวและคิดว่าการทำงานทุกวันถือเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว บางรายบอกว่าไม่มีเวลา ซ้อมเข้าเสื่อม และไม่เคยทำมาก่อน ไม่มีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย (เกตุรีย์ พันธุ์เขียน, 2549; จันทรา บริสุทธี, 2540) การศึกษาของสมจิต แซ่จิ่ง (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกายน้อยที่สุด ซึ่งผลการศึกษาอธิบายได้ว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายเพราะไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่ายและไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายซึ่งไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

2.3.การใช้ยา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ตอบสนองต่อการควบคุมอาหาร และไม่มีข้อห้ามสำหรับการใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยในระยะแรกเมื่อผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์จะเริ่มการรักษาโดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย แต่หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ และผู้ป่วยมีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง สูงกว่า 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แพทย์จะพิจารณาเริ่มให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (วิทยา ศรีคามา, 2545) การรักษาด้วยยารับประทานมีผลออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นการหลั่งอินซูลินและมีผลให้มีการใช้กลูโคสมากขึ้น หรือออกฤทธิ์ยับยั้งการผลิตกลูโคสที่

ดับ ทั้งจากกระบวนการสังเคราะห์กลูโคสใหม่ (Gluconeogenesis) และจากกระบวนการสลายกลัยโคเจน (Glycogenolysis) ออกฤทธิ์ลดระดับกลูโคสในเลือด โดยการเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อต่ออินซูลิน และออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ลดการดูดซึมน้ำตาลที่ลำไส้เล็ก (สุทิน ศรีอัญญาพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548) เป้าหมายของการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานคือ ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ไม่เกิดอาการอันเนื่องมาจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea) เพียงอย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับยากลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanide) และมีน้อยรายที่ใช้ Biguanide อย่างเดียว นอกจากนี้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ตอบสนองด้วยยาเม็ดรับประทานตั้งแต่ระยะแรกหรือเกิดภาวะดื้อยาในเวลาต่อมาก็มีความจำเป็นต้องใช้อินซูลิน (อินซูลินเริ่มนำมาใช้เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1921) การรักษาด้วยอินซูลินที่มีประสิทธิภาพคือการบริหารอินซูลินให้มีผลควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมตลอดทุกช่วงเวลาของวัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทางเลือกชนิดของอินซูลิน ขนาดและรูปแบบการบริหารอินซูลินที่มีประสิทธิภาพนั้นคือสามารถลอกเลียนแบบสรีรวิทยาของการหลั่งและออกฤทธิ์ของคนปกติมากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ในผู้ป่วยแต่ละราย (สุทิน ศรีอัญญาพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาทุกรายมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด นอกจากนี้การมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การเก็บรักษายา การสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขอาการผิดปกติในเบื้องต้น เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยา โดยในเรื่องการเก็บรักษา ยาผู้ป่วยควรระมัดระวังการเสื่อมคุณภาพของยาโดยให้อยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม ไม่ร้อนหรืออับชื้น อยู่ในขวดหรือซองที่ปิดสนิท ด้านการรับประทานยา ไม่ควรปรับเปลี่ยนขนาดยาเอง รับประทานยาให้ถูกต้องตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา หลีกเลี่ยงการรับประทานยารักษาโรคอื่นเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (พันธิธร มะลิสุวรรณ, 2548))

2.4. การมาตรวจตามนัด

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกราย ควรได้รับการประเมินสถานะสุขภาพเป็นระยะ ๆ ตามการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต รวมไปถึงต้องได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะเพื่อประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การมาตรวจตามนัดจะแสดงถึงความร่วมมือในการรักษา เป็นโอกาสที่ดีที่ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากแพทย์ ได้รับการตรวจเพื่อค้นหาความผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นแต่เนิ่น ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาสที่ดีที่จะได้รับความรู้ ทราบผลการควบคุมโรคของตนเอง ผู้ป่วยสามารถซักถามปัญหาที่สงสัยและข้อข้องใจต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบางครั้งแพทย์ต้องปรับขนาดของยา ที่ทำการรักษาตามระดับน้ำตาลในเลือดและสถานะของโรค รวมไปถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นประโยชน์และก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยโดยตรง นอกจากนี้ก่อนการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยควรมีการเตรียมตัวที่ดี เช่น การเตรียมคำถามต่าง ๆ ที่สำคัญอาจจดบันทึกคำถามที่ผู้ป่วยสงสัยในสมุดบันทึกก็ได้ นอกจากนี้ในเรื่องยาที่นอกเหนือจากแพทย์สั่ง เช่น ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมต่าง ๆ ผู้ป่วยควรนำมาให้แพทย์ช่วยพิจารณาว่าสามารถรับประทานได้หรือไม่ อาการผิดปกติใดที่เกิดขึ้น ควรจดบันทึกไว้และบอกให้แพทย์ทราบทุกครั้ง เพื่อที่แพทย์จะช่วยในเรื่องการให้คำแนะนำ ปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

2.5 การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า

ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำกว่าคนปกติ จึงทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย การรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยการดูแลความสะอาดบริเวณรักแร้ ขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์ ใต้ราวนม เป็นพิเศษ นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีการดูแลในเรื่องข้อเท้า อุจจาระ และปัสสาวะไม่ให้มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะท้องผูก และไม่ควรถูกขับปัสสาวะเพราะจะเป็นสาเหตุให้ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้วต้องระมัดระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมากกว่าปกติ นอกจากนี้ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งสำหรับผู้ป่วยเบาหวานคือ ปัญหาระบบประสาทส่วนปลายเสื่อมมีผลให้ชาและสูญเสียความรู้สึกบริเวณเท้า ทำให้เกิดแผลได้ง่ายและรักษายาก เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีการเสื่อมที่บริเวณหลอดเลือดส่วนปลาย แผลจึงมีลักษณะซิดเนื่องจากขาดออกซิเจนมาเลี้ยงต่อมาจะเกิดเนื้อตาย แผลเบาหวานเป็นแผลเรื้อรังที่รักษาให้หายยาก เนื่องจากการติดเชื้อด้วย ท้ายที่สุดผู้ป่วยเบาหวานมักถูกตัดขา นอกจากนี้ปัญหาที่พบอีกอย่างคือ ผู้ป่วยบางส่วนมักใช้การดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงของพฤติกรรมที่เอื้อต่อการเกิดแผลที่เท้าอีกด้วย การดูแลเท้าสามารถทำได้หลายอย่าง เช่น การตรวจดูเท้าอย่างละเอียดเพื่อดูว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่ การทำความสะอาดเท้า ไม่ใช้วิธีการขัดถูที่รุนแรง ล้างเท้าแช่ให้สะอาด พึงพิถีพิถันกับการเลือกรองเท้าที่เหมาะสมกับตนเอง รองเท้ามีการระบายอากาศและต้องสวมรองเท้าก่อนออกจากบ้านทุกครั้ง การตัดเล็บเท้าก็ควรตัดตรง ไม่แฉะซอกเล็บ ไม่ดึงหนังเท้า ระวังการเกิดแผลที่เท้าอีกด้วย การดูแลเท้าสามารถทำได้หลายอย่าง เช่น การตรวจดูเท้าอย่างละเอียดเพื่อดูว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่ การทำความสะอาดเท้า ไม่ใช้วิธีการขัดถูที่รุนแรง ล้างเท้าแช่ให้สะอาด พึงพิถีพิถันกับการเลือกรองเท้าที่เหมาะสมกับตนเอง รองเท้ามีการระบายอากาศและต้องสวมรองเท้าก่อนออกจากบ้านทุกครั้ง การตัดเล็บเท้าก็ควรตัดตรง ไม่แฉะซอกเล็บ ไม่ดึงหนังเท้า ระวังการเกิดแผลที่เท้าอีกด้วย การดูแลเท้าสามารถทำได้หลายอย่าง เช่น การตรวจดูเท้าอย่างละเอียดเพื่อดูว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่ การทำความสะอาดเท้า ไม่ใช้วิธีการขัดถูที่รุนแรง ล้างเท้าแช่ให้สะอาด พึงพิถีพิถันกับการเลือกรองเท้าที่เหมาะสมกับตนเอง รองเท้ามีการระบายอากาศและต้องสวมรองเท้าก่อนออกจากบ้านทุกครั้ง การตัดเล็บเท้าก็ควรตัดตรง ไม่แฉะซอกเล็บ ไม่ดึงหนังเท้า ระวังการเกิดแผลที่เท้าอีกด้วย

พบว่าร้อยละ 62.1 ไม่ได้ดูแลเท้าและบริหารเท้าเลยเนื่องจากไม่ทราบว่าต้องดูแลเท้าจึงไม่มีการบริหารเท้า ผู้ป่วยเบาหวานบางรายยังมีพฤติกรรมใช้ที่ตัดเล็บตัดหนังที่หนา ตาปลาของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 81.3 มีพฤติกรรมนั่งไขว่ห้าง นั่งพับเพียบหรือนั่งยองๆ มีผลต่อระบบการไหลเวียนของโลหิตไปสู่อวัยวะส่วนปลายที่ไม่เหมาะสม (จันทร์หา บรสิฐฤทธิ์, 2540)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ตลอดระยะเวลาการดำเนินโรคส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ สังคมของผู้ป่วย นอกจากนี้ครอบครัวของผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบด้านต่างๆ ด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ความเครียดและความอ่อนล้าในครอบครัว เป็นต้น ความเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวอาจทำให้เกิดความรักความผูกพันกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้นหรือเกิดความขัดแย้งกันก็ได้ (ภาวนา กิริยิตยวงศ์, 2546)

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัว

การมีส่วนร่วม หมายถึง ความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มต่อสถานการณ์กลุ่มที่เกิดขึ้น ความเกี่ยวข้องนี้ส่งผลให้เกิดการกระทำต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มที่วางไว้ นอกจากนี้บุคคลยังเกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกับกลุ่มด้วย การมีส่วนร่วมนี้เป็นการกระทำด้วยความเต็มใจด้วยความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ปราศจากการถูกบังคับ การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิหน้าที่ของบุคคลในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงที่สุด โดยเริ่มตั้งแต่ค้นหาปัญหา ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญหาจนเสร็จสิ้นกิจกรรม รวมไปถึงการให้การสนับสนุน ติดตามและประเมินผล (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2540 อ้างในจุฑามาศ ยอดเรือน, 2549)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่สมาชิกอยู่ร่วมกันในครัวเรือนหรือบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด การรับเป็นบุตรบุญธรรม หรือตามบทบาทและหน้าที่ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา และบุตร เป็นต้น โดยมีกรอบวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีเดียวกัน (Friman, 1986 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2541)

ความสำคัญของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความแตกต่างจากสถาบันอื่น ๆ ในสังคม ทั้งในเรื่องการผลิตสมาชิกใหม่ให้กับสังคม มีความใกล้ชิดผูกพันกันของสมาชิกในครอบครัว และยอมรับการเป็นสมาชิกของครอบครัวแม้ว่าจะเสียชีวิตไปแล้วก็ตาม ครอบครัวจึงเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของบุคคลให้การอบรมเลี้ยงดู ดูแลรักษาทั้งในภาวะที่บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสมาชิกทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย

ครอบครัวจะมีส่วนช่วยให้สมาชิกหายป่วยโดยเร็วหรืออาจทำให้การป่วยของสมาชิกทรุดลงได้เช่นกัน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ครอบครัวเป็นระบบสังคมย่อยที่มีศักยภาพมากเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจะทำหน้าที่ในการช่วยเหลือหาทางให้หายจากความเจ็บป่วย สนับสนุน ให้กำลังใจซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละครอบครัวตามสภาพชนชั้น และวัฒนธรรม ครอบครัวเป็นแหล่งความหวังและกำลังใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ (Elder, 1973 อ้างในปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540)

อิทธิพลของครอบครัวต่อการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยในระยะต่างๆ

1. ระยะป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว หากครอบครัวปรับปรุงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมจะส่งผลให้สมาชิกของครอบครัวมีสุขภาพที่ดีไม่เกิดการเจ็บป่วย
2. ระยะเริ่มต้น ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในระยะนี้ได้โดยการสังเกตความผิดปกติและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษาหรือในทางกลับกันครอบครัวเองอาจเป็นสาเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวก็ได้ เช่น ภาวะโรคจิตโรคประสาท โรคความดันโลหิตสูง มักพบในครอบครัวที่มีปัญหาเช่นกัน
3. ระยะยอมรับว่ามีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ระยะนี้สมาชิกจะยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง และต้องการกำลังใจ ความเห็นใจและความคิดเห็นในด้านการรักษาภาวะความเจ็บป่วยจากบุคคลในครอบครัว ครอบครัวจึงมีอิทธิพลที่จะช่วยให้ความเจ็บป่วยของสมาชิกดีขึ้นหรือรุนแรงขึ้นก็ได้
4. ระยะแสวงหาการรักษา เป็นระยะที่สมาชิกจะแสวงหาผู้ทำการรักษาเพื่อให้หายความเจ็บป่วยซึ่งมีหลายรูปแบบทั้งในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ การรับบริการรักษาตามโรงพยาบาล คลินิกและนอกระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยาสมุนไพร การใช้ไสยศาสตร์ การซื้อยารับประทานเอง เป็นต้น ระยะนี้ครอบครัวจะมีอิทธิพลด้านบทบาทในการเป็นผู้ชี้แนะ สมาชิกเลือกรูปแบบการรับบริการทางการแพทย์
5. ระยะที่ยอมรับว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น ในระยะนี้ครอบครัวจะมีบทบาทในการช่วยเหลือสมาชิกในการปรับตัวในการรับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม
6. ระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย ระยะนี้อาจเป็นระยะที่สมาชิกหายจากโรคหรืออาจเป็นระยะที่สมาชิกต้องเรียนรู้ทักษะใหม่ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการยอมรับสนับสนุนและให้กำลังใจสมาชิก นอกจากนี้ในกรณีที่สมาชิกเป็นโรคที่รักษาไม่หายอาจต้องเสียชีวิตลง ครอบครัวก็จะอยู่ในภาวะเศร้าโศกซึ่งควรต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพเช่นกัน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสำคัญต่อการควบคุมโรค ผู้ป่วยจะต้องมีการดูแลตนเองที่ดี ปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง การควบคุมโรคจึงจะประสบความสำเร็จ แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากยังมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสมและตัวแปรสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ

4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนามาจากทฤษฎีทางจิตสังคม เพื่อใช้ในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยในครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายการป้องกันโรคและต่อมาได้มีการดัดแปลงมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลอาศัยตัวแปรทางด้านจิตสังคมและส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ พฤติกรรมทางด้านสุขภาพมีความเชื่อเป็นตัวแปรที่มีส่วนกำหนดพฤติกรรมอนามัยของบุคคล ความเชื่อเป็นองค์ประกอบทางด้านความคิดความเข้าใจในตัวบุคคลซึ่งจะมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ ความเชื่อนี้อาจเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ได้รับในอดีตและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ความเชื่อด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวและการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคที่บุคคลนั้นมีความรู้สึกลัวหรือรู้สึกว่ากำลังถูกคุกคามจากโรค นอกจากนี้บุคคลจะต้องรู้สึกลัวว่าตนเองสามารถเอาชนะหรือต่อต้านโรคได้ (Rosentock, 1974 อ้างในฉันทกาญจน์ วิสุทธีมรรค, 2542)

ปี ค.ศ. 1966 นักจิตวิทยาชื่อ โรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้เป็นผู้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรคของบุคคล นั่นคือการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและโรคนั้นมีความรุนแรงมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตรวมกับการที่บุคคลเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ โดยการปฏิบัตินั้นบุคคลจะคำนึงถึงปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ความยากลำบาก อุปสรรคต่าง ๆ ค่าใช้จ่ายความสะดวกสบายในการปฏิบัติ เป็นต้น ต่อมาปี ค.ศ.1975 เบกเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มองค์ประกอบด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเข้าไป ปี ค.ศ.1980 ทั้งสองท่านได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่โดยเพิ่มแรงจูงใจ (Motivation) และปัจจัยร่วมเข้าไปทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มขึ้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้ถูกนำมาใช้ในหลายประเทศทั่วโลกโดยได้นำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น วัณโรค โรคไต ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นต้น

การศึกษาทบทวนงานวิจัยของประเทศเกาหลีที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 ถึง ค.ศ. 1990 จำนวน 33 การศึกษา พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gu & Lee, 1990) นอกจากนี้การศึกษาวิเคราะห์เชิงอภิมาน (meta-analysis) ของมหาวิทยาลัยเท็กซัส ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการตัดสินใจของบุคคลในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ถึง 22 การศึกษา จาก 24 การศึกษา (Harrison, Mullen, & Green, 1992) การศึกษาในเรื่องการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นหญิงของประเทศอิหร่าน จำนวน 206 ราย โดยแบ่งนักเรียนหญิงออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองได้รับความรู้ในการป้องกันโรคกระดูกพรุนโดยอยู่บนพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มที่ 2 ได้รับความรู้แบบเฉพาะเจาะจงในเรื่องโรคกระดูกพรุนแบบดั้งเดิม และกลุ่มที่ 3 ไม่ได้รับความรู้เฉพาะเจาะจงในเรื่องโรคกระดูกพรุนตามโปรแกรม ซึ่งพบว่าในกลุ่มทดลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการรับรู้อุปสรรคต่อการรักษามีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้าน กลุ่มที่ 2 พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงด้านเดียว และกลุ่มที่ 3 พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสรุปได้ว่าการให้ความรู้ตามโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนในนักเรียนหญิงที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันนำไปสู่การป้องกันโรคกระดูกพรุนในกลุ่มนักเรียนหญิงได้ (Hazavehei, Taghdisi, & Saidi, 2007) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีเชื้อชาติจีนในประเทศมาเลเซีย จำนวน 128 ราย ที่โรงพยาบาลในเขตเมือง 1 แห่ง และสถานบริการสุขภาพในเขตชนบท จำนวน 4 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Tan, 2004) นอกจากนี้การศึกษาของภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยไมอามี ประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้ศึกษาถึงผลของความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม การมีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม

นม และความรู้ในเรื่องมะเร็งเต้านม โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาทำนาย พฤติกรรมการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มหญิงที่มีและที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 378 ราย ซึ่งพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สิ่งชักจูงให้เกิดการตรวจคัดกรอง การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม และการได้รับข่าวสารความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมมีนัยสำคัญในกลุ่มหญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านม (Finney & Iannotti, 2001)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้ถูกนำมาใช้ในประเทศไทย เพื่อทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค จากการศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการให้ความรู้เรื่องทาลัสซีเมียแก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งพบว่าคะแนนการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองไปรับการตรวจเลือดทาลัสซีเมียถึงร้อยละ 73.3 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไปรับการตรวจเลือดคัดกรองทาลัสซีเมียเพียงร้อยละ 57.9 (สุนีย์ ละกำปีน, ปัญญารัตน์ ลาภวงส์วัฒนา, จิตติมา ชำรงพันธ์ และ จันทนา นนทิกกร, 2547) นอกจากนี้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยังถูกนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคต่างๆ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดปฐุมภูมิ โดยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ที่ออกแบบโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สัมมนา มูลสาร และ สุกัญญา ศรีสง่า, 2550) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ศูนย์วัณโรคเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่าการสอนโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคและพฤติกรรมการรักษา (เดชา เจริญมิตร, วิมลจันทร์ นาคจันทิก, สมใจ อินทรทรัพย์ และ ขนิษฐา นาคเกิด, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540; ศิริพร ปาระมะ, 2545) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนหมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมต่อสุขภาพในยามเจ็บป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน บุคคลแต่ละคนมีการคาดการณ์ถึงโอกาสของการเกิดโรคแทรกซ้อนและความเชื่อที่แตกต่างกัน บุคคลจึงพยายามหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคแทรกซ้อนด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน แสดงพฤติกรรมรักษาสุขภาพและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่ต่างกัน ดังเช่นผลการศึกษาของประเทศอิหร่านที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการดูแลเท้าตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้ามีผลกับพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sharifirad, Hazavehi, Baghianimoghadam, & Mohebi, 2005)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค บุคคลแต่ละคนจะประเมินหรือมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นแตกต่างกันตามระดับของสิ่งเร้าของบุคคลนั้น ความรุนแรงของโรคได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ผลกระทบจากโรคที่ส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต หรือผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคก็จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการรักษาเพื่อป้องกันความรุนแรงนั้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สมใจ แซ่เตีย, 2549)

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อน (Perceived benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ดี และส่งผลให้เกิดประโยชน์และจะส่งผลให้หายจากโรคนั้น หรือไม่เกิดโรค บุคคลจึงแสดงพฤติกรรมโดยการแสวงหาวิธีการปฏิบัติและเปรียบเทียบถึงผลดีผลเสียของการปฏิบัติและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฉัฐกาญจน์ วิสุทธีมรรค, 2543; สมใจ แซ่เตีย, 2549)

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ไปในทางลบล่วงหน้าเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายหรือผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เช่น การมารับบริการทำให้ขัดกับกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน

การตรวจเลือดทำให้เกิดความไม่สบาย การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำการให้ความร่วมมือในการรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ณัฐกาญจน์ วิสุทธีมรรค, 2542)

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Motivations) หมายถึงอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวปัจเจกบุคคลโดยมีสาเหตุอันเนื่องมาจากการกระตุ้นโดยสิ่งเร้า ทั้งสิ่งเร้าภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน (internal cues) ได้แก่ความร่วมมือ ความพอใจยอมรับคำแนะนำ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เป็นต้น สิ่งเร้าภายนอก (external cues) ได้แก่การบอกกล่าวแนะนำตักเตือนจากบุคคลอื่นเป็นที่รักที่นับถือ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร และการได้รับข่าวสารผ่านสื่อมวลชน เป็นต้น แรงจูงใจจะช่วยผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาถึงปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าคนที่ผู้ป่วยได้รับ การรับฟังปัญหา ได้รับกำลังใจ และได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ รวมไปถึงการรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวการสนับสนุนยอมรับและเห็นคุณค่าตลอดจนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารตลอดจนการมีส่วนร่วมของญาติในด้านการควบคุมอาหารสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้นนอกจากนี้ยังมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายและดูแลเท้าเพิ่มมากขึ้นและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จุฑามาศ ยอดเรือน, 2549; ปิยพรรณ เทียนทอง, 2546; มนต์ธีรา ไชยแขวง, 2548; สมใจ แซ่เตีย, 2549) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ ทวีวรรณ กิ่งโลกกรวด (2540) ก็ยังชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคล แต่ไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยร่วมประกอบด้วย

6.1 ด้านประชากร ได้แก่ อายุ การศึกษา เพศ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น ดังเช่นผลการศึกษาของ ทวีวรรณ กิ่งโลกกรวด (2540) ที่พบว่า ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนนุช โพธิ์สุข (2548) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกายที่

เกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานด้านเพศ พบว่า เพศชายมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้และระดับดี ในขณะที่เพศหญิงมีการออกกำลังกายในระดับไม่ดี ขัดแย้งกับการศึกษาของสมใจ แซ่เตีย (2549) ที่พบว่า ตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้รวมของครอบครัว และลักษณะการใช้สิทธิรักษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.2 ด้านโครงสร้าง ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามคำแนะนำตามแบบแผนพฤติกรรมใหม่

6.3 ด้านทัศนคติ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการบริการทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับบุคคลผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ รวมไปถึงวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ

6.4 ด้านปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ความคาดหวัง การตั้งเป้าหมายและความคิดเห็นต่อการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้ป่วย รวมไปถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทุกคน

6.5 ปัจจัยอื่น ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ประสพการณ์เกี่ยวกับโรค การรักษาและแหล่งให้คำแนะนำ เป็นต้น จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 274 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทวิวรรณ กิ่งโคกกรวด, 2540)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วย



แผนภูมิที่ 2: กรอบแนวคิดในการศึกษา(ดัดแปลงมาจาก Becker, 1974)

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษารากฐานจากบริบทชีวิตจริงในรูปแบบกรณีศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแล ที่พักอาศัยอยู่ในเขต อำเภอสว่าง - หนองมะโมง

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผู้ดูแลที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง คัดเลือกจากผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจำนวน 647 ราย พิจารณาผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ การศึกษา และเศรษฐกิจ แล้วทำการคัดเลือกแบบสุ่มเลือกจำนวนผู้ป่วย 2 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย 1 ราย เพศหญิง 1 ราย ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจำนวน 198 ราย คัดเลือกจากผู้ที่มีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ การศึกษา เศรษฐกิจ แล้วทำการคัดเลือกแบบสุ่มเลือกจำนวนผู้ป่วย 2 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวาน เพศชาย 1 ราย เพศหญิง 1 ราย

เกณฑ์คัดเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผู้ดูแลและมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่งจากโรคเบาหวาน คือ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็กได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่จอตา ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท หรือ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดใหญ่ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย
2. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวัดสิงห์ อำเภอสว่าง จังหวัดชัยนาท
3. เป็นผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจและโดยการลงนาม

4. เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศึกษาและมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยพิจารณาจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยและยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจและโดยการลงนาม

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่งจากโรคเบาหวาน เพศชาย จำนวน 1 ราย เพศหญิง จำนวน 1 ราย
2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน เพศชาย จำนวน 1 ราย เพศหญิง จำนวน 1 ราย
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ที่ศึกษา จำนวน 2 ราย
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ศึกษาจำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึก แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และเครื่องมือวิทยาศาสตร์/อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบบันทึก
 - 1.1 ทะเบียนประวัติผู้ป่วยจากการมาตรวจที่สถานพยาบาล
 - 1.2 Family folder บันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน
 - 1.3 สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน
2. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure interview) โดยผู้ศึกษาได้สร้างจากกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเอง ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้
 - ส่วนที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
 - ส่วนที่ 2: ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - การรับรู้ในเรื่องความรุนแรงของโรค
 - การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษาและปัญหาอุปสรรคต่อการรักษา
 - แรงจูงใจให้เกิดการดูแลตนเอง
 - ปัจจัยร่วม

ส่วนที่ 3: พฤติกรรมการดูแลตนเอง

- ด้านการควบคุมอาหาร
- ด้านการออกกำลังกาย
- ด้านการใช้ยา
- ด้านการมารับการตรวจตามนัด
- ด้านการดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปและการดูแลเท้า

2.2 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 2: ความเชื่อด้านสุขภาพ

- การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- การรับรู้ในเรื่องความรุนแรงของโรค
- การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษาและปัญหา/อุปสรรคต่อการรักษา
- แรงจูงใจให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- ปัจจัยร่วม

ส่วนที่ 3: พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

- ด้านอาหาร
- ด้านการออกกำลังกาย
- ด้านการใช้ยา
- ด้านการมาตรวจตามนัด
- ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า

3. แบบสังเกตแบบไม่มีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยนำพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 5 ด้าน รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวมากำหนดกรอบการสังเกต ดังนี้

3.1 พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

3.3 พฤติกรรมการใช้ยา

3.4 พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด

3.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า

4. เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์/อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 เครื่องบันทึกเสียง

4.2 กล้องดิจิทัล

4.3 เครื่องเขียน

สถานศึกษา

บ้านผู้ป่วย อำเภอวัดสิงห์และอำเภอนองมะโมง มีประชากรทั้งสิ้น 52,723 คน ได้รับการดูแลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพวัดสิงห์-นองมะโมง โดยมีโรงพยาบาลวัดสิงห์เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีสถานอนามัย 14 แห่ง และศูนย์อนามัยเทศบาลตำบลวัดสิงห์ 1 แห่ง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา รองลงมาได้แก่ทำไร่ข้าวโพด ฝ้าย อ้อย และมันสำปะหลัง มีการทำสวนผลไม้บ้างแต่ไม่มากนัก และจากการทำงานที่ต้องใช้แรงงานหนักทำให้ต้องบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง คือ ข้าวเหนียวในปริมาณมากในมื้อกลางวันและมื้อเย็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งวัฒนธรรมชนบทที่มีการช่วยเหลือกันทำงานจะมีการเลี้ยงเครื่องดื่มต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหวาน น้ำอัดลม กาแฟกระป๋อง เครื่องดื่มชูกำลังเป็นจำนวนมาก ประกอบกับการที่ต้องเคลื่อนไหวใช้แรงงานกลางแจ้งแทบทั้งวันก็ทำให้ความสนใจในเรื่องการออกกำลังกายน้อยลง เห็นได้จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของประชากรในเครือข่ายบริการสุขภาพวัดสิงห์-นองมะโมง ปี 2549 พบว่า มีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ (Formal Activity) เพียงร้อยละ 22.4 เท่านั้น(งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลวัดสิงห์, 2549) นอกจากนี้กลุ่มหรือชมรมออกกำลังกายมีน้อย ไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรทุกวัย ชมรมออกกำลังกายที่พบคือ การเดินแอโรบิก ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่หนักไม่เหมาะสมสำหรับประชากรวัยสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังแล้ว ส่งผลให้ประชากรสูงอายุออกกำลังกายน้อยลง ด้านวัฒนธรรมการบริโภคอาหารก็เปลี่ยนแปลงตามสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป คือ มีการบริโภคอาหารตามวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้น อาหารส่วนใหญ่ที่บริโภคมาจากการซื้อโดยการเข้าถึงแหล่งอาหารสะดวกสบายยิ่งขึ้นได้แก่ ห้างสรรพสินค้าต่างชาติ ในอำเภอมืองจังหวัดชัยนาทซึ่งอยู่ห่างจากอำเภอวัดสิงห์ 20 กิโลเมตร และที่สำคัญคือการมีตลาดนัด ทั้งในบริเวณหมู่บ้านและหมู่บ้านใกล้เคียงแทบทุกวัน อาหารที่ขายในตลาดนัดมีความหลากหลาย ได้แก่ ขนมหวานต่าง ๆ น้ำหวาน ขนมหั้ว พืชชำ โคนัท ไม้กระถาง ไม้ทอด ผลไม้ตามฤดูกาล เช่น ส้ม เงาะ ทุเรียน มะม่วง แอปเปิ้ล ฝรั่ง ชมพู ลำไย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีรถเร่ขายอาหารเข้ามาบริการถึงหมู่บ้านทั้งอาหารสำเร็จรูปพร้อมปรุง น้ำหวานกระป๋อง ขนมหวาน และในบางครั้งมีตัวแทนจากร้านอาหารฟาสต์ฟู้ด (Fast Food) เข้ามารับส่งซื้อสินค้าถึงบ้านอีกด้วย

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ยึดหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน การตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาของกรณีศึกษาเป็นไปโดยสมัครใจ ผู้ศึกษาได้เก็บข้อมูลเป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลได้ทำโดยไม่มีการระบุชื่อ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว (ID 10-51-53ย.) ผู้ศึกษาประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง คือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวัดสิงห์ หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลหนองบัว หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลหนองน้อย และหัวหน้าสถานีอนามัยตำบลกุฉจอก เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา
2. ดำเนินการคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง จำนวนผู้ป่วย 4 ราย และผู้ดูแล 4 ราย นัดหมาย วัน เวลา สถานที่เพื่อทำการสัมภาษณ์และสังเกตแบบไม่มีปฏิสัมพันธ์
3. หลังจากได้รับการนัดหมายผู้ศึกษาชี้แจงข้อมูล รายละเอียด การสัมภาษณ์และการสังเกต และทำการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างรายการ คนละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 30 นาที การสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ดำเนินการในช่วงวันหยุดราชการและหลังเลิกงานของผู้ถูกสัมภาษณ์ ในระหว่างการสัมภาษณ์ได้ขออนุญาตบันทึกเสียงและถ่ายภาพรวมกับการจดบันทึกสิ่งที่ได้จากการสังเกตตามกรอบการสังเกตที่สร้างไว้
4. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติในวันเดียวกัน โดยแยกสัมภาษณ์คนละช่วงเวลา ในขณะที่สัมภาษณ์หากกรณีศึกษาต้องการยุติการสัมภาษณ์ไม่ว่ากรณีใด ๆ ผู้ศึกษาจะยุติการสัมภาษณ์ดังกล่าวและทำการนัดหมายกับกรณีศึกษาเพื่อสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำแล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ผู้ศึกษาจะนำมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการประกอบการนำเสนอผลการศึกษาและการอภิปรายผล ในการวิเคราะห์เนื้อหาจะเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังโดยตาราง

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้นำเสนอข้อมูล โดยแบ่งเป็นเนื้อหาเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลรายครอบครัว ประกอบด้วยข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้
 - 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
 - 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษาครอบครัวทั้ง 4 ครอบครัว
 - 2.1 ข้อมูลด้านผู้ป่วย
 - 2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
 - 2.1.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 2.1.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
 - 2.2 ข้อมูลด้านผู้ดูแล
 - 2.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
 - 2.2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 2.2.3 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย มีอายุระหว่าง 68 – 70 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 3 ราย หม้าย 1 ราย ประกอบอาชีพทำนา 3 ราย และทอผ้า 1 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) มาเป็นเวลา 12 ปี จำนวน 2 ราย และ 13 ปี จำนวน 2 ราย ทั้ง 4 ครอบครัวที่ศึกษา มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวทั้งหมด ผู้ป่วยทุกรายใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพประเภทผู้สูงอายุในการรักษาพยาบาล (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ศึกษาทั้งสองราย (เพศหญิง 1 ราย และเพศชาย 1 ราย) มีอายุเท่ากันคือ 69 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาชั้น

ประถมศึกษาปีที่ 4 มีอาชีพทำนา และเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน เช่นเดียวกัน ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัวทั้งสองได้แก่สามี (ครอบครัวที่ 1) และผู้ป่วย (ครอบครัวที่ 3) ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยทั้งสองมีรูปร่างท้วม ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เท่ากับ 26.85 และ 27.58 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ตามลำดับ ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ณ เวลานั้น ได้รับการรักษาด้วยยาขับประทาน ประมาณ 6 และ 7 ปี ตามลำดับ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 207 - 486 mg%) ได้รับการปรับเปลี่ยนขนาดยารักษาเบาหวานเป็นระยะ ๆ นอกเหนือจากนั้นผู้ป่วยเพศชายยังมีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันในเลือดสูงรวมทั้งมีแผลที่เท้าร่วมด้วย ผู้ป่วยและญาติพยายามที่จะรักษาแผลโดยการซื้อยามาทำแผลเอง แต่ไม่ดีขึ้นและแผลกลับมีเนื้อตาย ผู้ป่วยได้กลับไปพบแพทย์ และได้ถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการตัดนิ้วเท้า หลังจากนั้นจึงได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนที่ไตหลังจากเป็นเบาหวานได้ประมาณ 10 และ 12 ปี ตามลำดับ ในที่สุดผู้ป่วยก็มีภาวะไตวายเรื้อรังหลังจากเป็นเบาหวานได้ 11 และ 12 ปี ตามลำดับ เมื่อประมาณ 5 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังมีอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ได้ถูกนำส่งโรงพยาบาลและนอนรักษาตัวอยู่ 2 วัน เมื่ออาการดีขึ้น จึงได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน หลังออกจากโรงพยาบาลได้ 4 วัน ผู้ป่วยก็ถูกนำส่งโรงพยาบาลอีกครั้งด้วยภาวะหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemic coma) และครั้งหลังนี้ได้นอนรักษาตัวอยู่นาน 3 วัน และเมื่ออาการดีขึ้น จึงได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยนอนบนเตียงตลอดเวลาไม่ยอมลุกเดิน จึงทำให้เกิดแผลกดทับที่ก้นกบระดับ 2 (ดังรูปที่ 1) ได้เข้ารับการรักษาแผลที่โรงพยาบาลอีกนานเป็นเวลา 1 เดือน



รูปที่ 1 แผลกดทับของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทั้งสองรายที่ศึกษา เป็นเพศหญิง 1 ราย และเพศชาย 1 ราย มีอายุ 70 และ 68 ปี และสถานภาพสมรสหม้ายและคู่ มีอาชีพทอผ้ามัดหมี่และทำนา ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัวได้แก่บุตรสาว(ครอบครัวที่ 2)และตัวผู้ป่วยเอง (ครอบครัวที่ 4) ตามลำดับ ทั้งสองรายจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และเป็นลักษณะครอบครัวขยาย(ครอบครัวที่ 2)และครอบครัวเดี่ยว(ครอบครัวที่ 4) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน เช่นเดียวกัน (ตารางที่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ณ เวลานั้น นาน 12 และ 13 ปี ตามลำดับ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็นส่วนใหญ่ (ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 58 – 305 mg%) ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังใด ๆ จากโรคเบาหวาน



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อมูล	กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	
	ครอบครัวที่ 1	ครอบครัวที่ 3	ครอบครัวที่ 2	ครอบครัวที่ 4
นามสมมุติ	นางหนึ่ง	นายห้า	นางสาม	นายเจ็ด
อายุ	69 ปี	69 ปี	70 ปี	68 ปี
สภาพสมรส	คู่	คู่	หม้าย	คู่
ระดับการศึกษา	ป.4	ป.4	ป.4	ป.4
อาชีพ	ทำนา	ทำนา	ทอผ้ามัดหมี่	ทำนา
ผู้รับผิดชอบ	สามี	ผู้ป่วย	บุตรสาว	ผู้ป่วย
ค่าใช้จ่ายในครอบครัว				
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน(ปี)	13	12	13	12
การวินิจฉัย	DM type2 ๕ CRF ๕DLP	DM type 2 ๕ CRF ๕DLP ๕HT ๕Foot Wound	DM type 2	DM type 2
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	155	166	154	168
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	64.5	76	50	63.5
BMI (กก/ม ²)	26.85	27.58	21.08	22.50
ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	142/85	143/86	105/68	118/76
FBS (mg%) ครั้งล่าสุด	221	202	108	112

หมายเหตุ: DM= Diabetes Mellitus Type 2

CRF= Chronic Renal Failure

DLP= Dyslipidemia

HT= Hypertension

๕= With

FBS=Fasting Blood Sugar

BMI = Body Mass Index (ดัชนีมวลกาย)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

(ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง)

ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ศึกษาทั้งหมดมีจำนวน 4 ราย เป็นเพศชาย 1 ราย และเพศหญิง 3 ราย โดยเป็นผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุจำนวน 3 ราย (อายุ 66, 67 และ 68 ปี อยู่ในช่วงวัยกลางคน (อายุ 49 ปี) เพียง 1 ราย (อายุเฉลี่ย 62.5 ปี) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD=9.037) มีสถานภาพสมรสคู่ 3 ราย และหย่า 1 ราย ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 3 ราย มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 1 ราย ประกอบอาชีพทำนาจำนวน 3 ราย และทอผ้ามัดหมี่ 1 ราย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเป็นสามี 1 ราย ภรรยา 2 ราย และบุตรสาว 1 ราย ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ทำการศึกษาระหว่าง 12-13 ปี ผู้ดูแลทั้ง 4 ราย สุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว (ตารางที่ 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีรูปร่างสมส่วน 3 ราย ท้วม 1 ราย บุคลิกภาพล้วนเป็นคนใจเย็น และอ่อนโยนทุกคน

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อมูล	กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	
	ครอบครัวที่ 1	ครอบครัวที่ 3	ครอบครัวที่ 2	ครอบครัวที่ 4
นามสมมติ	นายสอง	นางหก	นางสี่	นางแปด
อายุ	68 ปี	67 ปี	49 ปี	66 ปี
สถานภาพสมรส	คู่	คู่	หย่า	คู่
การศึกษา	ป.4	ป.4	ม.3	ป.4
อาชีพ	ทำนา	ทำนา	ทอผ้ามัดหมี่	ทำนา
ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ทำการศึกษา(ปี)	13	12	13	12
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวาน	สามี	ภรรยา	บุตรสาว	ภรรยา
โรคประจำตัว	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษาทั้ง 4 ครอบครัว

การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษาทั้ง 4 ครอบครัว ได้ผลดังนี้

1. ข้อมูลด้านผู้ป่วย

1.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2 รายทั้งเพศชายและเพศหญิงรับรู้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานได้ทั้งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง โดยผู้ป่วยเพศชายรับรู้ว่าการเกิดแผลเรื้อรัง ไต ซา ตา บอด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และอาจทำให้หมดสติจากเบาหวานได้ ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงรับรู้ว่าการเกิดตาฝ้าฟาง และเมื่อเป็นแผล แผลหายยาก นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 ราย ยังไม่เคยมีประสบการณ์ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเลย ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วทั้ง 2 รายเคยมีประสบการณ์น้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำตาลในเลือดสูงจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมาแล้วแต่ผู้ป่วยไม่รู้สึกกลัวเนื่องจากเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากเบาหวาน และผู้ป่วยไปพบแพทย์ได้รับการรักษาไม่นานก็จะกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิมแต่ผู้ป่วยทั้งสองรายมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยเพศชายรับรู้ว่าจะขณะนี้ตนเองเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ใดแล้วและเกิดความรู้สึกท้อแท้แต่ไม่คิดว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอย่างอื่นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อีก

การรับรู้ในเรื่องความรุนแรงของโรค

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชายทั้งที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทั้ง 2 รายมีความรู้สึกเฉย ๆ เมื่อทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน ผู้ป่วยเพศชายที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังรู้สึกสงสัยว่าตนเองมีอาการของเบาหวานเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยยอมรับความจริงว่าเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงใช้วิธีการดูแลตนเองควบคู่ไปกับการรับการรักษาและมีวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลโดยไม่เคร่งครัดเข้มงวดกับตนเอง ไม่เครียด ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของเบาหวานแล้ว รู้สึกเสียใจเมื่อทราบว่าตนเป็นเบาหวาน ผู้ป่วยมีความกลัวการเกิดแผลเรื้อรังที่เท้าเพราะเห็นตัวอย่างจากผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดขา ตัดนิ้วเท้ามาแล้ว ด้านผู้ป่วยเพศหญิงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังสามารถทำใจยอมรับการเป็นเบาหวานได้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลโดยเชื่อมั่นว่าถ้าคุมระดับน้ำตาลดี ๆ ก็จะไม่ได้รับอันตรายจากโรคเบาหวาน

การรับรู้ประโยชน์ต่อการรักษา/ดูแลตนเอง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทุกราย รับรู้ถึงประโยชน์คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลโดยรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลจะสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานได้

การรับรู้ปัญหาอุปสรรคต่อการรักษา/ดูแลตนเอง

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความพร้อมการรับรู้เรื่องอาหาร ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ โดยเฉพาะเพศชายต้องทำงานหนัก จึงทำให้ต้องรับประทานอาหารโดยเฉพาะข้าวในปริมาณมาก ผู้ป่วยไม่สามารถลดปริมาณอาหารที่ชอบลงได้นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมทดลองรับประทานอาหารที่ต้องจำกัดหรือควบคุมด้วย ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงจะพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลแต่ผู้ป่วยยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหารรับประทาน ผลไม้บางอย่างมีแป้งและน้ำตาลมาก เช่น สับปะรด ส้ม ลำไย ทุเรียน เงาะ เป็นต้น

ผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศชายและหญิงทั้งที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างก็มีปัญหาการรอพึ่งผลเลือดและรอตรวจนาน บางรายซึ่งมีที่พักอยู่ไม่ห่างจากโรงพยาบาล ก็สามารถแก้ปัญหาด้วยการกลับบ้านมาทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือพักผ่อนที่บ้านหลังจากได้รับการเจาะเลือดแล้วเมื่อใกล้เวลาที่ผลเลือดจะออก ก็กลับไปโรงพยาบาลอีกครั้ง ส่วนผู้ป่วยที่ต้องรอพึ่งผลเลือดอยู่ที่โรงพยาบาล มีปัญหาเรื่องไม่มีการจัดที่พักสำหรับรอคอย เมื่อต้องการนอนพักขณะรอ ผู้ป่วยชายก็ไปหาที่นอนพักตามที่นั่งหน้าห้องตรวจต่าง ๆ ที่ว่าง

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังบางรายมีความรู้สึกไม่มั่นใจที่ได้รับ การตรวจจากพยาบาลเกรงว่าจะสั่งยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยต้องการรับการตรวจรักษากับแพทย์มากกว่าพยาบาล

แรงจูงใจให้เกิดการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยเพศหญิงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มีแรงจูงใจไม่ต้องการให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน มีความกลัวที่จะต้องไปโรงพยาบาลบ่อย ๆ ถ้าหากมีผลเกิดขึ้น เพราะเป็นห่วงลูก เป็นห่วงบ้าน เนื่องจากไม่มีคนดูแล ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วทั้ง 2 ราย แรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการดูแลตนเอง คือ มีประสบการณ์กับอาการป่วยของเบาหวานที่เกิดขึ้นทำให้สุขภาพร่างกายแย่ลง และไม่ต้องการให้อาการป่วยหนักมากไปกว่านี้ กลัวเป็นการทรมานร่างกาย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชายทั้ง 2 ราย ทั้งที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มี

แรงจูงใจที่ต้องการดูแลตนเองให้ดีที่สุดและฟังผู้อื่นให้น้อยที่สุด ไม่ต้องการทำความลำบากให้ผู้อื่น โดยเฉพาะบุตรหลาน

ปัจจัยร่วม

ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามคำแนะนำและแบบแผนพฤติกรรมใหม่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทั้ง 2 ราย สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลโดยใช้หลักทางสายกลาง ไม่เข้มงวดกับตนเองจนเกินไป ในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยเพศชายไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ตลอดเวลา แต่ใช้หลักสมดุล คือเมื่อต้องใช้แรงงานมาก และทำงานหนักในการทำนา ก็จะรับประทานอาหารมาก เมื่อไม่ได้ใช้แรงงานมากก็จะรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล จึงทำให้ไม่เครียด ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงในระยะ 10 ปีแรก ของการเป็นเบาหวาน ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด แต่ช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา ผู้ป่วยเริ่มผ่อนคลายลงไม่เข้มงวดกับตนเองเหมือนเดิม แต่ก็ยังยึดถือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอยู่ ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ทั้ง 2 ราย ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ สิ่งไหนทำไม่ได้ก็ไม่ปฏิบัติตาม และผู้ป่วยเพศชายก็อ้างเอกลักษณ์ของตัวเองในสิ่งที่ปฏิบัติไม่ได้

ประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทั้ง 2 ราย ไม่เคยมีประสบการณ์ต้องนอนโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยเพศชายเคยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 300 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์เพียงครั้งเดียว เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้ ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงเคยมีประสบการณ์ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมีอาการใจสั่นเหมือนจะเป็นลม เหงื่อออกจึงดูแลตนเองโดยการดื่มน้ำหวานและอมลูกอมที่ผู้ดูแลเตรียมไว้ให้จากนั้นญาติข้างบ้านนำส่งสถานีนามัยเจาะน้ำตาลในเลือดได้ 58 mg% (hypoglycemia คือ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg%) ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วทั้ง 2 ราย เคยมีประสบการณ์ต้องนอนโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของเบาหวาน ทั้งภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ระดับน้ำตาล 486 mg%- 500 mg%) โดยผู้ป่วยมีอาการไม่รู้สึกริ้ว ปัสสาวะบ่อย และซึมลง ญาติได้นำส่งโรงพยาบาลและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ระดับน้ำตาล 24 mg%-36 mg%) โดยสาเหตุที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากผู้ป่วยเพศชายไม่ได้รับประทานอาหารมาหลายวันโดยให้เหตุผลว่าอาหารไม่อร่อย และไม่ได้ช่วยเหลือหรือดูแลตนเองเบื้องต้น โดยที่ผู้ป่วยมีอาการจะเป็นลม ไม่มีแรง ขณะนอนแล้วไม่รู้สึกริ้ว ญาติได้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลนอกจากนี้ผู้ป่วยยังเคยมีแผลที่เท้า รักษาแผลโดยซื้อยามาทาเอง โดยเมื่อมีแผลพุพองขึ้นมา ผู้ป่วยก็เอายาแดงมาทา เอาไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ราด แล้วก็เอาฟีนนิซิลลินห้ำแสมมาทา แผลลามใหญ่ มีน้ำเยิ้ม ๆ ตอนหลังแผลมีสีดำ ผู้ป่วยจึงไปพบแพทย์ และ

พบว่าเมื่อตายท้ายที่สุดผู้ป่วยต้องถูกตัดนิ้วเท้าด้วย ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงไม่รู้สึกล้ออาการที่เกิดขึ้นที่ทำให้ต้องไปนอนโรงพยาบาลโดยให้เหตุผลว่าเมื่อแพทย์ให้การรักษานอนพักที่โรงพยาบาลไม่นาน อาการก็กลับมาเป็นปกติเหมือนเดิม

ความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย ที่ศึกษา มีความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาล โดยในระยะหลังนี้ ทางโรงพยาบาลได้จัดให้มีบริการข้าวต้มฟรีหลังได้รับการเจาะเลือด ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องลำบากออกไปหาซื้ออาหารรับประทานข้างนอก เนื่องจากในโรงพยาบาลไม่มีที่ขายอาหาร ไม่มีโรงอาหาร โดยผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และได้ถูกตัดนิ้วเท้า ได้รับประทานข้าวต้มจำนวน 5-6 ขาม สิ่งที่ยังไม่พึงพอใจ ก็คือปัญหาที่ต้องรอฟังผลการตรวจเลือดและตรวจหาน้ำตาล โดยผู้ป่วยต้องตื่นแต่เช้าตรู่ และออกจากบ้านมาโรงพยาบาลตั้งแต่เวลา 04.00 น. และผู้ป่วยก็ได้หมายเลขลำดับการตรวจที่ 40 แต่ผู้ป่วยก็เข้าใจว่าเกิดจากการที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมาก

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทั้ง 2 ราย มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ ไม่เคยประสบกับพฤติกรรมบริการที่ไม่ดี ด้านผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วทั้ง 2 ราย มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพส่วนใหญ่

1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การควบคุมอาหาร

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้ง 2 ราย ควบคุมอาหารด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล โดยคำนึงถึงชนิดและปริมาณอาหารโดยชอบรับประทานปลา เนื่องจากรสชาติอร่อย ไม่ชอบเนื้อหมู เนื้อไก่ เนื่องจากเคี้ยวยาก ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลก็ร่วมรับประทานอาหารพร้อมกัน ไม่มีการแยกสำรับอาหารผู้ป่วยเพศหญิงในช่วง 10 ปีแรก ของการเป็นเบาหวาน ได้ควบคุมอาหารโดยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด ไม่ได้ควบคุมด้วยการอดอาหาร ให้รู้จักเลือกรับประทานอาหาร ไม่รับประทานอาหารหวานหรือเค็ม และรับประทานอาหารพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ไม่มากเกินไป เช่น รับประทานกล้วยครั้งลูก ส่วนแอปเปิ้ลได้รับคำแนะนำให้รับประทานได้มาก ๆ ส่วนละมุด ผู้ป่วยไม่ค่อยได้รับประทานเพราะมีรสชาติหวาน ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนส่งเสริมจากเพื่อนบ้านเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารในทางที่ถูกต้อง เช่น เวลาที่ผู้ป่วยต้องไปทำบุญที่วัดและมีการรับประทานอาหารร่วมกัน ในจำนวนแปดคนมีผู้ที่เป็นเบาหวานถึงสี่คน เพื่อนบ้านก็จะให้ผู้ป่วยรับประทานกล้วยเพียงครั้งลูกดังที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติเป็นประจำ ในระยะเวลา 2 ปี ที่ผ่านมาผู้ป่วยไม่ค่อยได้เคร่งครัดกับการรับประทานอาหาร โดยให้เหตุผลว่าควบคุมมาตลอดเป็นเวลานาน

10 ปี และคิดว่าตนเองอายุมากแล้ว ไม่กลัวความตาย และได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านในการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยระบุว่าไม่มีผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด แต่ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามได้ยึดถือคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเป็นหลัก โดยรับประทานอาหารในปริมาณที่น้อยลง และนาน ๆ ครั้ง ผู้ป่วยเพศชายจะลดปริมาณอาหารหวานและมันลง และดื่มน้ำอัดลมไม่เกิน 1 แก้วต่อวัน ผู้ป่วยรู้วิธีการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน รู้จักการเลือกรับประทานอาหาร เช่น แอ่งกะทิ ก็รับประทานเฉพาะผัก ไม่รับประทานน้ำแอ่ง ส่วนแอ่งป้า ก็รับประทานทั้งผักและน้ำแอ่งด้วย ส่วนไข่ผู้ป่วยก็รับประทานแต่ไข่ขาว นาน ๆ ครั้ง ก็รับประทานไข่แดงด้วย ส่วนปาท่องโก๋นาน ๆ ครั้งผู้ป่วยก็รับประทานสัก 1 ตัว เนื่องจากได้รับคำแนะนำว่ามีน้ำมันมาก

ด้านผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยเพศชายได้ควบคุมอาหารเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ ผู้ป่วยไม่สามารถลดปริมาณอาหารที่ชอบ ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้ เนื่องจากอดีตผู้ป่วยทำงานหนัก และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารปริมาณมาก แต่ผู้ป่วยสามารถอดอาหารได้ถ้าหากรสชาติอาหารไม่อร่อย ผู้ป่วยอ้างถึงเอกลักษณ์ของตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร เช่นอาหารประเภทกะทิ ซึ่งผู้ป่วยไม่ชอบก็ไม่รับประทาน แต่อาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว ปาท่องโก๋ ผู้ป่วยไม่สามารถลดปริมาณลงได้ โดยให้เหตุผลว่าที่ได้รับคำแนะนำให้รับประทานกล้วยเพียงครั้งลูกนั้น ส่วนที่เหลืออีกครั้งลูกผู้ป่วยจะเอาไปไว้ไหน จึงต้องรับประทานให้หมดทั้งลูก

ข้อมูลจากการสังเกต พบกล้วยน้ำว้าแขวนอยู่ที่บริเวณหน้าบ้านผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจำนวน 1 เครือ และพบน้ำส้มขวดแช่อยู่ในตู้เย็น ดังรูปที่ 2 และ 3



รูปที่ 2 กล้วยน้ำว้าที่แขวนหน้าบ้านผู้ป่วย



รูปที่ 3 น้ำส้มขวดที่แช่ในตู้เย็นของผู้ป่วย

อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ ได้แก่ ข้าว 2 จาน น้ำพริก ผักต้ม และ ไข่ต้ม ในอดีตผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารจนอิ่มเต็มที่ แต่หลังจากได้รับคำแนะนำว่าอาหารทุกอย่างที่รับประทานปริมาณมาก จะเปลี่ยนเป็นน้ำตาล จึงทำให้ผู้ป่วยเริ่มลดปริมาณอาหารลง

ข้อมูลจากการสังเกต ลักษณะของทัพพีที่ใช้ตักข้าวบ้านผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ดังรูปที่ 4



รูปที่ 4 ทัพพีที่ใช้ตักข้าวของผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ผู้ป่วยได้ทดลองรับประทานอาหารทั้งหวานและมัน เพื่อต้องการทราบผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด แต่พบว่าผลปกติ แต่พอผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารเหล่านั้น กลับพบว่าระดับน้ำตาลสูงขึ้น ส่วนผู้ป่วยเพศหญิง ผู้ป่วยพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลและควบคุมอาหารโดยการลดปริมาณอาหารลง รับประทานน้อยลง แต่ผู้ป่วยมักจะซื้อผลไม้ราคาถูกจำนวนมาก นำมาแช่ตู้เย็นไว้ และนำมารับประทานเป็นอาหารว่าง

ข้อมูลจากการสังเกต พบส้มเปลือกบางที่พบในตู้เย็นบ้านผู้ป่วยเพศหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ดังรูป ที่ 5 และ 6

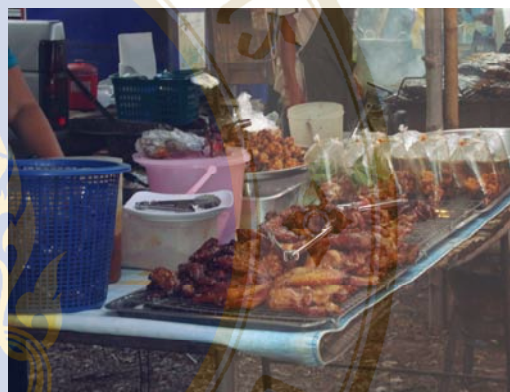


รูปที่ 5 – 6 ส้มเปลือกบางที่พบในตู้เย็นบ้านผู้ป่วยเพศหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

การควบคุมอาหารของผู้ป่วยไม่มีผลต่อสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่กับผู้ดูแลคือ สามี เพียง 2 คน รับประทานอาหารพร้อมกัน

ปัจจุบันผู้ป่วยเพศหญิงไม่ได้ไปงานเลี้ยงหรืองานสังคมใด ๆ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยไปออกงานไม่ไหว ส่วนผู้ป่วยเพศชายก็ไม่ได้ไปบ่อย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ชอบรับประทานอาหารจำพวก หมู ไก่ จึงไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเมื่อไปงานเลี้ยง และผู้ป่วยชอบดื่มน้ำอัดลมประมาณ 1-2 แก้วต่อวันโดยผู้ป่วยเข้าใจว่ามีปริมาณน้ำตาลน้อย

ข้อมูลจากการสังเกต แหล่งที่มาของอาหารของผู้ป่วยมาจากร้านขายอาหารและตลาดนัดภายในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และตลาดนัดในหมู่บ้านใกล้เคียง ดังรูปที่ 7 และ 8

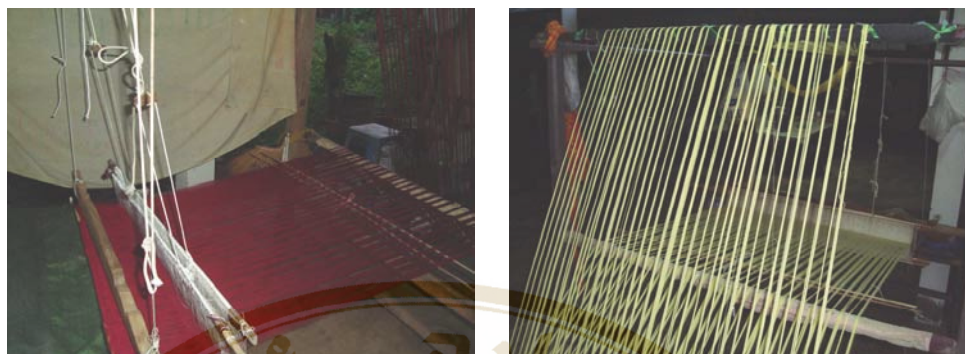


รูปที่ 7 ตลาดนัดภายในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

รูปที่ 8 ร้านขายอาหารภายในหมู่บ้าน

การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง จำนวน 2 ราย ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย โดยผู้ป่วยเพศชายจะออกกำลังกายโดยการเดินในช่วงเช้า และดื่มน้ำเต้าหู้หรือนมถั่วเหลืองก่อนออกไปเดิน และมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการทำนา ผู้ป่วยรับรู้ว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ ทำให้ร่างกายคล่องแคล่ว ข้อไม่ติด ไม่เหน็ดเหนื่อย และได้เหงื่อ ผู้ป่วยไม่คิดว่าการออกกำลังกายเป็นปัญหาหรืออุปสรรคเนื่องจากเป็นวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอยู่แล้ว ผู้ป่วยเพศหญิงมีวิถีชีวิตที่ทำงานเคลื่อนไหวร่างกายแทบทั้งวันมาตั้งแต่วัยทำงานจนปัจจุบัน เดิมผู้ป่วยทำนา พอว่างจากการทำนาก็ทอดผ้าร่ม (รูปที่ 9 – 10) ทำขนมจีนขาย ก็มีส่วนทำให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวออกกำลังทั้งวัน



รูปที่ 9 – 10 เครื่องทอผ้ามัดหมี่ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ปัจจุบันผู้ป่วยมีการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อในช่วงเช้าหลังจากตื่นนอนประมาณ 10 นาที ทำให้ผู้ป่วยมีแรงมากขึ้น จากเดิมข้อแข็ง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะทอผ้ามัดหมี่ทั้งวัน ซึ่งผู้ป่วยถือเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดทั้งวัน ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอย่างมาก กับบริการการนำออกกำลังกายของพยาบาลให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลในขณะรอตรวจ

ด้านปัญหาอุปสรรคของการออกกำลังกาย ปัจจุบันนี้ไม่มีกิจกรรมนำออกกำลังกายที่โรงพยาบาลจัดให้แล้ว นอกจากนี้ในหมู่บ้านของผู้ป่วยก็ไม่มีชมรมออกกำลังกาย โดยการรำไม้พลองเหมือนแต่ก่อน ถ้าหากมีชมรมออกกำลังกายด้วยไม้พลองอีก ผู้ป่วยก็จะไปร่วมกิจกรรมรำไม้พลอง

ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยเพศหญิงเคยออกกำลังกายโดยวิธีแกว่งแขนแล้วใช้ยางยืดที่ได้รับจากทางโรงพยาบาล ในช่วงเช้าหลังตื่นนอน แต่ไม่ได้ทำทุกวัน เมื่อรู้สึกเหนื่อยก็หยุด ผู้ป่วยเพศชายปัจจุบันไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อย และก็ไม่ได้ทำกิจกรรมอะไรเลย เนื่องจากสุขภาพร่างกายอ่อนแอลง แต่ในอดีตผู้ป่วยมีอาชีพทำนา ซึ่งเป็นงานหนัก มีเหงื่อออกมาก ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า เป็นกิจกรรมที่ใช้กำลังมากกว่าการออกกำลังกายเสียอีก เมื่อไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล พยาบาลเป็นผู้นำสาธิตวิธีการออกกำลังกาย แต่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามได้ เนื่องจากรู้สึกเหนื่อย

ข้อมูลจากการสังเกต พบอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายที่บ้านผู้ป่วยเพศหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (รูปที่ 11)



รูปที่ 11 ยางยืดใช้ออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

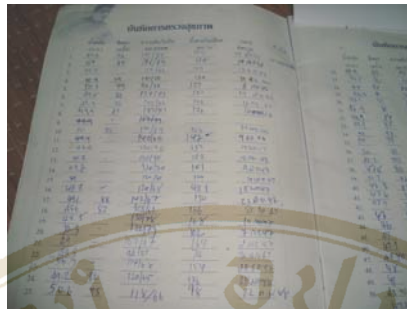
การใช้ยา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย ที่ศึกษา ไม่มีพฤติกรรมการปรับขนาดของยาเอง เนื่องจากกลัวอันตรายที่จะได้รับ ถ้าหากมีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยจะไปพบแพทย์ ผู้ป่วยหิบบยารับประทานเอง โดยยาก่อนอาหารผู้ป่วยก็รับประทานก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง ส่วนยาหลังอาหารก็รับประทานประมาณ 10 กว่านาที หลังอาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้งหมดยังมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและยาชนิดอื่น เช่น ยาลูกกลอนในการรักษาเบาหวานมาแล้วในอดีต ผู้ป่วยเคยซื้อจากรถเร่ขายยา ที่โฆษณาว่ารักษาเบาหวานได้ ราคากระปุกละสามพันบาท ทำให้เสียเงินไปเป็นหลายหมื่น แต่พบว่าไม่มีผลช่วยรักษาโรคเบาหวานได้ นอกจากนี้ยังทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเดิมอีกด้วย ผู้ป่วยบางรายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงถึง 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จึงหยุดใช้สมุนไพรและยาอื่น ๆ ด้านปัญหาอุปสรรคในการใช้ยา คือ การแบ่งเม็ดยา ในกรณีแพทย์สั่งให้รับประทานยารักษาเบาหวานครั้งละครึ่งเม็ด ซึ่งผู้ป่วยแบ่งเองค่อนข้างยาก ต้องให้ผู้ดูแลทำให้ และปัญหาการใช้ยาผิดอินซูลินสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยเพศหญิงไม่กล้าฉีดยาเอง โดยให้สามีซึ่งผู้ดูแลฉีดให้ ส่วนผู้ป่วยเพศชายได้ให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัฉีดยาให้

การมาตรวจตามนัด

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เพศชายที่ศึกษาได้ไปรับการตรวจตามนัดสม่ำเสมอทุกครั้ง โดยขับรถไปเอง ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงตั้งแต่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเคยขาดนัดเพียงครั้งเดียว เนื่องจากเป็นช่วงที่รับประทานยาหม้อ จึงไม่ไปตรวจตามนัด ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ผู้ป่วยเพศชายไปรับการตรวจตามนัดสม่ำเสมอทุกครั้ง แต่มีเพียง 2 ครั้ง เท่านั้นที่ผู้ป่วยไม่ได้ไปตามแพทย์นัด เนื่องจากติดธุระ ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงไปรับการตรวจตามนัดทุกครั้ง ไม่เคยขาดเลย ในอดีตผู้ป่วยทั้งสองรายไปรับการตรวจรักษาตามนัดด้วยตนเอง ในปัจจุบันสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ต้องอาศัยผู้ดูแลพาไป โดยผู้ป่วยทุกรายรับรู้ว่าการไปรับการตรวจตามนัดเป็นสิ่งที่มิประโยชน์จะได้รับทราบระดับน้ำตาลในเลือด ได้ยามารับประทาน ยาฉีด และได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งยังได้ออกกำลังกายขณะรอพบแพทย์ตรวจสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ข้อมูลจากการสังเกต พบสมุคณัดของผู้ป่วยบันทึกการไปรับการตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ดังรูปที่ 12



รูปที่ 12 สมุดนัดของผู้ป่วย

การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปและการดูแลเท้า

การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย ดูแลสุขภาพร่างกายเรื่องความสะอาดโดยการอาบน้ำ เช็ดตัวให้แห้ง ตามปกติวันละ 2 ก็ครั้ง

การดูแลเท้า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยเพศชายจะล้างทำความสะอาดเท้าทุกวัน ใส่รองเท้าก่อนออกนอกบ้านทุกครั้ง ผู้ป่วยเพศหญิงจะดูแลเท้าโดยการล้างเท้า เช็ดเท้าให้แห้งและตรวจบาดแผลที่เท้าทุกวัน ผู้ป่วยไม่กล้าปลดออกผลไม้เอง เพราะกลัวมีดจะบาดนิ้ว ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ผู้ป่วยเพศชายเคยมีแผลที่เท้าและถูกตัดนิ้วเท้า จึงดูแลเท้าโดยการตรวจเท้าทุกวัน เพราะไม่อยากเป็นแผลและถูกตัดนิ้วเท้าอีก แต่ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมตัดหนังที่ขึ้นออกมาทำโดยให้เหตุผลว่ากลัวไปเกี่ยวผ้าห่มขณะนอนแล้วจะมีอาการเจ็บ ผู้ป่วยปฏิเสธการทาโลชั่นที่เท้าโดยให้เหตุผลว่า ไม่เคยทาโลชั่นที่หน้าและตัวเลยจึงไม่ยอมทาที่เท้า

ข้อมูลจากการสังเกต พบผิวหนังของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง แห้งแตกมีร่องรอยบาดแผลและเนื้อตาย ดังรูปที่ 13



รูปที่ 13 เท้าของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ผู้ป่วยเพศหญิงยังไม่มีประสบการณ์เป็นแผลที่เท้าแต่เคยเห็นผู้ป่วยเบาหวานหลายรายที่มีแผลที่เท้า แผลเยิ้มตลอด หายยาก แล้วผู้ป่วยรายนั้น ๆ ก็ถูกตัดนิ้วเท้าถูกตัดขา จึงกลัวการเกิดแผลและระมัดระวังโดยการล้างเท้าและเช็ดเท้าให้แห้งทุกวัน ระมัดระวังการเดินและการเกิดอุบัติเหตุ แผลที่เท้า ผู้ป่วยทุกรายใส่รองเท้าเมื่อออกนอกบ้านทุกครั้ง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเมื่อไปนาได้สวมรองเท้าเป็นชนิดป้องกันพิเศษ

ข้อมูลจากการสังเกต พบลักษณะการตัดเล็บเท้าของผู้ป่วยทั้ง 4 รายมีลักษณะสั้นแต่โค้ง และพบรองเท้าป้องกันพิเศษที่ผู้ป่วยใส่เมื่อไปนา (ดังรูปที่ 14) โดยผู้ป่วยจะใส่ถุงเท้าสำหรับซับเหงื่อด้านในด้วย



รูปที่ 14 รองเท้าป้องกันพิเศษสำหรับผู้ป่วยเบาหวานใส่ไปนา

2. ข้อมูลด้านผู้ดูแล

2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพของกรณีศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย

การรับรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน

ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ทั้ง 2 ราย รับรู้ว่าถ้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังได้ เช่น ตาบอด ไตวาย และแผลเรื้อรัง วิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวจะนำลูกอมมาใส่ไว้ในเชี่ยนหมาก ถ้าผู้ป่วยมีอาการเป็นลมเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำก็จะหยิบอมได้ทันที ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากผู้ดูแล คือ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และอาการของผู้ป่วยไม่รุนแรงไปกว่าที่เป็นอยู่ ผู้ดูแลซึ่งเป็นสามีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังรับรู้ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานยังไม่ถูกต้อง โดยผู้ดูแล ไม่มีความรู้เรื่องโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน แต่รับรู้ว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ไตเกิดขึ้นแล้ว และถ้าหากผู้ป่วยคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี ก็จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ส่วนผู้ดูแลที่เป็นภรรยาผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของ

โรคเบาหวานที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงได้ นอกจากนั้นยังเป็นแผลเรื้อรังหายยาก

การรับรู้ในเรื่องความรุนแรงของโรคเบาหวาน

ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทุกรายมีความรู้สึกสงสารผู้ป่วย ไม่อยากให้ผู้ป่วยเป็นเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เป็นสามีเมื่อเห็นภรรยาเป็นเบาหวานร้องไห้ และได้ปลอบใจและให้กำลังใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาได้ ไม่น่ากลัว ถ้าทำใจยอมรับได้ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรค เพราะไม่ใช่มะเร็งที่หายยาก หรือโรคเอดส์ ที่สังคมรังเกียจ ผู้ดูแลที่มีสามีเป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ในช่วงเริ่มแรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยยังมีความหวังว่าโรคเบาหวานอาจรักษาหายขาดได้ จึงได้ลองใช้ยาต่าง ๆ ตามคำบอกเล่ามารักษาผู้ป่วย แต่ในที่สุดก็รับรู้ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย รับรู้ว่าโรคเบาหวานรักษาไม่หายขาด เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องพบแพทย์สม่ำเสมอ และมีผู้ป่วยเป็นกันมาก

การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษา / ผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย รับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษาและผู้ดูแลผู้ป่วยว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิดโรคแทรกซ้อน ได้รับทราบคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลจะช่วยผู้ป่วยจดจำสิ่งที่แพทย์และพยาบาลแนะนำ

การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคต่อการรักษา / ผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกราย ต้องการมีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเติม เพื่อจะได้ช่วยเตือนช่วยดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาการรอนาน เพราะผู้ป่วยและผู้ดูแลบางรายต้องออกจากบ้านตั้งแต่เวลา 4.00 น. และกลับถึงบ้านเวลา 11.00 น. หรือ 12.00 น. แต่ผู้ดูแลก็เข้าใจว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมาก ผู้ดูแลและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้มีการพูดคุยสื่อสารกันเกี่ยวกับอาการป่วยของผู้ป่วยมาโดยตลอด จึงทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแลเป็นอย่างดี ตรงกันข้ามกับผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ซึ่งมีการพูดคุยสื่อสารกันเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยน้อย และผู้ดูแลรู้สึกว่าแพทย์และพยาบาลมีเวลาน้อยในการอธิบายการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วย มีความเกรงใจที่จะถาม เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีมากและผู้ดูแลเห็นว่าในระหว่างที่ผู้ป่วยรอตรวจ ทางโรงพยาบาลไม่มีที่พักรักษาผู้ป่วยที่สุขภาพไม่แข็งแรงได้นั่งหรือนอนพัก

แรงจูงใจให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทั้ง 2 ราย แรงจูงใจให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่าง บุตรสาวและมารดาซึ่งเป็นเบาหวาน เนื่องจากบิดาของผู้ดูแลได้เสียชีวิตตั้งแต่ผู้ดูแลอายุได้ 9 ขวบ ดังนั้นผู้ป่วยเป็นทั้งพ่อทั้งแม่ให้ผู้ดูแลซึ่งอยู่ด้วยกันเพียงสองคน แรงจูงใจให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างสามีซึ่งเป็นผู้ดูแลกับภรรยาซึ่งเป็นผู้ป่วย และภรรยาเป็นผู้ดูแลกับสามีซึ่งเป็นผู้ป่วย ร่วมกับอาการป่วยของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือดูแล

ปัจจัยร่วม

ความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย มีความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาล ที่มีการเลี้ยงข้าวต้มหลังเจาะเลือดทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องลำบากเดินทางไปซื้ออาหารนอกโรงพยาบาลมารับประทาน

สัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ผู้ป่วยเพศหญิงสนใจดูแลตัวเองดี ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลตลอดมา ทำให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรสาวรู้สึกสบายใจ ส่วนผู้ดูแลที่เป็นภรรยามีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเล็กน้อย โดยต้องพึ่งแพทย์และพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ผู้ดูแลได้คอยสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ถ้าพบความผิดปกติ ก็บอกผู้ป่วยให้รีบไปพบแพทย์ทันที โดยไม่ต้องรอให้เกิดอาการมากขึ้น

ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ทั้งน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาโดยการนอนโรงพยาบาลบ่อยขึ้นโดยผู้ดูแลซึ่งเป็นสามีผู้ป่วยไม่ได้ช่วยเหลือเบื้องต้นเนื่องจากไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และในระยะหลังนี้ผู้ดูแลยังต้องทำงานบ้านเอง ส่วนผู้ดูแลอีกรายที่เป็นภรรยา ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานน้อย เฉพาะเรื่องการควบคุมอาหารหวาน และถ้าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยต่ำไม่มาก ยังรู้สึกตัวดี ผู้ดูแลก็ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหวาน อาการผู้ป่วยก็ดีขึ้น ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ดูแลก็ได้พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที อย่างไรก็ตามผู้ดูแลทั้ง 2 ราย ต้องการความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ดูแลที่เป็นภรรยาผู้ป่วยได้นำความรู้มาเตือนผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วยอารมณ์ดี ก็รับฟังดี

2.1 พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การดูแลด้านอาหาร

ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย เป็นผู้ทำอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน ผู้ดูแลได้เลือกซื้อ อาหารที่ไม่หวาน ไม่มัน และรสจืด รวมทั้งคอยเตือนผู้ป่วยในเรื่องการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่กลับมารับประทานอาหารตามปกติ ในระยะ 2-3 ปี ที่ผ่านมา ส่วนผู้ดูแลที่เป็นสามีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้วพยายามปรุงอาหารรสจืดแต่ผู้ป่วยก็รับประทานอาหารได้น้อยทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาผู้ป่วยเบาหวานพยายามเตือนผู้ป่วยให้ลดอาหารตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำ

การดูแลด้านการออกกำลังกาย

ผู้ดูแลจะคอยให้ผู้ป่วยดื่มนม หรือนมถั่วเหลือง หรือน้ำเต้า ก่อนออกกำลังกาย หรือก่อนออกเดินไปไร่ไปนา ในอดีตผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้พาผู้ป่วยไปออกกำลังกายโดยการรำไม้พลอง แต่ในปัจจุบันไม่มีชมรมออกกำลังกายนี้แล้ว เพราะไม่ค่อยมีสมาธิมาร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลจะคอยเตือนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตอนเช้าที่บ้าน หลังจากนั้นผู้ป่วยก็ทอผ้า ซึ่งผู้ดูแลคิดว่าก็เหมือนกับการออกกำลังกายเช่นกัน และผู้ป่วยเป็นคนที่ไม่ชอบอยู่เฉย ๆ หากิจกรรมทำตลอดเวลา ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว จำนวน 2 ราย ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องออกกำลังกาย เนื่องจากเห็นว่าสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย เลยไม่อยากบังคับผู้ป่วยให้ออกกำลังกาย และผู้ดูแลก็ไม่ได้ออกกำลังกายเช่นกัน

การดูแลด้านการใช้ยา

ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้คอยดูเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ โดยได้ช่วยดูยาที่ผู้ป่วยอ่านไม่ได้ และตรวจสอบความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ซึ่งผู้ป่วยรับประทานยาตรงเวลามาก หลังจากรับประทานยาไปแล้วครึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยจึงรับประทานอาหารเช้า และประมาณ 3 วัน หรือ 1 สัปดาห์ ผู้ดูแลก็ตรวจสอบดูว่าผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแผนการรักษาหรือไม่ ผู้ดูแลทั้ง 2 ราย ได้ช่วยหักเม็ดยาที่แพทย์ให้รับประทานครั้งละครั้งเม็ดให้กับผู้ป่วย ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ผู้ดูแลที่เป็นสามีได้ช่วยฉีดยาอินซูลินให้ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่กล้าฉีดเองเพราะกลัวและเคยมีปัญหาคือ ถ้าผู้ดูแลไม่อยู่บ้าน เช่น มีธุระไปงานบวชหลานที่ต่างจังหวัด 2 วัน ผู้ป่วยก็จะไม่ได้รับยาฉีดตามแผนการรักษา พอผู้ดูแลกลับมาพบผู้ป่วยชิมไม่รู้สีกตัว ก็ได้รับพาไปโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้ให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับประทานยาเม็ดรักษาเบาหวาน ซึ่งมีหลายชนิด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ส่วนผู้ดูแลที่

เป็นภรรยาผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้มีส่วนช่วยเหลือในเรื่องการใช้จ่ายของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นยาเม็ดรับประทานหรือยาฉีด โดยผู้ป่วยจะจ่ายและรับประทานยาเบาหวานเอง และไปให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ฉีดยาอินซูลินให้ เนื่องจากผู้ดูแลกลัว ไม่กล้าฉีดยาให้ผู้ป่วย

การดูแลด้านการมาตรวจตามนัด

ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในอดีต เคยทำหน้าที่พาผู้ป่วยไปรับการตรวจที่โรงพยาบาล แต่ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้อาศัยรถยนต์เพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวานเหมือนกัน เพื่อไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ส่วนผู้ดูแลที่เป็นภรรยาผู้ป่วยเบาหวานไม่เคยพาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัด เนื่องจากผู้ป่วยสามารถไปได้เอง ผู้ดูแลทั้ง 2 ราย ยังคอยเตือนผู้ป่วยเมื่อใกล้ถึงวันนัดโดยให้งดอาหารและงดน้ำ ในอดีตผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วได้ไปรับการตรวจตามนัดเอง แต่ในปัจจุบันผู้ดูแลจะเป็นผู้พาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัดเนื่องจากสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่แข็งแรง ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาผู้ป่วยได้จ้างรถยนต์หรือบางครั้งที่บุตรว่างก็ได้ทำหน้าที่พาผู้ป่วยและผู้ดูแลไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ดูแลได้คอยเตือนผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยลืมวันนัดตรวจ

การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า

การดูแลสุขภาพทั่วไป ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย ได้ช่วยเรื่องการซักทำความสะอาดเสื้อผ้าได้ดูแลในเรื่องความสะอาดของผู้ป่วยและคอยสังเกตอาการผิดปกติถ้าพบก็รีบให้ไปพบแพทย์

การดูแลเท้า ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้ช่วยดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยเบาหวานได้เตรียมอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยล้างทำความสะอาดเท้า เตรียมโลชั่นให้ผู้ป่วยทาเท้า ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาคอยเตือนให้ผู้ป่วยระมัดระวังอุบัติเหตุโดยการให้ผู้ป่วยใส่รองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วจำนวน 2 ราย ผู้ดูแลไม่ได้มีส่วนช่วยเหลือเท้า เพราะผู้ป่วยได้ดูแลด้วยตนเองเพราะกลัวการโดนดัดขาอย่างผู้ป่วยรายอื่น ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาของผู้ป่วยเบาหวานเคยมีประสบการณ์ช่วยผู้ป่วยทำแผลที่เท้าโดยการใส่ยาแดงทา ใช้ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ราดแผล

ข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากกรณีศึกษา

ข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแล

1. ต้องการให้มีการสอนให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานทุกครั้งเมื่อเข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวาน
2. ต้องการให้ทีมสุขภาพมีเวลาในการอธิบายการปฏิบัติตัว แนะนำความรู้

ที่เป็นประโยชน์เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่สงสัยรวมทั้งตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยว่าเข้าใจถูกต้องหรือไม่

3. ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่นำออกกำลังกายทุกครั้งเมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในคลินิก เฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาล

4. ต้องการให้ทีมสุขภาพจัดทำเอกสารหรือคู่มือการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานที่อ่านเข้าใจง่ายแจกให้กับผู้ป่วยกลับไปศึกษาเองเพิ่มเติมที่บ้านเนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยจดจำคำแนะนำของทีมสุขภาพไม่หมด

5. ต้องการให้ชุมชนที่อยู่จัดให้มีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย

6. ต้องการให้มีทีมสุขภาพไปเยี่ยมและให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่บ้าน

7. ต้องการให้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสำหรับผู้ดูแลบ้าง

8. ต้องการลดระยะเวลาการรอคอยลงเมื่อไปรับบริการตรวจตามนัด

9. ต้องการตรวจรักษากับแพทย์เมื่อไปรับบริการที่คลินิกเบาหวาน

10. ต้องการพฤติกรรมบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่ทุกคน

11. ต้องการมีที่พักผ่อนขณะรอฟังผลการตรวจเลือดและพบแพทย์

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาสรุปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	
	กรอบครัวที่ 1	กรอบครัวที่ 3	กรอบครัวที่ 2	กรอบครัวที่ 4
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน	ผู้ป่วยมีการรับรู้ถูกต้องในเรื่องโอกาสเกิดแผลเรื้อรังที่เท้าแต่ไม่ทราบโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนอย่างอื่น	ผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนไม่ถูกต้อง	ผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนถูกต้อง	ผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนถูกต้อง
2.การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานแต่ขาดความตระหนักถึงภาวะความรุนแรงของโรค	ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานแต่ขาดความตระหนักถึงภาวะความรุนแรงของโรค	ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคเบาหวานตระหนักถึงภาวะความรุนแรงและปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษา	ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคเบาหวานตระหนักถึงภาวะความรุนแรงและปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษา
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อน	ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการรักษา/การปฏิบัติพฤติกรรมและการดูแลตนเอง	ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการรักษา/การปฏิบัติพฤติกรรมและการดูแลตนเอง	ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการรักษา/การปฏิบัติพฤติกรรมและการดูแลตนเอง	ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการรักษา/การปฏิบัติพฤติกรรมและการดูแลตนเอง

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาสรุปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	
	กรอบครัวที่ 1	กรอบครัวที่ 3	กรอบครัวที่ 2	กรอบครัวที่ 4
4. การรับรู้ต่ออุปสรรค	ผู้ป่วยรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้าน้อยกว่า ประโยชน์ที่ได้รับ และผู้ป่วยรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และใช้ยาฉีดอินซูลินมากกว่า ประโยชน์ที่ได้รับ	ผู้ป่วยรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไปน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ และ ผู้ป่วยรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาฉีดอินซูลินมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ	ผู้ป่วยรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาฉีดอินซูลิน การตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไป และการดูแลเท้า น้อยกว่า ประโยชน์ที่ได้รับ	ผู้ป่วยรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาฉีดอินซูลิน การตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไป และการดูแลเท้า น้อยกว่า

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาสรุปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	
	ครอบครัวที่ 1	ครอบครัวที่ 3	ครอบครัวที่ 2	ครอบครัวที่ 4
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	เกิดจากอาการป่วยที่รุนแรงมากขึ้น	เกิดจากอาการป่วยที่รุนแรงมากขึ้นและต้องการพึ่งพาตนเองและพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด	ไม่ต้องการให้เกิดโรคแทรกซ้อน ไม่ต้องการให้ลูกหลานลำบาก และ ไม่ต้องการไปนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ไม่มีคนดูแลบ้าน	ต้องการดูแลตนเองให้ดีที่สุดและไม่ต้องการให้ลูกหลานลำบาก
ปัจจัยร่วม				
1.ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามคำแนะนำและแบบแผนพฤติกรรมใหม่	ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเท่าที่ผู้ป่วยทำได้	ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเท่าที่ผู้ป่วยทำได้	ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดในช่วง 10 ปีแรก ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมาเริ่มผ่อนคลายลงแต่ก็ยังยึดถือและปฏิบัติตามคำแนะนำอยู่	ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลโดยยึดหลักทางสายกลาง ใช้หลักสมดุล

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาสรุปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	
	กรอบครัวที่ 1	กรอบครัวที่ 3	กรอบครัวที่ 2	กรอบครัวที่ 4
2.ประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา	ผู้ป่วยเคยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่ได้ช่วยเหลือดูแลตนเองเบื้องต้น	ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่ได้ช่วยเหลือหรือดูแลตนเองเบื้องต้นและเคยถูกตัดนิ้วเท้า	เมื่อมีอาการใจสั่นเหมือนจะเป็นลมผู้ป่วยดื่มน้ำหวานและอมลูกอมที่ผู้ดูแลเตรียมไว้ให้	ผู้ป่วยมีประสบการณ์น้ำตาลในเลือดสูงเกิน 300 mg% เพียง 1 ครั้ง จึงดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร เลือกรับประทานอาหารที่ไม่หวาน มีแป้งและไขมันน้อย
3.ความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ	ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลส่วนมาก ต้องการให้ปรับปรุงปัญหาเรื่องการรอนานและที่นั่งพักสำหรับรอแพทย์ตรวจ	ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลช่วยมากต้องการให้ปรับปรุงปัญหาการรอนาน และที่นั่งพักสำหรับรอแพทย์ตรวจ	ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลต้องการให้มีบริการนำออกกำลังกาย และปรับปรุงปัญหาการรอนาน	ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลต้องการให้ปรับปรุงปัญหาการรอนาน

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาสรุปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	
	ครอบครัวที่ 1	ครอบครัวที่ 3	ครอบครัวที่ 2	ครอบครัวที่ 4
4.สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ	ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ	ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ	ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ	ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ
5.การมีส่วนร่วมของญาติ	ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการดูแลด้านอาหาร การดูแลด้านการใช้ยา การพาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไป และการดูแลเท้า	ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการดูแลด้านอาหาร การดูแลด้านการใช้ยา การพาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไป และการดูแลเท้า	ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการดูแลด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การย่ำเตือนเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนไปรับการตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไป และการดูแลเท้า	ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการดูแลด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การย่ำเตือนเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนไปรับการตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไป และการดูแลเท้า

ตารางที่ 4 ผลการศึกษารูปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกรณีศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	
	ครอบครัวที่ 1	ครอบครัวที่ 3	ครอบครัวที่ 2	ครอบครัวที่ 4
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน	ผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน ช้อนถูกต้องแต่ไม่ครอบคลุมโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนทั้งหมด	ผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนถูกต้องแต่ไม่ครอบคลุมโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนทั้งหมด	ผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนถูกต้อง	ผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนถูกต้อง
2.การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเบาหวาน	ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเบาหวาน	ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเบาหวาน	ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเบาหวาน
3.การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษา/ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ของการรักษา/ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การปฏิบัติพฤติกรรม	ผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ของการรักษา/ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การปฏิบัติพฤติกรรม	ผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ของการรักษา/ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การปฏิบัติพฤติกรรม	ผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ของการรักษา/ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การปฏิบัติพฤติกรรม

ตารางที่ 4 ผลการศึกษาสรุปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกรณีศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	
	กรอบครัวที่ 1	กรอบครัวที่ 3	กรอบครัวที่ 2	กรอบครัวที่ 4
4.การรับรู้	ผู้ดูแลรับรู้ถึง	ผู้ดูแลรับรู้ถึง	ผู้ดูแลรับรู้ถึง	ผู้ดูแลรับรู้ถึง
ปัญหาและอุปสรรคต่อ	อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม	อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม	อุปสรรคต่อการปฏิบัติ	อุปสรรคต่อการปฏิบัติ
การรักษาและดูแลผู้ป่วย	การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย	การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย	พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุม	พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุม
	ของผู้ป่วยมากกว่าประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับและไม่สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายและผู้ดูแลรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม	ของผู้ป่วยมากกว่าประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับและไม่สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายและผู้ดูแลรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม	อาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไป และการดูแลเท้าของผู้ป่วยน้อย	อาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไป และการดูแลเท้าของผู้ป่วยน้อย
	การดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้าของผู้ป่วยน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ	การดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้าของผู้ป่วยน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ	การดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้าของผู้ป่วยน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ	การดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้าของผู้ป่วยน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ

ตารางที่ 4 ผลการศึกษาสรุปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกรณีศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	
	ครอบครัวที่ 1	ครอบครัวที่ 3	ครอบครัวที่ 2	ครอบครัวที่ 4
5.แรงจูงใจให้ เกิดการดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน	เกิดจาก ความสัมพันธ์ ระหว่างสามีและ ภรรยา	เกิดจาก ความสัมพันธ์ ระหว่างบุตรสาว และมารดา	เกิดจาก ความสัมพันธ์ ระหว่างสามีและ ภรรยา	เกิดจาก ความสัมพันธ์ ระหว่างสามีและ ภรรยา
6.ปัจจัยร่วม 6.1 ความพึง พอใจต่อการ บริการที่ได้รับ	มีความพึงพอใจ ต่อการบริการของ โรงพยาบาลส่วน ใหญ่ต้องการให้ ปรับปรุงเรื่องการ รอนานและที่พัก สำหรับผู้ป่วย	มีความพึงพอใจ ต่อการบริการของ โรงพยาบาลส่วน ใหญ่ต้องการให้ ปรับปรุงเรื่องการ รอนานและที่พัก สำหรับผู้ป่วย	มีความพึงพอใจ ต่อการบริการของ โรงพยาบาลส่วน ใหญ่ต้องการให้ ปรับปรุงเรื่องการ รอนาน	มีความพึงพอใจ ต่อการบริการของ โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ ต้องการให้ ปรับปรุงเรื่อง การรอนาน
6.2 สัมพันธภาพ กับทีมสุขภาพ	มีสัมพันธภาพที่ดี กับทีมสุขภาพ	มีสัมพันธภาพที่ดี กับทีมสุขภาพ	มีสัมพันธภาพที่ดี กับทีมสุขภาพ	มีสัมพันธภาพที่ ดีกับทีมสุขภาพ

ตารางที่ 4 ผลการศึกษาสรุปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกรณีศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง	
	กรอบครัวที่ 1	กรอบครัวที่ 3	กรอบครัวที่ 2	กรอบครัวที่ 4
6.3 ความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานน้อยต้องการมีความรู้เพื่อจะได้ช่วยเหลือดูแลและเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามให้ถูกต้อง	ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยน้อยต้องการมีความรู้เพื่อนำมาดูแลผู้ป่วย	ผู้ดูแลคิดว่าตนเองยังมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานน้อยต้องการคำแนะนำจากทีมสุขภาพอีก	ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยน้อยต้องการมีความรู้เพื่อนำมาดูแลผู้ป่วย

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง โดยการศึกษาเป็นรายครอบครัว อภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

1.1 การควบคุมอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังมีวิธีการบริโภคอาหาร โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลคำนึงถึงปริมาณและชนิดของอาหาร ลดปริมาณอาหารหวาน และอาหารมัน นอกจากนี้ยังมีวิธีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมไม่ขัดต่อหลักการควบคุมอาหารสำหรับโรคเบาหวาน คือการควบคุมอาหารไม่ใช่การอดอาหารหรือจำกัดหรือควบคุมอาหารไปทุกอย่าง ทั้งนี้การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกวิธีต้องคำนึงถึงปริมาณและชนิดของแป้งและไขมันที่จะส่งผลถึงการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมเพื่อช่วยป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (สุทิน ศรีธัญพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548) แต่การควบคุมอาหารที่เข้มงวดหรือเคร่งครัดจนเกินไปมาเป็นเวลานานนับ 10 ปีก็มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายประกอบกับมีเพื่อนบ้านชักชวนให้รับประทานอาหารตามที่ผู้ป่วยชอบโดยไม่ต้องคำนึงถึงคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลก็เป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยหยุดการควบคุมอาหารได้ แต่ผู้ป่วยก็ได้พูดคุยปัญหานี้กับผู้ดูแลและได้รับคำแนะนำที่เกิดจากความรัก ความสนใจใส่ใจในตัวผู้ป่วย รวมไปถึงการได้รับกำลังใจจากผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยกลับมาปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา ธัญน้อม (2549) พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยเพศหญิงโดยมีบทบาทสำคัญในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนที่อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ต่างๆ สามารถจัดการกับความเครียดได้มีผลให้ลดการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ

ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วมีวิธีการควบคุมอาหารเท่าที่ผู้ป่วยทำได้เนื่องมาจากผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองและมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ในปริมาณมากมาโดยตลอดเพราะในอดีตผู้ป่วยต้องทำงานหนักจึงเคยชินกับการรับประทานอาหารในปริมาณมาก บางครั้งผู้ป่วยก็ใช้วิธีลดอาหารและไม่สามารถลดปริมาณอาหารที่ชอบลงได้ ซึ่งการปฏิบัติเช่นนี้ขัดต่อหลักการควบคุมอาหารสำหรับโรคเบาหวานเพราะการควบคุมอาหารโดยการลดอาหารอาจมีผลให้การรับประทานอาหารในมื้อถัดไปเพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารให้เป็นเวลาในปริมาณที่ใกล้เคียงกันในแต่ละวัน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดอย่างต่อเนื่องตลอดเวลานอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานควรคำนึงถึงชนิดของอาหารที่รับประทานตามความต้องการของร่างกายอย่างเหมาะสมครบถ้วน (วิทยา ศรีดามา, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธินันท์ น้ำเพชร (2543) เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า การควบคุมอาหารเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ยากที่สุด ผู้ป่วยรายหนึ่งมีวิธีการควบคุมอาหารโดยการลดปริมาณอาหารลงซึ่งถือเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมจำกัดปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยเองไม่ได้อยู่ที่การรับประทานอาหารปริมาณมากหรือน้อย ผู้ป่วยควรคำนึงถึงชนิดของอาหารที่รับประทานเนื่องจากอาหารบางอย่างสามารถรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวนคือผักใบเขียวทุกชนิดเพราะมีพลังงานต่ำและไฟเบอร์สูง (วิทยา ศรีดามา, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานคิดว่าการควบคุมอาหารคือการรับประทานอาหารแต่ละมื้อในปริมาณที่น้อยลง ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ถูกต้อง การควบคุมอาหารที่ถูกต้องคือการจำกัดปริมาณอาหารที่ไม่เหมาะสมและเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยอาหารบางอย่างสามารถรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน เช่น ผักที่มีรสไม่หวาน เป็นต้น (เกตุรียพันธุ์เขียน, 2549; จรรยา ธีญ์น้อม, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมชอบรับประทานผลไม้จำพวกส้มเปลือกบางที่ซื้อแช่เย็นไว้เต็มตู้เย็นเป็นอาหารว่างครั้งละหลายผลนับเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องซึ่งผู้ป่วยควรระมัดระวังในเรื่องการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานเพราะจะมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยควรคำนึงถึงสัดส่วนของอาหารและพลังงานที่ได้รับให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย (สุทิน ศรีอัญญาพร และวราณี นิธิยานันท์, 2548)

1.2 การออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เรื่องมีการเคลื่อนไหวออกกำลังกายโดยการเดินและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกเช้ามีการทำงานที่ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเกือบทั้งวัน เช่น การทอดผ้ามัดหมี่ การตัดหญ้า ปลูกลดต้นไม้ เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้องเนื่องจากการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอจะมีประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลในขณะออกกำลังกาย ช่วยกระตุ้นให้เนื้อเยื่อมีความไวต่อฮอร์โมนอินซูลินมากขึ้น ทำให้สามารถดึงน้ำตาลในกระแสเลือดไปใช้ได้มากขึ้น (ทิมางานเทพธารินทร์, 2546) เป็นเหตุให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดได้ในระยะยาว ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ในปัจจุบันไม่ได้ ออกกำลังกาย และไม่มีกิจกรรมการทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกายมากนักทั้งนี้เป็นผลจากสุขภาพ ร่างกายของผู้ป่วยอ่อนแอลง รู้สึกเหนื่อยและทำไม่ไหว สอดคล้องกับการศึกษาของเวรกา กลิ่นวิจิต, พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, วัลดา เล้ากอบกุล, นลิน มงคลศรี, วัลลา พ่วงขำ และพิจารณา ศรีวาจนะ (2546) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนมีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับต่ำกว่ากลุ่ม ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องมาจากสมรรถภาพของร่างกายและโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนที่ มีอยู่ ทำให้กิจกรรมการออกกำลังกายทำได้จำกัด

1.3 การใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มีพฤติกรรมรับประทานยาตรงตามชนิด เวลา และปริมาณยาตามที่แพทย์สั่ง ไม่มีพฤติกรรมปรับ ขนาดของยาเองเนื่องจากเกรงว่าจะทำให้การรักษาไม่ได้ผล และเป็นอันตรายต่อตนเองได้ซึ่งเป็น พฤติกรรมที่ถูกต้อง (วิทยา ศรีดามา, 2546)

ด้านผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วมีพฤติกรรมการใช้ยาตรงตามชนิด เวลา และ ปริมาณที่แผนการรักษาของแพทย์เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยมี พฤติกรรมรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือไม่ได้รับประทานอาหารส่งผลให้เกิดอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ สอดคล้องกับ การศึกษาของเวรกา กลิ่นวิจิตและคณะ (2546) เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการรับประทานยาของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้ำตาลในเลือดต่ำและแม้เมื่อมีอาการหน้า มืด ใจสั่นคล้ายจะเป็นลมก็ยังรับประทานยาตามแพทย์สั่งโดยเคร่งครัด นอกจากนี้พฤติกรรม การใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วผู้ป่วยไม่กล้าฉีดยาด้วยตนเอง ผู้ป่วยจะให้ ผู้ดูแลฉีดและเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนามัชนิดให้สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลา ดันตโยทัย (2540) ที่ศึกษาถึงรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน พบว่ามีผู้ป่วยบางรายไม่กล้าฉีดยาด้วยตนเองเนื่องจากกลัว ซึ่งบางครั้งเมื่อผู้ดูแลไม่อยู่ ผู้ป่วย จะไม่ได้รับยาฉีดเกิดผลเสียตามมาคือทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่ มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเคยมีประสบการณ์การใช้ยาหม้อ ยา สมุนไพรร และยาจากการโฆษณาขายตรง รถเร่ขายยาในหมู่บ้าน แต่เมื่อผู้ป่วยพบว่าไม่มีประโยชน์ ต่อโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ ไม่สามารถรักษาเบาหวานให้หายขาดได้ และยังมีผลเสียต่อการรักษา เบาหวานของตนเอง คือ ทำให้ระดับน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้นจึงหยุดใช้ยาอื่นนอกเหนือจากยาที่แพทย์สั่ง สอดคล้องกับการศึกษาของนุสรา นิ่มน้อย (2542) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ใช้ยา สมุนไพรร ยาลูกกลอน และยาจากการโฆษณาขายตรงเพราะมีความเชื่อว่าสามารถลดระดับน้ำตาลใน เลือดลงได้

1.4 การมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มีพฤติกรรมมารับการตรวจรักษาตามนัดสม่ำเสมอโดยผู้ป่วยรับรู้ถึงความสำคัญและประโยชน์ของการมารับการตรวจตามนัดจะทำให้ทราบระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล และการได้ยากลับมารับประทานหรือฉีดผู้ป่วยจึงมารับการตรวจตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ยอดเรือน (2549) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดเนื่องจากจะได้รับการตรวจร่างกายและได้รับยากลับไปรับประทานหรือฉีดที่บ้าน

1.5 การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปและการดูแลเท้า ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มีการดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปตามปกติ ได้แก่ การอาบน้ำทุกวัน เช็ดตัวให้แห้ง โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คือ ผู้ดูแลจะทำหน้าดูแลในเรื่องการซักทำความสะอาดของเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังดูแลเท้าโดยการล้างทำความสะอาดเท้าทุกวัน ใส่รองเท้าเมื่อออกนอกบ้านทุกครั้ง ใส่รองเท้าป้องกันพิเศษเมื่อออกไปนอกร้าน นอกจากนี้ผู้ป่วยอีกรายมีการแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นทุกเช้า เช็ดเท้าให้แห้งทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้ารับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดแผลที่เท้าที่ถูกต้องว่าจะเป็นแผลที่รักษายากและมีโอกาสถูกตัดเท้าได้ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ผู้ป่วยหนึ่งรายมีประสบการณ์การเกิดแผลที่เท้า ได้ทำแผลเองและเคยถูกตัดนิ้วเท้า รู้สึกกลัวไม่ต้องการเป็นแผลที่เท้าอีก ผู้ป่วยตรวจเท้า ล้างเท้าให้สะอาดทุกวันแต่ปฏิเสธการทาโลชั่นที่เท้า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการตัดหนังเท้าที่หนาและยื่นออกมาทิ้งโดยให้เหตุผลว่ากลัวไปเกี่ยวผ้าห่มเวลานอนจะทำให้เจ็บมากขึ้นซึ่งขัดต่อหลักของการดูแลเท้า ผู้ป่วยควรทาโลชั่นป้องกันผิวเท้าแตก ไม่ควรตัดหรือดึงหนังเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546) ผู้ป่วยอีกรายไม่เคยมีประสบการณ์เป็นแผลที่เท้าแต่มีประสบการณ์เห็นผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดแผลที่เท้าเป็นแผลเรื้อรังหายยากถูกตัดนิ้วเท้าตัดขามาแล้ว ผู้ป่วยรู้สึกกลัวจึงให้ความสำคัญกับการดูแลเท้า ล้างเท้าให้สะอาด ตรวจเท้า ใส่รองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การเรียนรู้การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าภาวะความกลัวการสูญเสียเท้า จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจการดูแลเท้าและยอมรับวิธีการแก้ปัญหาความผิดปกติที่เท้า (นุชพร ดันดิวัฒน์ไพศาล, 2545)

2. การมีส่วนร่วมของญาติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดังนี้

2.1 การดูแลด้านอาหาร ผู้ดูแลเป็นผู้จัดหาและปรุงหรือประกอบอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานนอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากผู้ดูแลให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานและอาหารมัน ได้รับคำแนะนำที่เกิดจากความรัก ความสนใจใส่ใจในตัวผู้ป่วย รวมไปถึงการได้รับกำลังใจจากผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยกลับมาปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารที่ถูกต้องสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วยได้รับการสนใจรับฟังปัญหาจากสมาชิกในครอบครัวมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องมากขึ้น (ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540) ผลการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของญาติในกิจกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองด้านอาหารได้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของตนเองได้ดียิ่งขึ้น (จุฑามาศ ยอดเรือน, 2549) มีผู้ดูแลผู้ป่วยหนึ่งรายไม่ทราบว่าผู้ป่วยเบาหวานต้องควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาหารชนิดใดบ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของวณิชช์ ปริชาอนันต์ (2550) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องการได้รับคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการดูแลด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเพราะมีผลโดยตรงกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเนื่องจากการให้อาหารผู้ป่วยของผู้ป่วยดีขึ้น

2.2 การดูแลด้านออกกำลังกาย ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยผู้ดูแลเป็นผู้จัดหาเครื่องมือ เช่น น้ำเต้าหู้ นมถั่วเหลืองให้ผู้ป่วยดื่มก่อนเดินออกกำลังกายตอนเช้า ผู้ดูแลผู้ป่วยอีกรายในอดีตเคยไปร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วยโดยการรำไม้พลอง แต่ปัจจุบันชมรมรำไม้พลองไม่มีแล้วจึงไม่ได้ไปออกกำลังกายอีกแต่ก็มีกิจกรรมทำงานทอผ้ามัดหมี่ด้วยกันทั้งวันสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ ยอดเรือน (2549) พบว่าญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นเตือนและชักชวนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและบางส่วนมีการออกกำลังกายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้มีการออกกำลังกายเนื่องจากผู้ดูแลเองเห็นว่าสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา รัชญ์น้อม (2549) พบว่าแรงสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวให้มีการออกกำลังกายจะปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อย

2.3 การดูแลด้านการใช้ยา ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวคือผู้ดูแลจะคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ช่วยหักเห็ดยากรณีแพทย์สั่งให้รับประทานครั้งเม็ดและคอยดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นระยะ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ยอดเรือน (2549) พบว่าญาติจะมีส่วนร่วมในการคอยกระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยให้ตรงตามเวลาเท่านั้น ส่วนการจัดยารับประทานนั้นผู้ป่วยจะเป็นผู้จัดยารับประทานเอง

2.4 การดูแลด้านการมาตรวจตามนัด ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลจะคอยเตือนเมื่อใกล้ถึงกำหนดนัดหมายของแพทย์ เตือนเรื่องการปฏิบัติตัวในการงดน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมงเพื่อรับการตรวจเลือดเบาหวานก่อนพบแพทย์ นอกจากนี้ในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและผู้ป่วยจะมีการสื่อสารกันเกี่ยวกับผลการตรวจสุขภาพร่างกายและคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วจะทำหน้าที่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากสุขภาพร่างกายผู้ป่วยไม่แข็งแรง ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ยอดเรือน (2549) พบว่าการที่ญาติของผู้ป่วยสนใจที่จะถามถึงกำหนดนัดตรวจของผู้ป่วย ตลอดจนเป็นผู้พาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดและให้การสนใจเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ อบอุ่นใจส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองทำให้อาการของโรคดีขึ้น

2.5 การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มี - ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คือผู้ดูแลจะทำหน้าที่ดูแลในเรื่องการซักทำความสะอาดของเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย ด้านการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ผู้ดูแลเป็นผู้เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ น้ำอุ่นใส่กะละมัง สบู่ ผ้าเช็ดเท้า และโลชั่นสำหรับทาเท้าให้กับผู้ป่วย ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วทำหน้าที่เตือนให้ระมัดระวังและใส่รองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การเรียนรู้การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า บุคคลใกล้ชิดมีส่วนอย่างมากในการกระตุ้นให้เกิดการดูแลเท้าของผู้ป่วยโดยทำหน้าที่เตือนให้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นการกระทำที่แสดงถึงความรัก ความห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่รักของบุคคลใกล้ชิดจึงเกิดแรงบันดาลใจในการดูแลเท้าของตนเองนอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนตลอดระยะเวลาของการดูแลเท้าจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดการดูแลเท้าอย่างต่อเนื่อง (นุชพร ดันดีวัฒนไพศาล, 2545)

ผลการศึกษาจากกรณีศึกษาครอบครัวทั้ง 4 ครอบครัว สามารถอภิปรายตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ทั้ง

5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า คือแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่ง ประกอบไปด้วยการรับรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการรักษา แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมคือความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามคำแนะนำและแบบแผนพฤติกรรมใหม่ ประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธินันท์ น้ำเพชร (2543) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อภาวะความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเห็นได้จากผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษาว่าจะทำให้อาการของโรคดีขึ้นผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และสนใจดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้อาการของโรคดีขึ้นรวมถึงแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในด้านต่างๆจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

ปัญหาและอุปสรรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาที่เกิดจากตัวของผู้ป่วยเองเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัจจัยการรับรู้ที่ถูกต้อง ยอมรับการเป็นโรคเบาหวาน ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคเบาหวาน รับรู้ถึงประโยชน์ในการดูแลตนเองมากกว่าการรับรู้อุปสรรคที่จะขัดขวางพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยมีปัจจัยร่วมเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วผู้ป่วยมีปัจจัยการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง ขาดความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่สามารถหักห้ามใจตนเองให้ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตตามแบบแผนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ได้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ทั้งนี้ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากภายนอก รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติเป็นแรงสนับสนุนที่ช่วยเสริมความตั้งใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นยอมรับพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนและนำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ในบทนี้นำเสนอหัวข้อที่เกี่ยวข้องดังนี้ สรุปผลการศึกษา ข้อจำกัดของการศึกษา ข้อเสนอแนะและการนำผลการศึกษาไปใช้

สรุปผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาครอบครัว เรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สรุปผลดังนี้

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. การควบคุมอาหาร สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ไม่สามารถควบคุมอาหารตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้ เนื่องจากพร่องความรู้เรื่องอาหาร เช่น มีความเข้าใจผิดคิดว่าน้ำตาลมีปริมาณน้ำตาลน้อย จึงยังคงดื่มน้ำอัดลม ไม่สามารถลดปริมาณอาหารที่ชอบลงได้ซึ่งส่วนใหญ่มีรสหวานและมัน การรับประทานผลไม้ราคาถูกลงตามฤดูกาล ถ้าเป็นผลไม้รสหวานและรับประทานจำนวนมาก ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ พฤติกรรมการทดลองรับประทานอาหารที่ต้องจำกัดหรือควบคุม วัฒนธรรมการช่วยเหลือกันทำงานในชนบทมีการเลี้ยงเครื่องดื่มน้ำตาลและพลังงานสูง เช่น น้ำหวาน กาแฟกระป๋อง เป็นต้น ถูกเพื่อนบ้านชักชวนให้รับประทานอาหารตามที่ผู้ป่วยชอบโดยไม่ต้องคำนึงถึงคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลและหลักการควบคุมอาหารสำหรับโรคเบาหวาน

ส่วนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีแล้ว ได้แก่ การใช้หลักสมดุลพลังงานและทางสายกลางในการควบคุมอาหาร การใช้วิธีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยการเลือกชนิดอาหารที่รับประทานและไม่ขัดต่อหลักการควบคุมอาหารทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติไม่ต้องแยกสำรับกับข้าว การชี้แจงบอกกล่าวให้บุคคลแวดล้อมทราบถึงความจำเป็นที่ต้องควบคุมอาหารและวิธีการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความร่วมมือและสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วย

2. การออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเกิดขึ้นแล้ว ไม่ได้ออกกำลังกายและมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายลดน้อยลง เนื่องจากสุขภาพร่างกายอ่อนแอ รู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้น

3. การให้ยา

3.1 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย ที่ศึกษามีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและยาชนิดอื่นในการรักษาเบาหวานในอดีตมาแล้ว หลังจากได้ทดลองใช้ไปสักพักหนึ่งแล้วพบว่าไม่ได้มีผลช่วยในการรักษาโรคเบาหวาน จึงหยุดการใช้สมุนไพรและยาชนิดอื่น ๆ นั้น

3.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรับประทานยารักษาเบาหวานครั้งละครั้งเมื่อมีปัญหาและอุปสรรคในการแบ่งเม็ดยา เนื่องจากการหักเม็ดยาก่อนข้างยากและอาจได้ยาในปริมาณที่ไม่เท่ากันในแต่ละครั้ง

3.3 ผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินไม่กล้าฉีดด้วยตนเอง

3.4 พฤติกรรมการใช้ยารักษาเบาหวานตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัดแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อยส่งผลให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำตามมา

4. การตรวจตามนัด ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ต่างก็ไปรับการตรวจตามนัดจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าการไปรับการตรวจตามนัด นอกเหนือจากการได้รับทราบระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ได้รับยารักษาเบาหวาน อาจเป็นยาเม็ดรับประทานหรือยาฉีด และคำแนะนำแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังยังได้เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายขณะรอพบแพทย์เพื่อตรวจอีกด้วย แต่ผู้ป่วยทั้ง 4 รายประสบกับปัญหาการรอนานและไม่มีที่นั่งพักขณะรอแพทย์มาตรวจ

5. การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปและการดูแลเท้า

การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย ที่ศึกษา มีการดูแลสุขภาพร่างกายเรื่องความสะอาดโดยการอาบน้ำ เช็ดตัวให้แห้งตามปกติ โดยไม่พบความผิดปกติใด ๆ เช่น ไม่มีเชื้อราตามผิวหนัง ไม่มีผิวหนังแห้งเป็นขุย ไม่มีอาการคันบริเวณช่องคลอด ไม่เกิดฝีเป็นต้น

การดูแลเท้า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ยังมีพฤติกรรมตัดหนังเท้าที่ขึ้นออกมา ผู้ป่วยปฏิเสธการทำโลชั่นที่เท้า เคยผ่านประสบการณ์เกิดแผลที่เท้าและเคยถูกตัดนิ้วเท้ามาแล้ว นอกจากนี้ยังเคยเห็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าแล้วถูกตัดนิ้วเท้า ดัดขา จึงกลัวการเกิดแผลและระมัดระวังโดยการดูแลเท้าอย่างดี และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มีการดูแลเท้าเป็นอย่างดี โดยการล้างเท้า แช่เท้าด้วยน้ำอุ่นทุกเช้าวันละ 10 นาที เช็ดเท้าให้แห้ง สะอาดทุก

วัน ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุพลที่เท้า และใส่รองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน และเมื่อต้องออกไปประกอบอาชีพโดยเฉพาะทำนา ก็จะเปลี่ยนรองเท้าเป็นรองเท้าชนิดป้องกันพิเศษ แต่ผู้ป่วยทั้งที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังขาดการปฏิบัติในเรื่องการบริหารเท้า มีพฤติกรรมการตัดเล็บเท้าที่สั้นแต่โค้ง

การมีส่วนร่วมของครอบครัว

1. การดูแลด้านอาหาร ผู้ดูแลเป็นผู้จัดการเรื่องอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อให้กับผู้ป่วย
2. การดูแลด้านออกกำลังกาย การที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้มีการออกกำลังกาย เนื่องจากผู้ดูแลเห็นว่าสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย
3. การดูแลด้านการใช้จ่าย ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา การได้รับปริมาณยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์
4. การดูแลด้านการมาตรวจตามนัด ผู้ดูแลมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานอย่างมากในการข่าเตือนผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด และนอกจากนี้ยังข่าเตือนเรื่องวิธีการปฏิบัติตัวก่อนมาเจาะเลือดเพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
5. การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างก็ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การดูแลความสะอาดเสื้อผ้า ที่นอน และการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ด้านการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ผู้ดูแลจะช่วยเหลือในเรื่องการเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลทำความสะอาดเท้า และคอยเตือนให้ผู้ป่วยมีความระมัดระวังและใส่รองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อควรตระหนักถึงก่อนนำผลการศึกษาไปใช้คือ

สถานที่ในการสัมภาษณ์คือที่บ้านของผู้ป่วยเป็นที่นั่งหน้าบ้านขาดความเป็นส่วนตัว เนื่องจากมีเพื่อนบ้านเดินผ่านไปมาตลอดอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าให้ข้อมูลบางอย่างได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการนำไปใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามประเด็นที่ค้นพบดังนี้

1. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ยังไม่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่

1.1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายรับประทานผลไม้ราคาถูกตามฤดูกาลเป็นอาหารว่าง พฤติกรรมการทดลองรับประทานอาหารที่ต้องจำกัดหรือควบคุม ไม่สามารถลดปริมาณอาหารที่ชอบลงได้ซึ่งมีรสชาติหวานและพร้อมความรู้เรื่องอาหาร เช่น มีความเข้าใจผิดคิดว่าน้ำตาลมีปริมาณน้ำตาลน้อย จึงยังคงดื่มน้ำอัดลม ดังนั้นควรมีการให้ความรู้ผู้ป่วยโดยการจัดโปรแกรมรูปแบบความรู้ที่เน้นรายละเอียดของส่วนประกอบของอาหารที่ผู้ป่วยชอบ โดยเน้นอาหารจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงได้ ทั้งนี้ควรอธิบายส่วนประกอบของอาหาร เช่น อาหารที่มีน้ำตาลมาก อาหารที่มีน้ำตาลน้อย อาหารที่ให้พลังงานสูงและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและพลังงานสูงต่างๆ ได้แก่ น้ำอัดลม น้ำหวาน กาแฟกระป๋อง เป็นต้น ร่วมด้วยวิธีการควบคุมอาหารโดยมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

1.2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายได้ความรู้จากแพทย์และพยาบาลแต่เมื่อกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนถูกเพื่อนบ้านชักชวนให้รับประทานอาหารตามที่คุณชอบโดยไม่ต้องคำนึงถึงคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลและหลักการควบคุมอาหารสำหรับโรคเบาหวานอาจทำให้ผู้ป่วยลังเลที่จะปฏิบัติตามนั้นควรมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

1.3 ผลการศึกษาพบว่าวัฒนธรรมการช่วยเหลือกันทำงานในชุมชนมีการเลี้ยงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและพลังงานสูง เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน กาแฟกระป๋อง เป็นต้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีการสื่อสารเชิงรุกโดยการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน เช่น วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลอย่างทั่วถึง

1.4 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายพร้อมความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานดังนั้นการจัดโปรแกรมให้ความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานควรคำนึงถึงรูปแบบที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เช่น บทบาทสมมุติ ละคร เป็นต้น

1.5 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายต้องการให้โรงพยาบาลมีบริการนำออกกำลังกาย ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในตอนเช้าระหว่างเวลารอแพทย์ตรวจในคลินิก เบาหวาน เช่น ชั่งก การบริหารร่างกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น โดยจัดให้มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเป็นผู้นำการออกกำลังกายทุกครั้ง

1.6 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานบางรายไม่ได้ออกกำลังกายและมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายลดน้อยลง เนื่องจากสุขภาพร่างกายอ่อนแอ รู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้นดังนั้นควรมีการให้ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวิถีชีวิตของผู้ป่วย ไม่ยุ่งยาก เช่น การออกกำลังกายแบบชั่งก การบริหารร่างกายมัลติเวสค์ การใช้ยางยืด มห้ศรรย์ การเดินในช่วงเช้า การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกายของผู้ป่วยแต่ละรายรวมทั้งการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานให้ถูกต้องด้วย

1.7 ควรมีการสนับสนุนให้เกิดชมรมการออกกำลังกายที่หลากหลายในชุมชนเพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งประโยชน์ได้ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายต้องการออกกำลังกายกับชมรมรำไม้พลองเหมือนในอดีตซึ่งปัจจุบันไม่มีชมรมรำไม้พลองแล้ว

1.8 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย ที่ศึกษามีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและยาชนิดอื่นในการรักษาเบาหวานในอดีตมาแล้ว หลังจากได้ทดลองใช้ไปสักพักหนึ่งแล้วพบว่าไม่ได้มีผลช่วยในการรักษาโรคเบาหวาน จึงหยุดการใช้สมุนไพรและยาชนิดอื่น ๆ นั้น ดังนั้นควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรต่างๆที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลต่อการรักษาเบาหวานเพื่อป้องกันการใช้สมุนไพรจากการลองผิดลองถูก

1.9 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรับประทานยารักษาเบาหวานครั้งละครั้ง เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคในการแบ่งเม็ดยา เนื่องจากการหักเม็ดยาค่อนข้างยากและอาจได้ยาในปริมาณที่ไม่เท่ากันในแต่ละครั้ง ควรมีการประสานงานกับทางเภสัชกรของโรงพยาบาลในการจัดเตรียมอุปกรณ์ตัดแบ่งเม็ดยาที่ได้มาตรฐานให้กับผู้ป่วย

1.10 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายหนึ่งมีผู้ดูแลเป็นผู้ฉีดยาอินซูลินให้ เมื่อผู้ดูแลไม่อยู่บ้านไม่ได้รับยาฉีดอินซูลินส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดังนั้นจึงควรสร้างระบบการขอความช่วยเหลือในชุมชนให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลเรื่องยาได้ด้วยตนเอง เช่น การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ จิตอาสาในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยการดูแลแบบเจ้าของไข้ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษานิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน การดำเนินงานและควรมีการจัดสอนผู้ป่วยเบาหวานฉีดยาด้วยตนเอง ทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่มโดย

คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

1.11 ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยารักษาเบาหวานตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด แต่ไม่ได้รับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อยส่งผลให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ตามมาดังนั้นควรมีการสอนโดยเน้นให้ผู้ป่วยสังเกตและเรียนรู้อาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่ายังมีผู้ป่วยบาง คนไม่ทราบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นดังกล่าว และนอกจากนี้ควรมีการสอนให้ผู้ป่วยติดตามระดับ น้ำตาลในเลือดจากผลการตรวจของทีมสุขภาพ หรือโดยการเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เพื่อจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย

1.12 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีช่วงเวลาว่างในระหว่างการรอแพทย์มาตรวจและรู้สึก ว่ารอนานดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การให้ความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน อาหารแลกเปลี่ยน กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการบริหารเท้า ตรวจประเมินเท้า กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยกัน เป็นต้นและควรมีการจัดบริการคลินิกเบาหวานในสถานที่ที่เป็นสัดส่วนแยกจากผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจงและไม่รบกวนผู้ป่วยอื่น

1.13 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการดูแลความสะอาดของร่างกายตามปกติและข้อมูล จากการสังเกตพบผู้ป่วยบางรายมีผิวหนังแห้งโดยเฉพาะที่เท้า ดังนั้นควรมีการสอนให้ผู้ป่วยดูแลความ สะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึงตามซอกอับชื้น ได้แก่ ตามรักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบ ต้องเช็ดให้แห้ง ไม่ให้อับชื้น เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อรา รวมไปถึงในช่วงฤดูหนาวที่ผู้ป่วยบางรายอาจมีผิวหนังแห้งก็ควร ทาครีมเพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น และหากมีอาการอักเสบของผิวหนังผู้ป่วยควรแจ้งให้แพทย์ทราบทันที

1.14 ผลจากการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมีการดูแลเท้ายังไม่ถูกต้องโดยเฉพาะการตัดเล็บเท้า ดังนั้นควรมีการสอนให้ความรู้และสาธิตเรื่องการตัดเล็บเท้า ตัดหนังเท้าที่ถูกวิธี และการสอนให้ผู้ป่วย สามารถตรวจประเมินเท้าด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น การตรวจบาดแผลที่เท้า การคลำชีพจรที่เท้า และการทดสอบความรู้สึกที่เท้าทุกวัน รวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทุกรายได้มีรองเท้าที่เหมาะสม ใส่ เพื่อช่วยในการเดิน ป้องกันการเกิดแผลที่เท้าจึงเป็นสิ่งที่จะช่วยผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลเท้าได้ อย่างถูกต้องต่อไป

2. พฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่อง

2.1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายการใช้หลักสมดุลพลังงานและทางสายกลางใน การควบคุมอาหาร การใช้วิธีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยการเลือกชนิดอาหารที่

รับประทานอาหารและไม่ขัดต่อหลักการควบคุมอาหารทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติไม่ต้องแยกสำรับกับข้าว รวมทั้งการชี้แจงบอกกล่าวให้บุคคลแวดล้อมทราบถึงความจำเป็นที่ต้องควบคุมอาหารและวิธีการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความร่วมมือและสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยดังนั้นควรมีการจัดการให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ มีวิธีการควบคุมอาหารที่เหมาะสมมาถ่ายทอดการปฏิบัติตัวของตนให้ผู้ป่วยอื่นได้เรียนรู้เพื่อนำไปปรับใช้กับตนเองต่อไปอีกทั้งยังเป็นการเสริมแรงด้านบวกให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นและมีพลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัว

ข้อเสนอแนะสำหรับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

3.1 ควรให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับชนิดอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงหรือควบคุมจากแพทย์และพยาบาลพร้อมกับผู้ป่วย เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเรื่องอาหารผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเนื่องจากการจัดทำเมนูอาหารสำหรับกับผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเกี่ยวกับอาหารของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์

3.2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเนื่องจากเห็นว่าสภาพร่างกายผู้ป่วยไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย ดังนั้นควรมีการจัดกลุ่มสอนผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกายและประโยชน์จากการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งสอนให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยแต่ละรายก่อนออกกำลังกาย ก็จะเป็นการป้องกันอันตรายและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะที่ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายนอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยอีกด้วย

3.3 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานบางรายให้ข้อมูลว่าบางครั้งผู้ป่วยไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแลจึงไม่รู้จะช่วยผู้ป่วยได้อย่างไร ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันและกิจกรรมเสริมสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน นอกเหนือไปจากกิจกรรมการให้ความรู้ที่เข้าใจง่ายสามารถนำไปปฏิบัติได้ จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจพฤติกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจตนเอง มีพลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

3.4 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลเท้าไม่ถูกต้องผู้ป่วยบางรายไม่มีการบริหารเท้า ไม่ทาโลชั่นที่เท้า และการตรวจประเมินเท้าด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุทำได้ลำบาก

ดังนั้นควรมีการจัดสอนผู้ดูแลในการประเมินเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการบริหารเท้า
สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน



กรณีศึกษาครอบครัว : พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

FAMILY STUDY: SELF-CARE BEHAVIOR OF THE TYPE 2 DIABETES

กุศลีน บุญมี 4937540 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : สุพรรณิ ธารกุล วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์),
สุภาพ อารีเอื้อ Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคที่พบมากขึ้นในประชากรทั่วโลกเป็นปัญหาใหญ่ที่ต้องเร่งแก้ไข เนื่องจากเบาหวานเป็นสาเหตุทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มพบว่าเป็นโรคจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเบาหวานอย่างเดียวไม่รวมภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่ตามมาในประเทศที่พัฒนาแล้วต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลถึงร้อยละ 8 ของงบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งหมดและเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเกิดขึ้น ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเป็น 3-5 เท่า (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2547) และจากการศึกษาสถานการณ์เบาหวานในประเทศไทยเกี่ยวกับอัตราความชุกของโรคเบาหวานในปี ค.ศ.2000 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 2.4 ล้านคน โดยผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 50 ไม่ทราบว่าเป็นเบาหวานมาก่อน (Aekplakorn, et al, 2003) เบาหวานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายด้าน อาทิเช่น ผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ ผลกระทบต่อความมีคุณค่าและภาพลักษณ์ ผลกระทบด้านการงานการเงิน พัฒนาการและแผนการชีวิตในอนาคต วิธีการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดตามมาและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ภาวนา กิริยิตตวงศ์, 2546) เป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานคือการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับระดับปกติมาก

ที่สุดอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา (WHO, 1995 อ้างถึงในอรรถาพร บุญยืน, 2541) ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายนี้ได้ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่อย่างต่อเนื่อง

จากสถิติสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลวัดสิงห์ เพิ่มขึ้นจาก 787 ราย ในปี 2549 เป็น 845 ราย ในปี 2550 โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง จำนวน 647 ราย มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง จำนวน 198 ราย และเมื่อจำแนกตามรายงาน 10 อันดับโรค ปี 2550 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากเป็นอันดับสองรองจากระบบไหลเวียนเลือด (งานเวชสถิติโรงพยาบาลวัดสิงห์, 2550) เห็นได้ว่าสถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 23.44 มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองเพื่อให้ควบคุมโรคได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดจนให้การดูแลที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายอันเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างบุคคลและบริบทแวดล้อมตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ดังนั้นการศึกษาแบบครอบครัวศึกษาจึงมีความจำเป็นทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวทั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง โดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาเป็นแนวทางในการศึกษาและเรียนรู้ประสบการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นแนวทางในการศึกษาลักษณะครอบครัวศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบกเกอร์ (Becker, 1974) มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure interview) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง โดยนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแทรกซ้อน (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแทรกซ้อนหมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมต่อสุขภาพในยามเจ็บป่วย บุคคลแต่ละคนมีความเชื่อที่แตกต่างกัน บุคคลจึงพยายามหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคแทรกซ้อนด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน แสดงพฤติกรรมรักษาสุขภาพและป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค บุคคลแต่ละคนจะประเมินหรือมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นแตกต่างกันตามระดับของสิ่งเร้าของบุคคลนั้น ความรุนแรงของโรคได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ผลกระทบจากโรคที่ส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต หรือผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคก็จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการรักษาเพื่อป้องกันความรุนแรงนั้น

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อน (Perceived benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อน หมายถึง การที่บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ดี และส่งผลให้เกิดประโยชน์และจะส่งผลให้หายจากโรคนั้นหรือไม่เกิดโรค บุคคลจึงแสดงพฤติกรรมโดยการแสวงหาวิธีการปฏิบัติและเปรียบเทียบถึงผลดีผลเสียของการปฏิบัติและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึงการคาดการณ์ไปในทางลบล่วงหน้าเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายหรือผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เช่น การมารับบริการทำให้ขัดกับกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน การตรวจเลือดทำให้เกิดความไม่สบาย การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมในการปฏิบัติตามคำแนะนำการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Motivations) หมายถึงอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวปัจเจกบุคคลโดยมีสาเหตุอันเนื่องมาจากการกระตุ้นโดยสิ่งเร้า ทั้งสิ่งเร้าภายในและภายนอก สิ่ง

เร้าภายใน (internal cues) ได้แก่ความร่วมมือ ความพอใจยอมรับคำแนะนำ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เป็นต้น สิ่งเร้าภายนอก (external cues) ได้แก่การบอกกล่าวแนะนำตักเตือนจากบุคคลอื่นเป็นที่รักที่นับถือ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร และการได้รับข่าวสารผ่านสื่อมวลชน เป็นต้น แรงจูงใจจะช่วยผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคล แต่ไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยร่วม ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปรากฏการณ์จากบริบทชีวิตจริงในรูปแบบกรณีศึกษา ครอบครัว ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอวัดสิงห์-หนองมะโมง และมารับบริการที่โรงพยาบาลวัดสิงห์ซึ่งเป็นสถานที่ทำงานของผู้ศึกษา

กรณีศึกษา ครอบครัวคัดเลือกจากผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเป้าหมายจำนวน 4 ครอบครัว จำแนกเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน เพศชาย 1 ราย เพศหญิง 1 ราย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน เพศชาย 1 ราย เพศหญิง 1 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ทำการศึกษา จำนวน 4 ราย ทั้งนี้การเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยความยินยอมจากกรณีศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้ศึกษาประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องขออนุญาตทำการศึกษาและดำเนินการคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวนผู้ป่วย 4 ราย ผู้ดูแล 4 ราย หลังจากกรณีศึกษายินยอมเข้าร่วมการศึกษแล้ว ผู้ศึกษาขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์กรณีศึกษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมทั้งการสังเกตแบบไม่มีปฏิสัมพันธ์โดยการสังเกตโดยตรง โดยบอกกล่าวให้กรณีศึกษาทราบ การสัมภาษณ์และสังเกตจะใช้เวลาโดยเฉลี่ย 30 นาที ต่อคน ทำการสัมภาษณ์และสังเกต จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยดำเนินการในช่วงวันหยุดราชการและหลังเลิกงานของผู้ถูกสัมภาษณ์ในระหว่างการสัมภาษณ์ได้ ขออนุญาตกรณีศึกษานันทิกเสียงและถ่ายภาพร่วมกับการจดบันทึกสิ่งที่ได้จากการสังเกตตามกรอบการสังเกตที่สร้างไว้ หลังจากนั้นนำ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสังเกตโดยตรงและการจดบันทึกผู้ศึกษาได้นำมาวิเคราะห์เพื่อประกอบการนำเสนอผลการศึกษาและการอภิปรายผลการศึกษา การนำเสนอผลการศึกษาได้ทำเป็นรายครอบครัวและวิเคราะห์ระหว่างกรณีศึกษาครอบครัว และอภิปรายผลจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และนำข้อมูลที่ได้ไปปรับใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาต่อไป

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาครอบครัว เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลายอย่างของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากการที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งมีความพร่องความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และผู้ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้แก่

1. การควบคุมอาหาร ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังไม่สามารถควบคุมอาหารตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้เนื่องจาก พร่องความรู้เรื่องอาหาร ไม่สามารถลดปริมาณอาหารที่ชอบลงได้ การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานและราคาถูกตามฤดูกาล และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหารได้ โดยเฉพาะอาหารที่ต้องจำกัดหรือควบคุม วัฒนธรรมการช่วยเหลือกันทำงานในชนบทมีการเลี้ยงเครื่องคัมที่มีน้ำตาลและพลังงานสูง เช่น น้ำอ้อยคั้น น้ำหวาน กาแฟกระป๋อง เป็นต้น ถูกเพื่อนบ้านชักชวนให้รับประทานอาหารตามที่ชอบโดยไม่ต้องคำนึงถึงคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลและหลักการควบคุมอาหารสำหรับโรคเบาหวาน

ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล วิธีการควบคุมอาหารของผู้ป่วยได้ยึดหลักทางสายกลาง ไม่เข้มงวดกับตนเองจนเกินไป โดยการลดปริมาณอาหารหวานและอาหารมันลง ได้คำนึงถึงชนิดและปริมาณอาหารรวมถึงวิธีการรับประทานที่เหมาะสมไม่ขัดต่อหลักการควบคุมอาหารนอกจากนี้ การชี้แจงบอกกล่าวให้บุคคลแวดล้อมทราบถึงความจำเป็นที่ต้องควบคุมอาหารและวิธีการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความร่วมมือและสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วย

2. การออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเกิดขึ้นแล้ว ไม่ได้ออกกำลังกายและมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เนื่องจากรับรู้ว่าคุณภาพร่างกายอ่อนแอ รู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้น ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มีการออกกำลังกาย

โดยการเดินและยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกเช้า รวมทั้งมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายจากการประกอบอาชีพทั้งวัน

3. การใช้ยา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย ที่ศึกษา มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและยาชนิดอื่นในการรักษาเบาหวานในอดีตมาแล้ว หลังจากได้ทดลองใช้ไปสักพักหนึ่งแล้วพบว่าไม่ได้มีผลช่วยในการรักษาโรคเบาหวาน จึงหยุดการใช้สมุนไพรและยาชนิดอื่น ๆ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรับประทานยาครั้งละครั้งเม็ด มีปัญหาและอุปสรรคในการแบ่งเม็ดยา เนื่องจากการหักเม็ดยาก่อนข้างยากและอาจได้ยาในปริมาณที่ไม่เท่ากันในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน ไม่กล้าฉีดด้วยตนเอง รวมทั้งมีพฤติกรรมการใช้ยารักษาเบาหวานตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดแต่ไม่ได้รับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำตามมา

4. การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ต่างก็ไปรับการตรวจตามนัดจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าการไปรับการตรวจตามนัด นอกเหนือจากการได้รับทราบระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ได้รับยารักษาเบาหวาน อาจเป็นยาเม็ดรับประทานหรือยาฉีดและคำแนะนำแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังยังได้เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายขณะรอพบแพทย์ด้วย แต่ผู้ป่วยทั้ง 4 รายประสบกับปัญหาหารอนานและไม่มีที่นั่งพักขณะรอแพทย์มาตรวจ

5. การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปและการดูแลเท้า

การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย ที่ศึกษา มีการดูแลสุขภาพร่างกายเรื่องความสะอาดโดยการอาบน้ำ เช็ดตัวให้แห้งตามปกติ โดยไม่พบความผิดปกติใด ๆ เช่น ไม่มีเชื้อราตามผิวหนัง ไม่มีผิวหนังแห้งเป็นขุย ไม่มีอาการคันบริเวณช่องคลอด ไม่เกิดฝี

การดูแลเท้า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ซึ่งเคยผ่านประสบการณ์เกิดแผลที่เท้าและเคยถูกตัดนิ้วเท้ามาแล้ว และที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มีการดูแลเท้าเป็นอย่างดี โดยการล้างเท้า เช็ดเท้าให้แห้ง สะอาดทุกวัน ระวังการเกิดอุบัติเหตุแผลที่เท้าและใส่รองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน และเมื่อต้องออกไปประกอบอาชีพโดยเฉพาะทำนา ก็จะเปลี่ยนรองเท้าเป็นรองเท้าชนิดพิเศษ แต่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ยังมีพฤติกรรมตัดหนังเท้าที่ยื่นออกมา ผู้ป่วยปฏิเสธการทาโลชั่นที่เท้า นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเคยเห็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าแล้วถูกตัดนิ้วเท้า ตัดขา จึงกลัวการเกิดแผลและระมัดระวังโดยการดูแลเท้าอย่างดี

การมีส่วนร่วมของครอบครัว

1. การดูแลด้านอาหาร ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานบางรายได้จัดการเรื่องอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อโดยการเลือกซื้อและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารหวานเนื่องจากผู้ดูแลเห็นว่าอาหารดังกล่าวมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

2. การดูแลด้านการออกกำลังกาย ครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วไม่ได้สนับสนุนผู้ป่วยให้มีการออกกำลังกาย เนื่องจากผู้ดูแลเห็นว่าสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย จึงไม่พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย

3. การดูแลด้านการใช้ยา ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ได้ให้การดูแลช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยา การได้รับปริมาณยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

4. การดูแลด้านการตรวจตามนัด ผู้ดูแลมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานอย่างมากในการเข้าเตือนผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด และนอกจากนี้ยังเข้าเตือนเรื่องวิธีการปฏิบัติตัวก่อนมาเจาะเลือดเพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

5. การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างก็ได้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยในเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การดูแลความสะอาดเสื้อผ้า ที่นอน และการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ด้านการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ผู้ดูแลจะช่วยเหลือในเรื่องการเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลทำความสะอาดเท้า และคอยเตือนให้ผู้ป่วยมีความระมัดระวังและใส่รองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน

ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของกรณีศึกษา

1. ข้อเสนอแนะของกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแล

1.1 ต้องการให้มีการสอนให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานทุกครั้งเมื่อเข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวาน

1.2 ต้องการให้ทีมสุขภาพมีเวลาในการอธิบายการปฏิบัติตัว แนะนำความรู้ที่เป็นประโยชน์เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่สงสัยรวมทั้งตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยว่าเข้าใจถูกต้องหรือไม่

1.3 ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่นำออกกำลังกายทุกครั้งเมื่อเข้ารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาล

1.4 ต้องการให้ทีมสุขภาพจัดทำเอกสารหรือ คู่มือการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานที่อ่านเข้าใจง่ายแจกให้กับผู้ป่วยกลับไปศึกษาเองเพิ่มเติมที่บ้านเนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยจดจำคำแนะนำของทีมสุขภาพไม่หมด

1.5 ต้องการให้ชุมชนที่อยู่จัดให้มีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย

1.6 ต้องการให้มีทีมสุขภาพไปเยี่ยมและให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่บ้าน

1.7 ต้องการให้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสำหรับผู้ดูแลบ้าน

1.8 ต้องการลดระยะเวลาการรอคอยลงเมื่อไปรับการตรวจตามนัด

1.9 ต้องการตรวจรักษากับแพทย์เมื่อไปรับบริการที่คลินิกเบาหวาน

1.10 ต้องการพฤติกรรมบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่ทุกคน

1.11 ต้องการมีที่พักผ่อนขณะรอฟังผลการตรวจเลือดและพบแพทย์

2. ข้อคิดเห็นของกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแล

2.1 การดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารควรยึดหลักทางสายกลางไม่เคร่งครัดหรือเข้มงวดจนเกินไปใช้หลักสมดุลพลังงานทั้งนี้อาจก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและเลิกปฏิบัติซึ่งไม่เป็นผลดีกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

2.2 การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ควรเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย ทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก

อภิปรายผลการศึกษา

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

1.1 การควบคุมอาหาร ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังมีวิธีการบริโภคอาหารโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลคำนึงถึงปริมาณและชนิดของอาหาร ลดปริมาณอาหารหวาน และอาหารมัน นอกจากนี้ยังมีวิธีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมไม่ขัดต่อหลักการควบคุมอาหารสำหรับโรคเบาหวาน คือการควบคุมอาหารไม่ใช่การอดอาหารหรือจำกัดหรือควบคุมอาหารไปทุกอย่าง ทั้งนี้การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกวิธีต้องคำนึงถึงปริมาณและชนิดของแป้งและไขมันที่จะส่งผลถึงการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมเพื่อช่วยป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (สุทิน ศรีธัญญาพร และวรรณิ นิธิยานันท์, 2548) แต่การควบคุมอาหารที่เข้มงวดหรือเคร่งครัดจนเกินไปมาเป็นเวลานานนับ 10 ปี ก็มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายประกอบกับมีเพื่อนบ้านชักชวนให้รับประทานอาหารตามที่ผู้ป่วยชอบโดยไม่ต้องคำนึงถึงคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลก็เป็นแรง

สนับสนุนให้ผู้ป่วยหยุดการควบคุมอาหารได้ แต่ผู้ป่วยก็ได้พูดคุยปัญหานี้กับผู้ดูแลและได้รับคำเตือนที่เกิดจากความรัก ความสนใจใส่ใจในตัวผู้ป่วย รวมไปถึงการได้รับกำลังใจจากผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยกลับมามีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา ธัญน้อม (2549) พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้ป่วยเพศหญิงโดยมีบทบาทสำคัญในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนที่ดียิ่งขึ้นจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ต่างๆ สามารถจัดการกับความเครียดได้ มีผลให้ลดการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจลง ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วมีวิธีการควบคุมอาหารเท่าที่ผู้ป่วยทำได้เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองและมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในปริมาณมากมาโดยตลอดเพราะในอดีตผู้ป่วยต้องทำงานหนักจึงเคยชินกับการรับประทานอาหารในปริมาณมาก บางครั้งผู้ป่วยก็ใช้วิธีอดอาหารและไม่สามารถลดปริมาณอาหารที่ชอบลงได้ ซึ่งการปฏิบัติเช่นนี้ขัดต่อหลักการควบคุมอาหารสำหรับโรคเบาหวานเพราะการควบคุมอาหารโดยการอดอาหารอาจมีผลให้การรับประทานอาหารในมื้อถัดไปเพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารให้เป็นเวลาในปริมาณที่ใกล้เคียงกันในแต่ละวัน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานควรคำนึงถึงชนิดของอาหารที่รับประทานตามความต้องการของร่างกายอย่างเหมาะสมครบถ้วน (วิทยา ศรีดามา, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธินันท์ น้ำเพชร (2543) เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าการควบคุมอาหารเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ยากที่สุด ผู้ป่วยรายหนึ่งมีวิธีการควบคุมอาหารโดยการลดปริมาณอาหารลงซึ่งถือเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมจำกัดปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยเองไม่ได้อยู่ที่การรับประทานอาหารปริมาณมากหรือน้อยผู้ป่วยควรคำนึงถึงชนิดของอาหารที่รับประทานเนื่องจากอาหารบางอย่างสามารถรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวนคือผักใบเขียวทุกชนิดเพราะมีพลังงานต่ำและไฟเบอร์สูง (วิทยา ศรีดามา, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานคิดว่าการควบคุมอาหารคือการรับประทานอาหารแต่ละมื้อในปริมาณที่น้อยลง ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ถูกต้อง การควบคุมอาหารที่ถูกต้องคือการจำกัดปริมาณอาหารที่ไม่เหมาะสมและเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยอาหารบางอย่างสามารถรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน เช่นผักที่มีรสไม่หวาน เป็นต้น (เกตุรียพันธุ์เขียน, 2549; จรรยา ธัญน้อม, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมชอบรับประทานผลไม้จำพวกส้มเปลือกบางที่ซื้อแช่เย็นไว้เต็มตู้เย็นเป็นอาหารว่างครั้งละหลายผลนับเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องซึ่งผู้ป่วยควรระมัดระวังในเรื่องการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานเพราะจะมีผลต่อ

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยควรคำนึงถึงสัดส่วนของอาหารและพลังงานที่ได้รับให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย (สุทิน ศรีอัญญาพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548)

1.2 การออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังมีการเคลื่อนไหวออกกำลังกายโดยการเดินและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกเช้า มีการทำงานที่ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเกือบทั้งวัน เช่น การทอผ้ามัดหมี่ การตัดหญ้า ปลูกต้นไม้ เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้องเนื่องจากการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอจะมีประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลในขณะที่ออกกำลังกาย ช่วยกระตุ้นให้เนื้อเยื่อมีความไวต่อฮอร์โมนอินซูลินมากขึ้น ทำให้สามารถดึงน้ำตาลในกระแสเลือดไปใช้ได้มากขึ้น (ทีมงานเทพารินทร์, 2546) เป็นเหตุให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระยะยาว ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ในปัจจุบันไม่ได้ออกกำลังกาย และไม่มีกิจกรรมการทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกายมากนักทั้งนี้เป็นผลจากสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยอ่อนแอลง รู้สึกเหนื่อยและทำไม่ไหว สอดคล้องกับการศึกษาของเวรกา กลิ่นวิจิต, พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, วัลดา เล้ากอบกุล, นลิน มงคลศรี, วัลลา พ่วงขำ และพิจารณา ศรีวาจนะ (2546) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องมาจากสมรรถภาพของร่างกายและโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีอยู่ ทำให้กิจกรรมการออกกำลังกายทำได้จำกัด

1.3 การใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังมีพฤติกรรมการรับประทานยาตรงตามชนิด เวลา และปริมาณยาตามที่แพทย์สั่ง ไม่มีพฤติกรรมปรับขนาดของยาเองเนื่องจากเกรงว่าจะทำให้การรักษาไม่ได้ผล และเป็นอันตรายต่อตนเองได้ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้อง (วิทยา ศรีดามา, 2546) ด้านผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วมีพฤติกรรมการใช้ยาตรงตามชนิด เวลา และปริมาณที่แผนการรักษาของแพทย์เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือไม่ได้รับประทานอาหารส่งผลให้เกิดอาการหน้ามืด ใจสั่น เหนื่อยออก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของเวรกา กลิ่นวิจิตและคณะ (2546) เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้ำตาลในเลือดต่ำและแม้เมื่อมีอาการหน้ามืด ใจสั่นคล้ายจะเป็นลมก็ยังคงรับประทานยาตามแพทย์สั่งโดยเคร่งครัด นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วผู้ป่วยไม่กล้าฉีดด้วยตนเอง ผู้ป่วยจะให้ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนอนำมาฉีดให้ สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลา ดันตโยทัย (2540) ที่ศึกษาถึงรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน พบว่ามีผู้ป่วยบางรายไม่กล้าฉีดอินซูลินด้วยตนเองเนื่องจากกลัว ซึ่งบางครั้งเมื่อผู้ดูแลไม่อยู่ ผู้ป่วยจะไม่ได้รับยาฉีดเกิดผลเสียตามมาคือทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเคยมีประสบการณ์การใช้ยาหม้อ ยาสมุนไพร และยาจากการโฆษณาขายตรง รวบรวมยาในหมู่บ้าน แต่เมื่อผู้ป่วยพบว่าไม่มีประโยชน์ต่อโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ ไม่สามารถรักษาเบาหวานให้หายขาดได้ และยังมีผลเสียต่อการรักษาเบาหวานของตนเอง คือ ทำให้ระดับน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้นจึงหยุดใช้ยาอื่น นอกเหนือจากยาที่แพทย์สั่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุสรา นิมน้อย (2542) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ใช้ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน และยาจากการโฆษณาขายตรงเพราะมีความเชื่อว่าจะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้

1.4 การมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มีพฤติกรรมมารับการตรวจรักษาตามนัดสม่ำเสมอโดยผู้ป่วยรับรู้ถึงความสำคัญและประโยชน์ของการมารับการตรวจตามนัดว่าจะทำให้ทราบระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล และการได้ยากลับมารับประทานหรือฉีดผู้ป่วยจึงมารับการตรวจตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ยอดเรือน (2549) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดเนื่องจากจะได้รับการตรวจร่างกายและได้รับยากลับไปรับประทานหรือฉีดที่บ้าน

1.5 การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปและการดูแลเท้า

การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป และการดูแลเท้า ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มีการดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปตามปกติ ได้แก่ การอาบน้ำทุกวัน เช็ดตัวให้แห้ง โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คือผู้ดูแลจะทำหน้าดูแลในเรื่องการซักทำความสะอาดเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังดูแลเท้าโดยการล้างทำความสะอาดเท้าทุกวัน ใส่รองเท้าเมื่อออกนอกบ้านทุกครั้ง ใส่รองเท้าป้องกันพิเศษเมื่อออกไปนอกร้าน ผู้ป่วยอีกรายมีการแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นทุกเช้า เช็ดเท้าให้แห้งทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้ารับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดแผลที่เท้าที่ถูกต้องว่าจะเป็นแผลที่รักษายากและมีโอกาสถูกตัดเท้าได้ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้ว ผู้ป่วยหนึ่งรายมีประสบการณ์การเกิดแผลที่เท้า ได้ทำแผลเองและเคยถูกตัดนิ้วเท้า รู้สึกกลัวไม่ต้องการเป็นแผลที่เท้าอีก ผู้ป่วยตรวจเท้า ล้างเท้าให้สะอาดทุกวัน แต่ปฏิเสธการทาโลชั่นที่เท้า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการตัดหนังเท้าที่หนาและยื่นออกมาทิ้ง โดยให้เหตุผลว่ากลัวไปเกี่ยวผ้าห่มเวลานอนจะทำให้เจ็บมากขึ้นซึ่งขัดต่อหลักของการดูแลเท้า ผู้ป่วยควรทาโลชั่นป้องกันผิวเท้าแตก ไม่ควรตัดหรือดึงหนังเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า (ภาวนา กิริติยศ

วงศ์, 2546) ผู้ป่วยอกรายไม่เคยมีประสบการณ์เป็นแผลที่เท้าแต่มีประสบการณ์เห็นผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดแผลที่เท้าเป็นแผลเรื้อรังหายยากถูกตัดนิ้วเท้าตัดขามาแล้ว ผู้ป่วยรู้สึกกลัวจึงให้ความสำคัญกับการดูแลเท้า ล้างเท้าให้สะอาด ตรวจสอบเท้า ใส่รองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การเรียนรู้การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าภาวะความกลัวการสูญเสียเท้า จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจการดูแลเท้าและยอมรับวิธีการแก้ปัญหาความผิดปกติที่เท้า (นุชพร ดันติวัฒน์ไพศาล, 2545)

2. การมีส่วนร่วมของครอบครัว

2.1 การดูแลด้านอาหาร ผู้ดูแลเป็นผู้จัดหาและปรุงหรือประกอบอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานนอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับคำเตือนจากผู้ดูแลให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานและอาหารมัน ได้รับคำเตือนที่เกิดจากความรัก ความสนใจใส่ใจในตัวผู้ป่วย รวมไปถึงการได้รับกำลังใจจากผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยกลับมามีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วยได้รับการสนใจรับฟังปัญหาจากสมาชิกในครอบครัวมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องมากขึ้น (ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540) ผลการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของญาติในกิจกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองด้านอาหารได้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของตนเองได้ดียิ่งขึ้น (จุฑามาศ ยอดเรื่อน, 2549) มีผู้ดูแลผู้ป่วยหนึ่งรายไม่ทราบว่าผู้ป่วยเบาหวานต้องควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาหารชนิดใดบ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของวณีย์ ปรีชาอนันต์ (2550) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องการได้รับคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการดูแลด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเพราะมีผลโดยตรงกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเนื่องจากต้องการให้อาการป่วยของผู้ป่วยดีขึ้น

2.2 การดูแลด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยผู้ดูแลเป็นผู้จัดหาเครื่องดื่มน้ำ เช่น น้ำเต้าหู้ นมถั่วเหลืองให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำก่อนเดินออกกำลังกายตอนเช้า ผู้ดูแลผู้ป่วยอกรายในอดีตเคยไปร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วยโดยการรำไม้พลอง แต่ปัจจุบันชมรมรำไม้พลองไม่มีแล้วจึงไม่ได้ไปออกกำลังกายอีกแต่ก็มีกิจกรรมทำงานทอผ้ามัดหมี่ด้วยกันทั้งวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ ยอดเรื่อน (2549) พบว่าญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นเตือนและชักชวนให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายและบางส่วนมีการออกกำลังกายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้มีการออกกำลังกายเนื่องจากผู้ดูแลเองเห็นว่าสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่แข็งแรงเหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วย

สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา ฐณน้อม (2549) พบว่าแรงสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวให้มีการออกกำลังกายจะปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อย

2.3 การดูแลด้านการใช้ยา ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา การได้รับปริมาณยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และการที่มีผู้ดูแลคอยเตือนเรื่องการรับประทานยา ก็จะช่วยป้องกันการลืมรับประทานยาเบาหวานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ยอดเรือน (2549) ที่พบว่าผู้ดูแลเป็นผู้คอยกระตุ้นเตือน กำกับ การรับประทานยาและจัดยาให้กับผู้ป่วย

2.4 การดูแลด้านการมาตรวจตามนัด ผู้ดูแลมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานอย่างมาก ในการย้ำเตือนผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด และนอกจากนี้ยังย้ำเตือนเรื่องวิธีการปฏิบัติตัวก่อนมาเจาะเลือดเพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ยอดเรือน (2549) ที่พบว่าผู้ดูแลมีความสนใจถามถึงกำหนดนัดของผู้ป่วยและพาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด

2.5 การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างก็ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การดูแลความสะอาดเสื้อผ้า ที่นอน และการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ด้านการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ผู้ดูแลจะช่วยในเรื่องการเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลทำความสะอาดเท้า และคอยเตือนให้ผู้ป่วยมีความระมัดระวังและใส่รองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน

ผลการศึกษาจากกรณีศึกษาครอบครัวทั้ง 4 ครอบครัว สามารถอภิปรายตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า คือแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่ง ประกอบไปด้วย ปัจจัยการรับรู้เรื่องโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการรักษา แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมคือความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามคำแนะนำและแบบแผนพฤติกรรมใหม่ ประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่รวมถึงการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัญหาและอุปสรรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาที่เกิดจากตัวของผู้ป่วยเองเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัจจัยการรับรู้ที่ถูกต้อง ขอมรับการเป็นโรคเบาหวาน ตระหนักถึงความรุนแรง

ของโรคเบาหวาน รับรู้ถึงประโยชน์ในการดูแลตนเองมากกว่าการรับรู้อุปสรรคที่จะขัดขวางพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยมีปัจจัยร่วมเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วผู้ป่วยมีปัจจัยการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง ขาดความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่สามารถหักห้ามใจตนเองให้ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตตามแบบแผนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ได้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ทั้งนี้ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากภายนอก รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติเป็นแรงสนับสนุนที่ช่วยเสริมความตั้งใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นยอมรับพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนและนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อควรตระหนักถึงก่อนนำผลการศึกษาไปใช้คือ

สถานที่ในการสัมภาษณ์คือที่บ้านของผู้ป่วยเป็นที่นั่งหน้าบ้านขาดความเป็นส่วนตัวเนื่องจากมีเพื่อนบ้านเดินผ่านไปมาตลอดอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าให้ข้อมูลบางอย่างได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการนำไปใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามประเด็นที่ค้นพบดังนี้

1. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ยังไม่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่

1.1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายรับประทานผลไม้ราคาถูกลงตามฤดูกาลเป็นอาหารว่าง พฤติกรรมการทดลองรับประทานอาหารที่ต้องจำกัดหรือควบคุม ไม่สามารถลดปริมาณอาหารที่ชอบลงได้ซึ่งมีรสหวานและพร้อมความรู้เรื่องอาหาร เช่น มีความเข้าใจผิดคิดว่าน้ำอัดลมมีปริมาณน้ำตาลน้อย จึงยังคงดื่มน้ำอัดลม ดังนั้นควรมีการให้ความรู้ผู้ป่วยโดยการจัดโปรแกรมรูปแบบความรู้ที่เน้นรายละเอียดของส่วนประกอบของอาหารที่ผู้ป่วยชอบ โดยเน้นอาหารจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงได้ ทั้งนี้ควรอธิบายส่วนประกอบของอาหาร เช่น อาหารที่มีน้ำตาลมาก อาหารที่มีน้ำตาลน้อย อาหารที่ให้พลังงานสูงและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและพลังงานสูงต่างๆ ได้น้ำอัดลม น้ำหวาน กาแฟกระป๋อง เป็นต้น ร่วมด้วยวิธีการควบคุมอาหารโดยมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

1.2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายได้ความรู้จากแพทย์และพยาบาลแต่เมื่อกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนถูกเพื่อนบ้านชักชวนให้รับประทานอาหารตามที่ถูกผู้ป่วยชอบโดยไม่ต้องคำนึงถึงคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลและหลักการควบคุมอาหารสำหรับโรคเบาหวานอาจทำให้ผู้ป่วย

สังเกตที่จะปฏิบัติดังนี้ควรมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

1.3 ผลการศึกษาพบว่าวัฒนธรรมการช่วยเหลือกันทำงานในชนบทมีการเลี้ยงเครื่องดื่มน้ำที่ใช้น้ำตาลและพลังงานสูง เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน กาแฟกระป๋อง เป็นต้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีการสื่อสารเชิงรุกโดยการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน เช่น วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลอย่างทั่วถึง

1.4 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายพร่องความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ดังนั้นการจัดโปรแกรมให้ความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานควรคำนึงถึงรูปแบบที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เช่น บทบาทสมมุติ ละคร เป็นต้น

1.5 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายต้องการให้โรงพยาบาลมีบริการนำออกกำลังกาย ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในตอนเช้าระหว่างเวลารอแพทย์ตรวจในคลินิกเบาหวาน เช่น ชีกง การบริหารร่างกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น โดยจัดให้มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเป็นผู้นำการออกกำลังกายทุกครั้ง

1.6 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานบางรายไม่ได้ออกกำลังกายและมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายลดน้อยลง เนื่องจากสุขภาพร่างกายอ่อนแอ รู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้นดังนั้นควรมีการให้ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวิถีชีวิตของผู้ป่วย ไม่ยุ่งยาก เช่น การออกกำลังกายแบบชีกง การบริหารร่างกายมณีเวสดำ การใช้ยางยืดมหัศจรรย์ การเดินในช่วงเช้า การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกายของผู้ป่วยแต่ละรายรวมทั้งการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานให้ถูกต้องด้วย

1.7 ควรมีการสนับสนุนให้เกิดชมรมการออกกำลังกายที่หลากหลายในชุมชนเพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งประโยชน์ได้ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายต้องการออกกำลังกายกับชมรมรำไม้พลองเหมือนในอดีตซึ่งปัจจุบันไม่มีชมรมรำไม้พลองแล้ว

1.8 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 4 ราย ที่ศึกษามีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและยาชนิดอื่นในการรักษาเบาหวานในอดีตมาแล้ว หลังจากได้ทดลองใช้ไปสักพักหนึ่งแล้วพบว่าไม่ได้มีผลช่วยในการรักษาโรคเบาหวาน จึงหยุดการใช้สมุนไพรและยาชนิดอื่น ๆ นั้น ดังนั้นควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรต่างๆที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลต่อการรักษาเบาหวานเพื่อป้องกันการใช้สมุนไพรจากการลองผิดลองถูก

1.9 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรับประทานยารักษาเบาหวานครั้งละครั้ง เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคในการแบ่งเม็ดยา เนื่องจากการหักเม็ดยาก่อนข้างยากและอาจได้ยาในปริมาณที่ไม่เท่ากันในแต่ละครั้ง ควรมีการประสานงานกับทางเภสัชกรของโรงพยาบาลในการจัดเตรียมอุปกรณ์ตัดแบ่งเม็ดยาที่ได้มาตรฐานให้กับผู้ป่วย

1.10 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายหนึ่งมีผู้ดูแลเป็นผู้ฉีดยาอินซูลินให้ เมื่อผู้ดูแลไม่อยู่บ้านไม่ได้รับยาฉีดอินซูลินส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดังนั้นจึงควรสร้างระบบการขอความช่วยเหลือในชุมชนให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลเรื่องยาได้ด้วยตนเอง เช่น การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ จิตอาสาในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยการดูแลแบบเจ้าของไข้ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำหน้าที่เป็นที่เล็งนิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน การดำเนินงานและควรมีการจัดสอนผู้ป่วยเบาหวานฉีดยาด้วยตนเอง ทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่มโดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

1.11 ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยารักษาเบาหวานตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด แต่ไม่ได้รับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อยส่งผลให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ตามมาดังนั้นควรมีการสอนโดยเน้นให้ผู้ป่วยสังเกตและเรียนรู้อาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยบางคนไม่ทราบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นดังกล่าว และนอกจากนี้ควรมีการสอนให้ผู้ป่วยติดตามระดับน้ำตาลในเลือดจากผลการตรวจของทีมสุขภาพ หรือโดยการเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เพื่อจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย

1.12 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีช่วงเวลาว่างในระหว่างการรอแพทย์มาตรวจและรู้สึกว่าการอนานดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การให้ความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน อาหารแลกเปลี่ยน กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการบริหารเท้า ตรวจประเมินเท้า กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน เป็นต้นและควรมีการจัดบริการคลินิกเบาหวานในสถานที่ที่เป็นสัดส่วนแยกจากผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจงและไม่รบกวนผู้ป่วยอื่น

1.13 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการดูแลความสะอาดของร่างกายตามปกติและข้อมูลจากการสังเกตพบผู้ป่วยบางรายมีผิวแห้งโดยเฉพาะที่เท้า ดังนั้นควรมีการสอนให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึงตามซอกอับชื้น ได้แก่ ตามรักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบ ต้องเช็ดให้แห้งไม่ให้อับชื้น เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อรา รวมไปถึงในช่วงฤดูหนาวที่ผู้ป่วยบางรายอาจมีผิวแห้งก็ควรทาครีมเพื่อให้ผิวชุ่มชื้น และหากมีการอักเสบของผิวหนังผู้ป่วยควรแจ้งให้แพทย์ทราบทันที

1.14 ผลจากการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมีการดูแลเท้ายังไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการตัดเล็บเท้า ดังนั้นควรมีการให้ความรู้และสาธิตเรื่องการตัดเล็บเท้า ตัดหนังเท้าที่ถูกวิธี และการสอนให้ผู้ป่วยสามารถตรวจประเมินเท้าด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น การตรวจบาดแผลที่เท้า การคลำชีพจรที่เท้า และการทดสอบความรู้สึกที่เท้าทุกวัน รวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทุกรายได้มีรองเท้าที่เหมาะสมใส่ เพื่อช่วยในการเดิน ป้องกันการเกิดแผลที่เท้าจึงเป็นสิ่งที่จะช่วยผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลเท้าได้อย่างถูกต้องต่อไป

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2.1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายการใช้หลักสมดุลพลังงานและทางสายกลางในการควบคุมอาหาร การใช้วิธีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยการเลือกชนิดอาหารที่รับประทานและไม่ขัดต่อหลักการควบคุมอาหารทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติไม่ต้องแยกสำรับกับข้าว รวมทั้งการชี้แจงบอกกล่าวให้บุคคลแวดล้อมทราบถึงความจำเป็นที่ต้องควบคุมอาหารและวิธีการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความร่วมมือและสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการจัดการให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ มีวิธีการควบคุมอาหารที่เหมาะสมมาถ่ายทอดการปฏิบัติตัวของตนให้ผู้ป่วยอื่นได้เรียนรู้เพื่อนำไปปรับใช้กับตนเองต่อไปอีกทั้งยังเป็นการเสริมแรงด้านบวกให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นและมีพลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัว

ข้อเสนอแนะสำหรับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

3.1 ควรให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับชนิดอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงหรือควบคุมจากแพทย์และพยาบาลพร้อมกับผู้ป่วย เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเรื่องอาหารผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเนื่องจากการจัดทำเมนูอาหารสำหรับกับผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหารของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์

3.2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเนื่องจากเห็นว่าสภาพร่างกายผู้ป่วยไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย ดังนั้นควรมีการจัดกลุ่มสอนผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกายและประโยชน์จากการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งสอนให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยแต่ละรายก่อนออกกำลังกาย ก็จะ

เป็นการป้องกันอันตรายและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะที่ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายนอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยอีกด้วย

3.3 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานบางรายให้ข้อมูลว่าบางครั้งผู้ป่วยไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแลจึงไม่รู้จะช่วยผู้ป่วยได้อย่างไร ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันและกิจกรรมเสริมสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน นอกเหนือไปจากกิจกรรมการให้ความรู้ที่เข้าใจง่ายสามารถนำไปปฏิบัติได้ จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจพฤติกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจตนเอง มีพลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ได้อย่างต่อเนื่องตลอดไป

3.4 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลเท้าไม่ถูกต้องผู้ป่วยบางรายไม่มีการบริหารเท้า ไม่ทาโลชั่นที่เท้า และการตรวจประเมินเท้าด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุทำได้ลำบาก ดังนั้นควรมีการจัดสอนผู้ดูแลในการประเมินเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการบริหารเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

FAMILY STUDY: SELF-CARE BEHAVIOR OF THE TYPE 2 DIABETES
KUTSALIN BOONMEE 4937540 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : SUPUNNEE THRAKUL,
M.S. (Public Health), SUPARB AREE-UE, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of Problem

Diabetes Mellitus (DM) is one of the most significant public health problems that affects the population around the world. It has been drastically increasing that needs to be solved since its cause leads to affect the high cost of continuing medical care and treatment after being diagnosed until deceased.

World Health Organization has predicted that health expenditure in developed countries for exclusive diabetes treatment was 8 per cent out of total public health budgets. When the diabetes patients developed complications, the health expenditure has been much more 3 - 5 times. (Anchalee Siripitayakunkit, 2004).

According to the study of DM prevalence situations in Thailand, there were 2.4 million people with diabetes in the year 2000. Fifty per cent of these patients have not known for being DM until diagnosis (Aekplakorn, et al., 2003).

The impacts of diabetes mellitus for the patients to the quality of life are many aspects, i.e., life and health status, value and body image, career and finance, development and life plan in the future. The life style changes for the DM patients cause to get stressed. Hence, the DM patients are unable to control their blood sugar level (Pawana Kiratiyutawong, 2003).

The main goal for the treatment of the diabetes is to facilitate the patients to control their blood sugar in normal range (WHO, 1995; cited in Acharaporn

Boonyuen, 1998). In order to achieve this goal, the collaboration amongst the diabetes patients would be continuing self-care.

According to Wat Singha Hospital medical statistics (2007), the increase of type 2 DM patients in the year 2006 was from 787 cases to 845 cases in the year 2007. For 198 patients were classified into the DM with chronic complications whilst the rest of 647 patients with no chronic complications. In the year 2007, diabetes mellitus at Wat Singha hospital was the second ranked disease out of the top ten of most prevalent diseases whereas cardiovascular disease was the first rank.

Obviously, the situation of type 2 DM tends to be increasing. Moreover, 23.44% of DM patients suffered from chronic complications. DM is a chronic disease which requires good and continuing self-care. Thus, it is an important role of the community health nurse practitioner to support and promote self-care for patients and their families to prevent chronic complications and enable to the individual appropriate care relevant to the problems and their needs which differ in the complexity due to personal and contextual differences, especially family participation.

Thus this family study was necessary in this thematic paper in order to obtain an in-depth information concerning self care behavior of type 2 DM patients in 5 aspects, i.e., dietary control, exercise, medication, regular appointment with the physician, general health care and foot care, including family participation for type 2 DM patients both with and without chronic complications by adapting Health Belief Model as a guideline of study and learning the actual DM patient care experience in the setting.

Objective

To explore self-care behavior and family participation in type 2 diabetes mellitus patients with and without chronic complications

Expected benefits

1. Getting guideline information to develop type 2 diabetes mellitus patient care for health personnel in the setting
2. Having a guideline in family study for other chronic diseases in the setting

Conceptual Framework

Health Belief Model proposed by Becker (1974) was adapted in this study to construct a structured interview to explore self care behavior and family participation in type 2 DM patient care with and without chronic complications in order to gain the findings for developing Type 2 DM patient care guideline in the setting. The Health Belief Model could be detailed as follows;

1. Perceived susceptibility of complication is the belief of any person which affects his health behavior in ill-health condition. Each person has different belief thus they seek for different health care behavior and disease prevention behavior to avoid complication.

2. Perceived severity of complication is the perception of severity of disease. Each person has different scale in severity assessment to the disease according to their stimulus level. The severity of disease is represented by health problem, the consequence of disease which may be disabled or deceased or career impact. When a person perceived the severity of disease, he/she would act by the recommendations and participation in treatment to prevent the severity of disease.

3. Perceived benefit: the perception to the benefit of complication disease prevention and treatment occurred when a person believes that such action is appropriate and leads to recovery from disease or no disease. That person would express his behavior by seeking for appropriate health action and comparing the pros and cons among many selective actions and then act upon it.

4. Perceived barrier: the negative prediction in advance of behavior such as cost or consequences from such behavior, for instance, going to see the health care providers to get the health care services may interrupt activity of daily living, blood sample taking may cause discomfort. Perceived barrier is therefore an important factor to disease prevention behavior and can be used to predict the self-care behavior from treatment recommendations.

5. Motivation: individual emotion and feeling persuaded by cues either internal cues such as acceptance and satisfaction in health care advices or external cues such as warning or advices from beloved person, i.e., parents, spouse, or child and information from media. These cues incorporated with other perceived factors enable cooperation in health behavior.

6. Modifying factors: the fundamental factor which has effect to perception and behavior but is not the factor directly affect to health behavior, the modifying factors include health education for disease knowledge, service gained satisfaction, relationship between patients and health care providers and family participation in health care.

Methodology

The design of this study was the reality of life context of family study phenomenon for type 2 diabetes patients and caregivers living in Watsing–Nongmamong. These informants have seen the physicians in Watsing hospital where the interviewer has been working.

The informants in this study were purposive sampling including 4 families. For 4 patients with type 2 DM, 2 patients; 1 male and 1 female developed chronic complications and the rest; 1 male and 1 female have no chronic complications. There were 4 caregivers, each caregiver for each patient. All informants were voluntary participation in this study.

Data Collection

After getting approval from the research ethic committees of the Faculty of Medicine Ramathibodi hospital, Eight informants were asked for permission by obtaining the informed consent and participation with being given the information details about the purpose, process, risk and benefits, and the protection of human subjects from the study, including audio recording and photographing as well as taking note the observation according to the established observation framework. Each informant has been interviewed by using the structured interview as the instruments on self-care behavior and health belief model for the DM type 2 patients. Non-interaction direct observation was also used. The informant took approximately 30 minutes for data collection in this study. The interview and observation were carried out totally 2 times in 1 week interval apart in weekends or holidays or after working time. Audio recordings were transcribed verbatim. Qualitative content analysis of the transcripts was used to elicit themes in corresponding to the objective of study based on the Health Belief Model to obtain the information concerning self care behavior of type 2 DM patients and to apply the result to construct nursing practice guideline for those in the setting.

Result

According to the family study on self care behavior of type 2 DM patients and family participation, it was found that the DM patients with chronic complications had lack of knowledge concerning the prevention of diabetes complications resulting in inadequate self care behavior, i.e.,

1. Dietary control: The diabetes mellitus type 2 patients with chronic complications could not control diet recommended by the physician and nurse due to knowledge deficit to diet. These patients were unable to reduce their favorite amount of foods. Seasonal variation of sweet fruits encouraged patients to take much more as usual. Hence these patients could not control their foods, especially, the limited or controlled ones. The agriculture work using sharing labor tradition in rural area accompanied with high sugar content beverage such as carbonated drink or canned coffee . In addition, they would be invited to join the neighbor's party and ate what they liked without concerning physician and nurse recommendation for diabetes control.

For the patients without chronic complications from diabetes, were able to follow their self-care behaviors recommended by the physician and nurse. The flexible way to control diet and no strictly involved in food intake was used. These patients could minimize intake of highly sweetened and fatty diets. Appropriate and recommended types and quantity of foods including method of eating have been concerned. In addition they advised the surrounding people on the necessity to control the diet including the controlling method on practice which could gain support and encouragement to continue their diet control behavior. Thus controlling diet for these patients was practicing.

2. Exercise: Diabetes type 2 patients with chronic complications studied have not been exercising and have body movement activity decreased, because of perceived physical weakened, and fatigue. The DM patients without chronic complications had exercise by walking and stretching their muscles every morning, and have body movement activity from earning a living all day.

3. Medication taken: All DM patients in this study had been experiencing of using herbal medicines or other types of medication for the treatment of diabetes. After a trial period, the patients found that those medicines could not help

to control their blood glucose levels. Some patients needed to divide diabetes tablets into two doses prescribed by the physician. Its problem was too difficult to divide into each accurate dose. Hence the amount of diabetes tablets taken might not be enough or be excessive. The samples who needed insulin injection did not dare to inject it by themselves. In addition, the samples strictly took the diabetes medicine as prescribed by physician but did not eat or ate inadequate food which also caused hypoglycemia.

4. Regular appointment with the physician: type 2 DM patients with and without chronic complications regularly visited physicians as appointed. Patients perceived that visiting the physician by appointment enabled them to know their blood sugar level and refilled diabetes tablets or insulin injection as well as receiving advices. In addition, the patients also had an opportunity to participate in exercise activity during waiting to see the physician. However, all 4 patients had the common problem in long time waiting and had no seat to sit during waiting for physician.

5. General health care and foot care:

General health care: All 4 type 2 DM patients had clean personal hygiene by taking a bath and wiping their body dry by a towel as usual. There has not been any abnormality such as fungus infection, dry and rash skin, vaginal itching, or abscess found among the patients studied.

Foot care: Type 2 DM patients with chronic complications who had been experiencing with foot wound and had toe amputation, and patients without chronic complications had appropriate foot care, i.e., cleaning feet, wiping their feet to be clean and dry, taking care of their feet to prevent foot wound, wearing shoes all time when going outside, and also wearing special shoes when going to work in the rice field. For the patients with chronic complications, they also had foot overlapped skin but rejected to apply lotion on their feet. In addition, the DM patients who saw the other patients with foot wound and had toe amputation were afraid of getting foot ulcer. So they had to take care of their feet very well.

Family participation

1. Care of Dietary control: Some caregivers managed the dietary control for DM patients by choosing foods and avoided high fat diet and sweetened dessert and thought that these foods could affect the patients' blood glucose level.

2. Care of exercise: Type 2 DM patients with chronic complications were not encouraged to exercise from their family members as the caregivers due to their thoughts of the patients' health status to be ill and easily fatigue.

3. Care of Medication taken: Most type 2 DM patients were supported for absolutely taken doses of medication from their caregivers according to the physician's prescription.

4. Care of regular appointment with the physician: Type 2 DM patients with and without chronic complications were greatly supported by their family members as the caregivers in repetition and warning to have the regular appointment with the physician and also preparation for fasting before having blood sugar level measurement.

5. General health care and foot care: Type 2 DM patients with and without chronic complications were supported from their family members in general health care such as clothing care, mattress care, and observation of symptoms or adverse events. For foot care, both groups of DM patients with and without complications were supported from caregivers in preparing foot cleaning stuff and warning to take care of their feet and wear appropriate shoes when going outside.

Recommendations and opinions from DM and caregivers studied

1. Recommendations from type 2 DM patients and caregivers studied:-

1.1 Need health education every time for DM knowledge and self care after being diagnosed when follow up in DM clinic

1.2 Need time from the health care team to explain self care practices, give useful advices, have a chance for inquiry about their problems, and evaluate whether the patients understand correctly or not

1.3 Need to have the health care personnel to be the leader for exercise every time while waiting for follow up at the DM clinic

1.4 Need to have the legible pamphlets or leaflet for DM self care to bring back home for study more details since the patients sometimes are unable to remember all advices from health care team .

1.5 Need to have the places for exercise in their community

1.6 Need to have the health care team to make home visits and give advices in details

1.7 Need to have caregivers to be trained for DM knowledge and care.

1.8 Need to take time less for waiting in follow up at the DM clinic

1.9 Need to have follow up with the physician in the DM clinic

1.10 Need to have good manner from all health care personnel in health services

1.11 Need the hospital to provide the places for recreation while waiting for the result of blood glucose level and seeing the physician

2. Opinions from Type 2 DM patients and caregivers

2.1 Self care in dietary control should be based on the appropriate way. If strict way, it may cause the DM patients get bored and desperate which adversely affect blood sugar control.

2.2 Self care in exercise should be selected the suitable type for patients' physical condition and convenient to do.

Discussion

1. Self care behavior of type 2 DM patients both with and without chronic complications

1.1 Dietary control: According to the result of study, type2 diabetes patients who did not have complication carried out their dietary control according to physician and nurse advice which accounted for type and amount of food and avoiding sweeten and fatty food. In addition, they had appropriate eating which complied with diabetes dietary control principle, i.e., control but not fasting or limiting the food. The appropriate dietary for diabetes patients concerned controlling the amount of carbohydrate and fat in order to control blood sugar level appropriately which therefore prevent and delay the complication (Suthin Sriasadaporn and Wannee Nithiyanan, 2005). However, too long period of strict dietary control for more than 10 years would make the patient desperate and bored. In addition, the neighbor invited

patients to the party and having favorite but prohibited food according to dietary control principle. These could interrupt patient's dietary control. However, patients discussed this problem with caregiver and got the advice full of love and care to sustain proper dietary control. This finding was in accordance with Janya Tanyanom (2006) who stated that the family support had significantly relationship with the dietary control of type 2 diabetes female patient which the good and continuous family support enable patient to cope with situation and accomplish stress management thus the physical and psychological illness reduced. In the case of type 2 diabetes patients who had chronic complication and had own style dietary control since the patient was a highly self-confidence person and had large amount eating behavior in the past since the patients worked very hard. So the patient some time chose to fast and sometimes could not reduced favorite but prohibited food. These behaviors violated good dietary control principles since fasting would eventually ended up with increasing amount of food on the next meal which result rapid change of blood sugar level. Type 2 diabetes patient should have the same amount of food every day in order to control the blood sugar level as steady as possible. In addition, diabetes patient should concern the type of food in order to get appropriate and balance nutrition (Withaya Sridama, 2002). This finding was also in accordance with Suthinan Nampetch (1999) who studied the diabetes patient's behavior and found that dietary control was the most difficult behavior to practice. A patients reduced the amount of dietary intake which was not the correct dietary control since some kind of food could be eaten without limit such as green leaf vegetables since it contained low calories and high fiber (Wittaya Sridama, 2002). Likewise, the study on self care behavior of diabetes patients also revealed that most diabetes patient thought that dietary control was to reduce the amount of dietary intake in each meal which was not correct. Appropriate dietary control was to reduce the inappropriate food and have appropriate food which some food such as green leaf vegetable could be eaten without limit (Kejuree Phankhean, 2006; Janya Thannom, 2006). In addition, diabetes patient preferred a lot of sweet fruit such as sweet orange which was a wrong behavior since the blood sugar level rapidly increased. Patient should concerned the nutrition ratio of food and energy intake in appropriate with their physical condition (Suthin Sriasadaporn and Wannee Nithiyanun, 2005)

1.2 Exercise: The result of this study revealed that type 2 DM patients without chronic complications practiced exercise by walking and muscle stretching every morning. The DM patients performed almost daily physical activity such as traditional cloth weaving, grass mowing, or tree planting. Regularly appropriate exercise was very healthful for DM patients since it could help reduce blood sugar level, increase carbohydrate metabolism, and activate the tissue to insulin sensitivity so the cell could be able to metabolize more glucose which decreases blood sugar level and enhances long-term optimum blood sugar level (Theptarin health care team, 2003).

For type 2 DM patients with chronic complications, did not practice regular exercise and could not have physical activity due to their weakening health status and increasing fatigue. This finding was in accordance with Wethaka Klinwichit, Pisit Piriyaphan, Walada Laokobkul, Nalin Mongkolsri, Wallapa Puangkham and Picharana Sriwajana (2003) who found that the type 2 DM patients with chronic complications practiced their exercise behavior lesser than the patient without chronic complications due to their physical condition and chronic diseases and complications which limited their exercise behavior

1.3 Medication taken: According to the study, type 2 DM patient without chronic complication had punctual and correct medicine taking behavior as prescribed by physician. They never adjust the dosing size by themselves since they were afraid that it would not be effective and even would be harmful, which was a correct behavior (Wittay Sridama, 2003). The type 2 DM patient with severe complication who also had punctual and correct medicine taking behavior had reduced dietary intake or fasting behavior which caused hypoglycemia, i.e., palpitation, sweat, and unconscious, which was an acute complication. This finding was in accordance with Wethaka Klinwichit et al. (2003) who studied the medication behavior of type 2 DM patient and found that most patients, despite experiencing hypoglycemia still kept on taking medicine strictly as prescribed by physician. In addition, type 2 DM patient with chronic complication who required insulin injection did not dare to inject it by self and had caregiver or public health staff inject it for him/her. Likewise, Walla Tantaothai (1997) studied the self care behavior development of insulin dependent DM patient and found that some patient did not dare to inject insulin by themselves

and waited for caregiver to it. However, if caregiver was not around, patient did not get the insulin which caused hyperglycemia. The patient both with and without severe complication used to try traditional medicine, i.e. local herb medicine but when they found that it could not cure the DM and also caused higher blood sugar level, they stopped using it which was in accordance with Nusara Nimnoi (1999) who found that most Type 2 DM patient used to try traditional herb medicine and direct sell supplementary medicine since they believed that it could help reduce their blood sugar level.

1.4 Regular appointment with the physician: The DM patients had regular visit to the physician because they perceive benefit about going for their follow-up, such as, to know blood sugar level, received medicines, got health education and advice from physician. The study of Juthamat Yodruen (2006) found that most people perceived the importance of regular visiting the physician as appoint since the had medical check up and got the medicine to control diabetes.

1.5 General health care and foot care: Type 2 DM patient both with and without chronic complication regularly took care of their general health and personal hygiene, i.e., took daily shower and wipe dry. They had general health care support from caregiver and family members, e.g., laundry. Patient without chronic complication carried out their foot care by cleaning their feet every day, wearing shoes when walking outside the house, and wearing special shoes when working in rice field. The other patient submersed their feet in warm water bath every morning then wiped it dry since the patient perceived the severity of foot ulcer which could lead to amputation. One patient with chronic complication experienced foot ulcer, used to dress one's own ulcer and used to had toe amputation was afraid of getting foot ulcer so the patient perform examination and foot cleaning every day but denied to apply lotion on the foot. This patient cut the foot bunions, corn, and calluses by self with the reasoning that the patient was afraid of stuck with blanket during sleeping which cause high pain which did not correct according to foot care principle. In fact, the patient should apply lotion on foot especially heel and should not cut the bunions, corns and calluses in order to prevent foot ulcer (Pawana Kiratiyuttawong, 2003). The other patient did not have foot ulcer experience but had the experience in witness the other patient with chronic foot ulcer until had toe or leg amputation. So this patient was

afraid of foot ulcer and gave highly importance to foot care, i.e., foot cleaning, foot examination, and wearing shoes outside the house. This finding was in accordance with a study of foot care learning experience of diabetic patient which found that afraid of foot amputation was a motivator of type 2 diabetes patient to do foot care intensively and accept the method of foot irregularity problem solving (Nutchaporn Tantiwatanapaisan, 2003).

2. Family Participation

2.1 dietary control:

Caregivers provided the ingredient and cooked for patient. In addition, caregivers also recommended and encouraged the patient to avoid sweet and fatty food with love and care. As a result, patient could practice appropriate dietary control. Similarly, the study on family supporting factors on self care behavior of DM patient which reported that if family member paid attention in listening to patient's complaint, patient then had more appropriate self-care behavior (Piyaphan Tienthong, 1997). A study on participation of relative in dietary control of patient revealed that relative could encourage patient to adapt their dietary control behavior more appropriately with their illness status (Juthamat Yodruen, 2006). This finding was also align with Wanee Prechaanan (2007) who found that DM patient caregiver also required patient's care counseling especially dietary care since it was directly related to blood sugar level and it could improve the patient health status.

2.2 Exercise: Patient got family support by caregiver provided healthy beverage such as soya milk for drinking before starting morning exercise. The other caregiver used to accompanied with patient to do long stick stretching exercise. The long stick stretching exercise was not available anymore but weaving traditional cloth (Mudmee) also become the other way of exercise. This finding was in accordance with Jutamas Yodruen (2006) who found that relative played important role in motivating and convincing patient to went exercise and some caregiver exercised with patient. Type 2 DM patient with chronic complication did not get support from family to go exercise since the caregiver viewed the patient as weak and easily fatigue which was in accordance with Janya Thannom who found that family encouragement was related to exercise behavior of DM patient. Patient who did not get family support to go exercised tended to exercise rarely.

2.3 Medication: The caregivers were concerned about the diabetes tablets that the patients needed to take exactly doses and time. The study of Juthamat Yodruan (2006) stated that the caregivers encouragingly reminded and gave the support the DM patients to take medicines and prepared the medicines.

2.4 Care of regular appointment with the physician: Caregivers played important role in assist the patient to visit physician as appointed and took care of patient in preparation for taking blood samples for blood examination. Previous study showed that caregivers asked for which date that the patients would be seen by the physician. The caregivers also went to hospital with the DM patients for follow up (Juthamat Yodruan, 2006).

2.5 General health care and foot care: The DM patients were supported from the caregivers for general health care and foot care such as cloth laundry, visual symptom examination. For foot care, caregivers prepared equipment for foot cleaning and reminded the patient to wear shoes every time walking outside the house.

The result from 4 family cases studied could be discussed according to Health Belief Model (Becker, 1974) conceptual framework. The factors related to self care behavior of type 2 DM patients both with and without chronic complications comprised of 5 aspects, i.e., dietary control, medication taken, regular appointment with the physician, general health care and foot care. The health belief model comprised of the following concepts; perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barrier, cues to action and modifying factors which is the feasibility to practice new behavior, self care experience, service satisfaction, health care personnel-client relationship including caregiver contribution.

The problems and barriers on self care behavior of type 2 DM patients mostly occurred from individual factors. The type 2 DM patients without chronic complication usually had correct perception on their DM patient status, perception of accurate severity on DM, perceived more self care benefit than barrier of self care and facilitated by modifying factors to sustain their self care behavior. On the other hand, type 2 DM patients with chronic complication had incorrect susceptibility perception especially on the lack of perception on susceptibility to get complication, in addition the patients could not control themselves to sustain their correct self care behavior so that they did their inappropriate behavior which required high level of external

modifying factors including the contribution of caregivers/family members encouraging the patients to change behavior. So this would lead to appropriately sustainable self care behavior.

Limitation of this study

The limitation of this study was:

The interview was carried out in front of patients' houses which were not private place and many neighbors walked by which patients might not give some information they were afraid of being heard by the neighbor.

Recommendation and outcome implementation

The recommendation for DM patient care nurse and community practice nurse which involving in health behavior promotion for type 2 DM patient were as follows;

1. Incorrect health behavior of type 2 DM patient were as

1.1 According to the study, some patient still had a lot of sweet fruit as a supper, controlled food trial behavior, unable to reduce favorite but prohibited food , and lack for nutrition knowledge, i.e., thought that carbonated drink contained low sugar so they kept on drinking it. Education support to patients should be provided by focus on the food that patient could prepared by themselves and focus on nutrition and ingredient detail, for instance, the food with high sugar contents, the high energy food, and high sugar and energy drink such as carbonated drink and canned coffee.

1.2 The result of study revealed that some patients were educated by physician and nurse but were seduced by favorite food but adversely affect to blood sugar level offered by their neighbors and they finally ignored the physician and nurse recommendation. The patient may hesitate to comply with dietary control principle so house visit should be carried out continuously to identify the problem and promote appropriate and continuous self care.

1.3 The result of study revealed that the labor sharing tradition in rural area often serve carbonated drink, sweet drink, and canned coffee for compliment. Community nurse should proactively communicate with people in various community media such as community radio, Village audio broadcasting to educate the people.

1.4 The result of study showed that some patients lacked of knowledge in Diabetes Mellitus and its complication especially chronic complication. Thus the Diabetes Mellitus program should be in easy to understand format such as role plays.

1.5 The study revealed that some patients required the hospital to organize exercise activity during waiting for physician examination, for instance, Chigong, muscle stretching led by health care personnel.

1.6 Some DM patient did not exercise regularly and had little body movement activity since they were weak and easily fatigued. Thus exercise knowledge in appropriate with patient's physical condition and lifestyle should be provided such as Chigong, Menevedha, flexible exercise with elastic band, morning walk, and muscle stretching. Physical limitation of each patient should be taken into account as well as discuss with patient and caregiver to make understanding in effective exercise for DM patient

1.7 Support the sport club establishing in community to be the beneficial resources which patient could access. The study revealed that some patients still wanted to join long stick stretching exercise club which had been terminated.

1.8 The result of study revealed that 4 case study patients used to use herb and non-conventional medicine drug in the past. However, after using it for a while, they stopped using it since these drugs were not effective. There should be education support on the effective DM treatment herb to prevent herb and traditional medicine trial and error behavior.

1.9 The result of study revealed that patients who had to take half tablet of drug had problem in dividing the tablet since it is difficult to divide and may had uneven tablet in each time. So, nurse should coordinate with pharmacist to provide standard tablet divide altogether with the drug.

1.10 A patient had caregiver injected insulin. When caregiver was not at home, the patient could not inject the insulin thus the blood sugar level went high. Thus, medication helping club should be established in community for patient who could not administrate the medication by themselves, for instance, develop the potential of public health volunteer or community volunteer to be able to contribute in patient care as reserve caregiver supervised and coached by community nurse. The insulin injection skill should be trained to patients to be able to inject it by self, both

in group or individual training. Individual difference should be considered and applied in training in order to build up patient self confidence in administering insulin injection by themselves.

1.11 Most patients had strict medication behavior as prescribed by physician but did not eat in some meal or ate in reduced amount which led to hypoglycemia. Thus there should be education support teaching patient to monitor the symptom such as hypoglycemia and hyperglycemia. Since some patients did not know the cause of symptom. In addition, the patient should be taught on the monitoring of blood sugar level and able to do self-blood sugar assessment in order to promote appropriate medication behavior matching with patient's physiological condition.

1.12 Patients felt that they had to wait for physician examination for a long time. Thus, there the self-care behavior promotion activities should be arranged during waiting time such as food for DM patient, exercise, foot exercise, foot examination, knowledge and experience exchange among DM patient. The DM clinic should be administered in isolated area from the other patients in order to be able to arrange specific education activity without disturbing other patient.

1.13 Some patients had dry foot skin. Patient should be taught to clean their body thoroughly especially in confined and moist area such as arm pit, groin, and breast pit then wipe it dry to prevent fungi infection. In winter time patients should apply lotion to keep skin soft and moist. If the inflammation of skin occurred, patients need to report to physician immediately.

1.14 Patients still had incorrect foot care especially toe nail cut. Thus education support on foot care especially correct toe nail cut and foot skin cut should be provided. In addition, the patient should be trained on regular foot examination such as foot ulcer examination, foot pulse palpation, and foot sensory examination. Appropriate shoes should be provided for every patient to facilitate walking and prevent foot ulcer. These could enable patients to have correct foot care.

2. Patient self-care behavior which should be promoted to practice continuously

Some patient adopted energy balance and optimized dietary control. Eating appropriate food and selecting the food which did not violate the dietary control principle could enable patients to join the dining table with family. Patients also

advised the surrounding people on the necessity to do dietary control and the method currently practicing which resulting in getting participation and encouragement from them. Thus, there should be experience and knowledge shared learning session among DM patients especially among the patient who were able to perform effective dietary control in order to acquire the lesson learned which other patients could learn and apply. In addition it will be positive reinforcement to patients confidence to continue their self care.

3. Family participation

Recommendation for caregiver and family to promote self care behavior of patient

3.1 Caregiver should get the information concerning controlled and limited food from physician or nurse altogether with patients in order to enable caregivers to arrange appropriate food for patient. The DM patient food menu was also effective in promoting self care behavior in terms of dietary control appropriately.

3.2 Caregiver did not encourage patient to exercise since they thought that the patient was weak and incapable to exercise. Thus training group should be organized to provide correct knowledge and understanding concerning exercise and benefit of exercise. In addition, caregivers should be taught on assessing patient's physical condition before exercise in order to prevent accident or injury from exercise in order to improve confidence of patient and caregiver to exercise.

3.3 Some caregivers said that the patients sometimes rejected the caregiver's advice so they could not find the right way to help patient. Thus, there should be the share learning session between patients and caregiver including building confidence in caregiver's potential to take care of patient including education activity which is easy to learn. These activities would help caregiver to understand patient's behavior and encouraged to take good care of DM patient continuously and sustainably.

3.4 According to the study, patient had incorrect foot care, some patient did not do foot exercise, did not apply lotion on foot. Foot examination is difficult for elderly so, there should be foot examination training for caregiver to prevent foot ulcer and to exercise the foot for DM patients.

เอกสารอ้างอิง

- เกตุริย์ พันธุ์เขียน. (2549). พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- งานเวชสถิติ โรงพยาบาลวัดสิงห์. (2550). รายงาน 10 อันดับโรค. (อัคราณา).
- งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลวัดสิงห์. (2549). รายงานการสำรวจพฤติกรรมการใช้โภชนาการและการออกกำลังกาย ปี 2549. (อัคราณา).
- จรรยา รัตนอม. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลเวียงยอง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์หา บริสุทธิ. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540).ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- จุฑามาศ ขอดเรือน. (2549). การมีส่วนร่วมของญาติในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- ณัฐกาญจน์ วิสุทธิธรรม. (2542). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เดชา เจริญมิตร, วิมลจันทร์ นาคจันทิก, สมใจ อินทรทรัพย์ และชนิษฐา นาคเกิด. (2545). การประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการสอนสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ศูนย์วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา. (รายงานวิจัย).

ทีมงานเทพารินทร์. (2546). *ปณิธานอาจารย์เทพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: มิตรนราการพิมพ์.

เทพ หิมะทองคำ. (2545). *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์.

ทวีวรรณ กิ่งโลกกรวด. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชิตี สันบุญ และวราภณ วงศ์ถาวราวัฒน์. (2549). *การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงนุช โพธิ์สุข. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

นุชพร ดันติวัฒน์ไพศาล. (2545). *ประสบการณ์การเรียนรู้การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต(สาขาวิชาเทคโนโลยีทางการศึกษา), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

นุสรานี นิ่มน้อย. (2542). *พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยะพรรณ เทียนทอง. (2540). *ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. วารสารวิทยาลัยคริสเตียน. 9(2), 119-128.

พันธิตรี มะลิสวรรณ. (2548). *เบาหวาน รู้ทัน ป้องกันได้*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อิมเมจิมีเดีย.

ไพบุณย์ จาตุรปัญญา. (2547). *เบาหวานกับการรักษาตนเอง*. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์รวมธรรม.

ภาวนา กิริติยวงศ์. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: พี.เพรส.

ภาวนา กิริติยวงศ์, สุวรรณี มหาากายนันท์, นิภาวรรณ สามารถกิจ, คาร์สันี โพธารส, และวัลดา เล้ากอบกุล. (2542). *การศึกษาข้อมูลทางคลินิก ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลตนเองและคุณภาพบริการ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ*

- มหาวิทยาลัยบูรพา. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. (รายงานวิจัย).
มนต์ธิดา ไชยแขวง. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน .
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตมหาบัณฑิต (สุขศึกษา), บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับ
ปรับปรุงใหม่). กรุงเทพมหานคร: หจก.วี เจ พรินติ้ง.
- วิทยา ศรีดามา. (2545). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เวชกา กลิ่นวิจิต, พิสิษฐ์ พิริยาพรณ, วัลดา เล้ากอบกุล, นลิน มงคลศรี, วัลภา พ่วงขำ และพิจารณา
ศรีวาจนะ. (2546). การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ของ
ผู้ป่วย เบาหวานระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับบริการตรวจรักษาที่
ศูนย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. ศูนย์
วิทยาศาสตร์ สุขภาพร่วมกับภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
(แผนงานวิจัย รูปแบบการจัดการโรคเบาหวานผสมผสาน โครงการวิจัยย่อยที่ 5)
- วัลลา ดันตโยทัย. (2540). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่ง
อินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร ปาระมะ. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาล จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิต
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต แซ่จิ่ง. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการ
รักษาศึกษาในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิต
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สมใจ แซ่เตีย. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาท
ตาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุทธินันท์ น้ำเพชร. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: ศึกษากรณีจังหวัด
เพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนา

บริหารศาสตร์.

สุทิน ศรีอัยญาพร และวรรณ นิธิยานันท์. (2548). โรคเบาหวาน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุนีย์ ละกำป็น, ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, จิตติมา ชำรงพันธ์, และ จันทนา นนทิก. (2547). การใช้โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการให้ความรู้เรื่อง Thalassemia แก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 48(11), 723 – 735.

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รายงานผู้ป่วยโรคเบาหวาน 48 จังหวัด. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2551, จาก <http://ncd.ddc.moph.go.th/ncd/20web1/Cncd/data/bureau/table02.xls>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). สถานการณ์เบาหวานในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2551, จาก http://www.epid.moph.go.th/weekly/w_2548/wk48_47_3pdf

สัมมนา มูลสาร และสุกัญญา ศรีสง่า. (2550). ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดปฐมภูมิ. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 17(2), 128 – 138.

อจรรพร บุญยี่. (2541). ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. (2547). วิเคราะห์สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยรอบ 10 ปี. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2551, จาก http://www.rebirth.th.gs/web-r/ebirth/newb_html

Aekplakorn, W., Stolk, R. P., Neal, B., Suriyawongpaisal, P., Chongsuvivatwong, V., Cheepudomwit, S., et al. (2003). The prevalence and management of diabetes in Thai adults. *Diabetes Care*, 26 (10), 2758-2763.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. In M.H. Becker (Ed.). *The health belief model and personal health behavior* (pp. 82-92). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Chetthakul, T., Deerochanawong, C., Suwanwalaikorn, S., Kosachunhanun, N., Ngarmukos, C.,

- Rawdaree, P., et al. (2006). Thailand diabetes registry project: prevalence of diabetic retinopathy and associated factors in type 2 diabetes mellitus. *Journal Medicine Association Thai*, 89(Supp.1), S27-36.
- Finney, L. J., & Iannotti, R. J. (2001). The impact of family history of breast cancer on women's health beliefs, salience of breast cancer family history, and degree of involvement in breast cancer issues. *Women & Health*, 33(3/4), 15-28.
- Harrison, J. A., Muller, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of the health belief model with adults. *Health Education Research*, 7(1), 107-116.
- Hazavehei, S. M., Taghdisi, M. H., & Saidi, M. (2007). Application of the health belief model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. *Education for Health*, 20(1), 23 (online). Retrieved March 18, 2008, from <http://www.educationforhealth.net/published>
- Jiamjarasrangi, W., & Aekplakorn, W. (2005). Incidence and predictors of type 2 diabetes among professional and office workers in Bangkok, Thailand. *Journal Medicine Association Thai*, 88(12), หน้า 1896-904.
- Koo, M. O. & Lee, E. O. (1990). Health belief model and sick role behavior in Korean chronic ill patients. *Korean Nurse*, 29(3), 49-63.
- National Diabetes Information Cliringhouse. (2007). *National Diabetes Statistics*. Retrieved July 13, 2008, from National Diabetes Information Cliringhouse Web site <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtm/mm5235a1.htm>.
- Santos, K. G., Tschiedel, B., Schneider, J. R., Souto, K. E. P., & Roisenberg, I. (2005). Prevalence of retinopathy in Caucasian type 2 diabetic patients from the South of Brazil and relationship with clinical and metabolic factors. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38(2), 221-225.
- Sharifirad, G. H., Hazavehi, M. M, Baghianimoghadam, M. H., & Mohebi, S. (2007). The effect of a health belief model based education program for foot care in diabetes patients type 2 in Kermanshan, Iran (2005). *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 5 (2), 82-90.
- Stratton, I. M., Kohner, E. M., Aldington, S. J., Turner, R. C., Holman, R. R., Manley, S. E., et al.

- (2001). UKPDS 50: risk factors for incidence and progression of retinopathy in type II diabetes over 6 years from diagnosis. *Diabetologia*, 44(2), 156-63.
- Tan, M. Y. (2004). The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes research and clinical practice*, 66(1), 71-77.
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., et al. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England Journal of Medicine*, 344(18), 1343-1350.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global Prevalence of Diabetes Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.



ภาคผนวก ก

แนวการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

- เพศ
- อายุ (ปี)
- สถานภาพสมรส
- การศึกษา
- อาชีพ
- ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน
- ประวัติการรักษาเบาหวานที่ผ่านมา
- จำนวนบุตร
- จำนวนสมาชิกในครอบครัว
- ลักษณะของครอบครัวที่ท่านอาศัยอยู่(เดี่ยว/ขยาย)
- ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัว
- สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2: ความเชื่อด้านสุขภาพ

2.1 การรับรู้เรื่องโรค (ความรู้สึกรู้สึก, อาการ, ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว, ความเชื่อมั่นในการวินิจฉัย)

- ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อแพทย์บอกว่าท่านป่วยเป็นโรคเบาหวาน
- ท่านคิดอย่างไรเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยของแพทย์
- ใครเป็นผู้แนะนำให้ท่านมาตรวจรักษาและอาการขณะที่มาตรวจเป็นอย่างไร
- ญาติใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวมีใครป่วยเป็นเบาหวานบ้าง
- ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านเป็นโรคเบาหวาน

2.2 การรับรู้ในเรื่องความรุนแรงของโรค (ภาวะแทรกซ้อน, อาการของโรคที่เป็นอยู่ในขณะนี้, การประเมินตนเองต่อโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน)

- ท่านคิดว่าการที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดผลอย่างไร
- ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานหรือไม่ อย่างไร

- ท่านคิดว่าจะมีวิธีในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคแทรกซ้อนของเบาหวานอย่างไร

2.3 การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษาและปัญหาอุปสรรคต่อการรักษา (คำแนะนำ, สื่อด้านสุขภาพ, ประโยชน์, อุปสรรค)

- ท่านคิดว่าถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลจะได้ประโยชน์อย่างไรและหากไม่ปฏิบัติตามจะเกิดผลอย่างไร

- ท่านมีปัญหาในด้านการเดินทางมารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษารวมทั้งปัญหาอื่นๆ เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของท่านหรือไม่อย่างไร

- นอกจากนี้ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องเบาหวานจากสื่อสุขภาพด้านใดอีกบ้างหรือไม่อย่างไร

2.4 แรงจูงใจให้เกิดการดูแลตนเอง (อาการป่วย, คำแนะนำ /บอก/ตักเตือนของบุคคลอันเป็นที่รัก, ข่าวสารความรู้)

- มีเหตุจูงใจอะไรที่ทำให้ท่านต้องการดูแลตนเองหรือไม่ต้องการดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

2.5 ปัจจัยร่วม (กลุ่มเพื่อนอ้างอิง, ค่านิยม, ความรู้เรื่องโรค, ประสบการณ์ดูแลตนเองที่ผ่านมา)

- อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน สังคม มีผลกับการดูแลตนเองของท่านหรือไม่อย่างไร
- ประสบการณ์การดูแลตนเองของท่านที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

ส่วนที่ 3: พฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.1 การควบคุมอาหาร (อาหารที่ชอบ, อาหารที่รับประทานประจำ, ผู้ทำอาหาร, วิธีการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสม, ผลต่อสมาชิกในครอบครัว, งานสังคม งานเลี้ยง)

- ท่านดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหารอย่างไร
- การควบคุมอาหารของท่านมีผลต่อสมาชิกในครอบครัวหรือไม่ อย่างไร
- ท่านมีโอกาสไปงานเลี้ยงบ้างหรือไม่ และท่านมีวิธีการควบคุมอาหารเมื่อไปงานเลี้ยงอย่างไร

3.2 การออกกำลังกาย (วิธีการออกกำลังกาย, ชนิดของการออกกำลังกาย, การปฏิบัติตัวก่อน-หลังการออกกำลังกาย, อุปสรรค, การสังเกตอาการผิดปกติ)

- วิธีการออกกำลังกายและประสบการณ์ออกกำลังกายที่ผ่านมาของท่านเป็นอย่างไร
- ท่านคิดว่าการออกกำลังกายทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายหรือก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อท่านอย่างไร

3.3 การใช้ยา (ความสม่ำเสมอของการใช้ยา, การใช้ยาชนิดอื่น เช่น สมุนไพร ยาสมุนไพรเป็นต้น, การปรับขนาดยาเอง, ปัญหา/อุปสรรคในการรับประทานยา)

- การปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยาของท่านเป็นอย่างไร
- ท่านเคยปรับขนาดยาเบาหวานเองหรือไม่ อะไรเป็นสาเหตุให้ท่านเลือกปฏิบัติอย่างนั้น
- ท่านเคยใช้ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน เพื่อรักษาเบาหวานหรือไม่ และอะไรคือเหตุผลที่ทำให้ท่านใช้หรือไม่ใช้

3.4 การมาตรวจตามนัด (ความสม่ำเสมอของการมาตรวจตามนัด, ประโยชน์, ปัญหา/อุปสรรค)

- ท่านคิดว่าการไปรับการตรวจตามนัดมีประโยชน์หรือสร้างความยุ่งยากให้กับท่านอย่างไร

3.5 การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปและการดูแลเท้า (วิธีการดูแล, เหตุผลที่ต้องดูแล, ประโยชน์, ปัญหา/อุปสรรค)

- ท่านมีวิธีการดูแลสุขภาพร่างกายของท่านและดูแลเท้าอย่างไร
- อะไรเป็นเหตุผลที่ทำให้ท่านต้องดูแลสุขภาพตนเองและดูแลเท้า

ภาคผนวก ข

แนวการสัมภาษณ์ผู้ดูแล

ส่วนที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

- เพศ
- อายุ (ปี)
- สถานภาพสมรส
- การศึกษา
- อาชีพ
- ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ทำการศึกษา(ปี)
- ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 2: ความเชื่อด้านสุขภาพ

2.1 การรับรู้เรื่องโรค (ความรู้สึกเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเป็นเบาหวาน, ความรู้เกี่ยวกับการหายขาดของโรค)

- เมื่อรับทราบว่าผู้ป่วยเป็นเบาหวานท่านรู้สึกอย่างไร
- เบาหวานในความคิดของท่านคืออะไร

2.2 การรับรู้ในเรื่องความรุนแรงของโรค (ภาวะแทรกซ้อนของโรค, วิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน)

- ท่านคิดว่าหากผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ๆ จะส่งผลให้เกิดอะไร
- ท่านคิดว่าตนเองจะมีวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานอย่างไร

2.3 การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษาและปัญหา/อุปสรรคต่อการรักษา (คำแนะนำ, สื่อทางด้านสุขภาพ, อุปสรรค, ประโยชน์)

- ท่านคิดว่าถ้าท่านได้ดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลจะเกิดประโยชน์อย่างไรและถ้าท่านไม่ดูแลผู้ป่วยจะเกิดผลอย่างไร

- ท่านมีปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

2.4 แรงจูงใจให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (อาการของผู้ป่วย, ข่าวสารความรู้)

- เหตุจูงใจอะไรที่ทำให้ท่านทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2.5 ปัจจัยร่วม (กลุ่มเพื่อนอ้างอิง, ค่านิยม, ความรู้เรื่องโรค, ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย)

- อิทธิพลของสังคม เพื่อนบ้าน มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของท่านหรือไม่ อย่างไร
- ท่านคิดว่าอะไรที่จะมีส่วนช่วยทำให้ท่านดูแลผู้ป่วยได้ดีหรือไม่ดี

ส่วนที่ 3: พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3.1 ด้านอาหาร (แนะนำ/ตักเตือน, เลือกซื้อ/ทำอาหาร)

- ท่านมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการควบคุมอาหาร หรือไม่ อย่างไร

3.2 ด้านการออกกำลังกาย (แนะนำ/ตักเตือน, สังเกตอาการผิดปกติ, การให้กำลังใจ)

- ท่านมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยในเรื่องการออกกำลังกายหรือไม่ อย่างไร

3.3 ด้านการใช้ยา (แนะนำ/เตือน, ดูแลให้กินยา/ฉีดยา, การสังเกตอาการผิดปกติ)

- ท่านมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยในเรื่องการใช้ยาหรือไม่ อย่างไร

3.4 ด้านการมาตรวจตามนัด (เตือน/การพามาตรวจตามนัด)

- ท่านมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยในเรื่องการไปรับการตรวจตามนัดหรือไม่ อย่างไร

3.5 ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า (แนะนำ/เตือน, การสังเกตอาการผิดปกติ)

- ท่านมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลสุขภาพเท้าอย่างไร

ภาคผนวก ค

แบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการมีส่วนร่วม
ของครอบครัว

ชื่อผู้ป่วย(นามสมมุติ).....ครั้งที่.....
ผู้สังเกต.....วัน/เดือน/ปี
ช่วงเวลาที่สังเกต..... น.
ถึง..... น.

1.พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

1.1 อาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน

- อาหารมื้อหลัก.....

- อาหารว่าง

1.2 อาหารที่พบ.....

1.3 อุปกรณ์/ภาชนะที่ใช้ตัก/ใส่อาหาร.....

1.4 แหล่งที่มาของอาหาร/แหล่งซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหาร.....

1.5 ประเพณี/วัฒนธรรม/ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วย.....

1.6 เอกสาร/สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร.....

1.7 การมีส่วนร่วมของครอบครัว.....

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

2.1 วิธีการออกกำลังกาย.....

2.2 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย.....

2.3 อุปกรณ์การออกกำลังกาย.....

2.4 แหล่งประโยชน์/เอกสาร/สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย.....

2.5 การมีส่วนร่วมของครอบครัว.....

3. พฤติกรรมการใช้ยา

3.1 ความถูกต้อง (ชนิด/ขนาด/เวลา).....

3.2 การใช้ยาอื่นร่วมด้วย.....

3.3 การมีส่วนร่วมของญาติ.....

4. พฤติกรรมการตรวจตามนัด

4.1 ข้อมูลจากสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน.....

.....

4.2 ข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยเบาหวาน.....

.....

4.3 การมีส่วนร่วมของญาติ.....

.....

5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า

5.1 ความสะอาดของร่างกาย/เสื้อผ้า.....

.....

5.2 การบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร.....

.....

5.3 การได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ(สีหน้า/ท่าทางที่อึดโรย/สดชื่น).....

.....

5.4 ลักษณะผื่นคันที่ผิวหนัง.....

.....

5.5 การทำความสะอาดเท้า.....

.....

5.6 ลักษณะเล็บเท้า/การตัดเล็บเท้า.....

.....

5.7 รองเท้าที่สวม.....

.....

5.8 การสวมรองเท้าก่อนออกจากบ้าน/เดินในบริเวณบ้าน.....

.....

5.9 การตรวจดูรองเท้าก่อนใส่.....

.....

5.10 การบริหารเท้า.....

.....

5.11 ร่องรอยการแกะ/เกา/ตัด/ลอก หนังก้าว ตาปลา.....

.....

5.12 บาดแผลที่เท้า.....

5.13 การใช้ยาฆ่าเชื้อ เช็ด/ล้าง บาดแผล.....

5.14 การมีส่วนร่วมของญาติ.....



ภาคผนวก ง

ข้อมูลจากการสังเกตและสอบถามพฤติกรรมการเล่นเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ข้อมูลจากการสังเกต	ครอบครัวที่ 1	ครอบครัวที่ 2	ครอบครัวที่ 3	ครอบครัวที่ 4
ครั้งที่ 1				
1. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร				
1.1. อาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน				
1.1.1. อาหารมื้อหลัก	-ข้าวสวย ต้มยำกุ้ง ต้มจืดเต้าหู้ น้ำพริก มะเขือต้ม แดงกวา สด	-ข้าวสวย ปลาช่อน น้ำพริก ไข่เจียว แดงกวา หมูใส่มะเขือ	-ข้าวสวย ไข่เจียว น้ำพริก ผักต้ม แดงกะทิ หมูใส่มะเขือ	-ข้าวสวย แดงกะทิ ผักทองใส่หมู น้ำพริก ไข่ต้ม แดงกวา กุ้ง น้ำว้า -ไม่มี -ในตู้เย็นพบผักสด มะเขือ ผักทอง / กุ้ง -จานก้นลึก พัพพีกินเล็ก
1.1.2. อาหารว่าง	-ฝรั่ง ส้ม	-แอปเปิ้ล กล้วยน้ำว้า	-ขนมครก	
1.2. อาหารที่พบ	-ในตู้เย็น พบ ส้ม ประมาณ 2-3 กก.	-ในตู้เย็นพบแอปเปิ้ล ประมาณ 5-6 ผล กล้วยข้าวเปลือก พัพพีกินเล็ก	-พบขนมปังทานตะวัน ปาต่องโก๋	
1.3. อุปกรณ์/ภาชนะที่ใช้ตัก/ใส่อาหาร	-จานก้นลึก พัพพีกินเล็ก			
1.4. แหล่งที่มาของอาหาร/แหล่งซื้อวัตถุดิบ				

ข้อมูลจากการสังเกต	รอบครั้งที่ 1	รอบครั้งที่ 2	รอบครั้งที่ 3	รอบครั้งที่ 4
ในการประกอบอาหาร	-ตลาดนัดวันจันทร์/ตลาดคลองถม	-ตลาดนัดทุกวันพฤหัสบดี	-ตลาดนัดวันจันทร์/ตลาดคลองถม	-ตลาดนัดทุกวันจันทร์
1.5 ประเพณี/วัฒนธรรม/ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วย	- กิจกรรมไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้นำ มีการเลี้ยงเครื่องดื่ม น้ำอัดลมครั้งละเป็นลัง	- กิจกรรมไปทำบุญทุกวันพระ มีการรับประทานอาหารร่วมกันหลังเสร็จพิธี	- ไม่มี	- ไม่มี
1.6. เอกสาร/สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	- ไม่มีพบ	- ไม่มีพบ	- ไม่มีพบ	- ไม่มีพบ
1.7 การมีส่วนร่วมของครอบครัว	- ผู้ดูแลเป็นผู้ซื้อ/และเตรียมอาหาร	- ผู้ดูแลเป็นผู้ซื้อ/และเตรียมอาหาร	- ผู้ดูแลเป็นผู้ซื้อ/และเตรียมอาหาร	- ผู้ดูแลเป็นผู้ซื้อ/และเตรียมอาหาร
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	- การแกว่งแขน/ยางยืด	- การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ/ทอผ้า	- ไม่ได้ออกกำลังกาย	- การเดิน
2.1 วิธีการออกกำลังกาย	- ตอนเช้าเวลาตื่นนอน แต่ไม่ได้ออกกำลังกายทุกวัน	- ตื่นนอนตอนเช้า/ทอผ้ามีดหมีทุกวัน	- ไม่ได้ออกกำลังกาย	- ช่วงเช้า ทุกเช้า
2.2 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย	- ยางยืด	- พบเพียงไม่กี่ครั้ง	- ไม่มีพบ	- ไม่มีพบ
2.3 อุปสรรคการออกกำลังกาย				

ข้อมูลจากการสังเกต	กรอบครั้งที่ 1	กรอบครั้งที่ 2	กรอบครั้งที่ 3	กรอบครั้งที่ 4
2.4 แหล่งประโยชน์/ เอกสาร/สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ การออกกำลังกาย	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- ไม่พบ
2.5 การมีส่วนร่วมของ ครอบครัว	- ไม่มีส่วนร่วม	- คอยกระตุ้น โดยการบอกให้ ออกกำลังกายบ้าง/ทอผ้า ด้วยกัน	- ไม่มีส่วนร่วม	- เตรียมผ้าห่มหรือหมอน เหลืองให้คลุมทุกเช้าก่อนออก กำลังกาย
3. พฤติกรรมการใช้ยา				
3.1 ความถูกต้อง (ชนิด/ ขนาด/เวลา)	- รับประทานยาถูกต้องตรง เวลา	- รับประทานยาถูกต้องตรง เวลา	- รับประทานยาถูกต้องตรง เวลา	- รับประทานยาถูกต้องตรง เวลา
3.2 การใช้ยาชนิดอื่นเพื่อ รักษาบาดแผลร่วมด้วย	- ในอดีตเคยใช้ยาสมุนไพร ปัจจุบันไม่ใช้	- ในอดีตเคยใช้ยาสมุนไพร ปัจจุบันไม่ใช้	- ในอดีตเคยใช้ยาสมุนไพร ปัจจุบันไม่ใช้	- ในอดีตเคยใช้ยาสมุนไพร ปัจจุบันไม่ใช้
3.3 การมีส่วนร่วมของ ครอบครัว	- ผู้ดูแลเป็นผู้ตัดสินใจ ผู้ป่วย และคอยเตือนคอยให้ กำลังใจผู้ป่วย	- ผู้ดูแลคอยเตือนให้ผู้ป่วย รับประทานยาช่วยหักแบ่ง เม็ดยาและตรวจสอบการ รับประทานยาเป็นระยะ	- ผู้ดูแลคอยเตือนให้ผู้ป่วย รับประทานยา ช่วยหักแบ่งเม็ดยา(เจ้าหน้าที่ สถานีอนามัยเป็นผู้ตัดสินใจ ให้กับผู้ป่วย)	- ผู้ดูแลคอยเตือนให้ผู้ป่วย รับประทานยา ช่วยหักแบ่งเม็ดยา

ข้อมูลจากการสังเกต	กรอบครั้งที่ 1	กรอบครั้งที่ 2	กรอบครั้งที่ 3	กรอบครั้งที่ 4
4. พฤติกรรมการมาตรฐาน 4.1 ข้อมูลจากสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน 4.2 ข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยเบาหวาน 4.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัว 5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า 5.1 ความสะอาดของร่างกาย/เสื้อผ้า 5.2 การบ้านปากหลังรับประทานอาหาร	-ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ -ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ -ผู้ดูแลเป็นผู้เตือน/พาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัด -สะอาด เรียบร้อย -ปฏิบัติ	-ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ -ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ -ผู้ดูแลเป็นผู้เตือน/พาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัด -สะอาด เรียบร้อย -ปฏิบัติ	-ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ -ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ -ผู้ดูแลคอยเตือนให้ผู้ป่วยเตรียมตัวและไปรับการตรวจตามนัด -สะอาด เรียบร้อย -ปฏิบัติ	

ข้อมูลจากการสังเกต	กรอบครั้งที่ 1	กรอบครั้งที่ 2	กรอบครั้งที่ 3	กรอบครั้งที่ 4
5.3 การได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ(สีหน้า/ท่าทางที่อึดโรย/สดชื่น)	-อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับ	-สดชื่นดี	-อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับ	-สดชื่นดี
5.4 ลักษณะผื่นคันที่ผิวหนัง	-ไม่พบ	-ไม่พบ	-ไม่พบ	-ไม่พบ
5.5 การทำความสะอาดเท้า	-ปฏิบัติทุกวัน	-ปฏิบัติทุกวัน	-ปฏิบัติทุกวัน	-ปฏิบัติทุกวัน
5.6 ลักษณะเล็บเท้า/การตัดเล็บเท้า	-สั้น ใ้คง	-สั้น ใ้คง	-สั้น ใ้คง	-สั้น ใ้คง
5.7 รองเท้าที่สวม	-รองเท้าชนิดสวมพอดีเท้า	-รองเท้าชนิดสวมพอดีเท้า	-รองเท้าชนิดสวมพอดีเท้า	-รองเท้าชนิดสวมพอดีเท้า
5.8 การสวมรองเท้าก่อนออกจากบ้าน/เดินในบริเวณบ้าน	-ปฏิบัติทุกครั้ง	-ปฏิบัติทุกครั้ง	-ปฏิบัติทุกครั้ง	-ปฏิบัติทุกครั้ง
5.9 การตรวจดูรองเท้าก่อนใส่	-ปฏิบัติทุกครั้ง	-ปฏิบัติทุกครั้ง	-ปฏิบัติไม่ทุกครั้ง	-ปฏิบัติทุกครั้ง
5.10 การบริหารเท้า	-ไม่ได้อุ้บติ	-ปฏิบัติทุกเท้า	-ไม่ได้อุ้บติ	-ไม่ได้อุ้บติ

ข้อมูลจากการสังเกต	กรอบครั้งที่ 1	กรอบครั้งที่ 2	กรอบครั้งที่ 3	กรอบครั้งที่ 4
5.11 ร่องรอยการแกะ/เกา/ตัด/ลอก หนังเท้า ตาปลา	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- ตัดหนังเท้าที่ยื่นออกมา	- ไม่พบ
5.12 บาดแผลที่เท้า	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- ไม่พบบาดแผลใหม่ มีร่องรอยถูกตัดนิ้วชี้ นิ้วนางเท้าขวา	- ไม่พบ
5.13 การใช้ยาฆ่าเชื้อเช็ดล้าง บาดแผล	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- พบนำยาเบต้าดีน อัลกอฮอล์ น้ำยาไฮโดรเจน เปอร์ออกไซด์	- ไม่พบ
5.14 การมีส่วนร่วมของครอบครัว	- ไม่มีส่วนช่วยดูแล	- เตรียมที่จะมึ่งนำสำหรับล้างเท้าให้ผู้ป่วยทุกเช้า และเตรียมโลชั่นสำหรับทาเท้าให้กับผู้ป่วย	- ในอดีตเคยช่วยผู้ป่วยทำแผล เวลาเกิดแผลที่เท้า	- เตรียมให้ใส่รองเท้า

ข้อมูลจากการสังเกต	กรอบครั้งที่ 1	กรอบครั้งที่ 2	กรอบครั้งที่ 3	กรอบครั้งที่ 4
ครั้งที่ 2 1.พฤติกรรม การควบคุมอาหาร 1.1.อาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน 1.1.1 อาหารมื้อหลัก 1.1.2 อาหารว่าง 1.2. อาหารที่พบ 1.3 อุปกรณ์/ภาชนะที่ใช้ตัก/ใส่อาหาร	-ข้าวสวย ผัดผักทองใส่ไข่ -น้ำพริกหมูผัด ผักกาดขาวสด -กล้วยหอม -ส้มแปดกบบาง -ในตู้เย็น พบ ส้มแปดกบบาง ประมาณ 2-3 กิโลกรัม/กล้วยหอม -จานก้นลึก ทัพพีก้นลึก	-ข้าวสวย ปลาช่อนนึ่ง -น้ำพริก แกงส้มมะละกอ -กล้วยน้ำว้า ส้มแปดกบบาง -ในตู้เย็นพบส้มแปดกบบาง ประมาณ 1 กิโลกรัม -ถ้วยชาเล็ก ทัพพี	-ข้าวสวย น้ำพริก ผักต้ม แกง -กะทิหน่อไม้ดอง ผัดผักบุ้ง -กล้วยน้ำว้า -กล้วยน้ำว้า -พบกล้วยน้ำว้า 1 เครือแขวน อยู่หน้าบ้าน -จานก้นลึก ทัพพีก้นลึก	-ข้าวสวย แกงป่าปลาใส่มะเขือ -น้ำพริก ไข่เจียว แดงกว่า กล้วย -หอม -ไม่มี -ในตู้เย็นพบผักสด มะเขือ แดงกว่า /กล้วยหอม 1 หวี /ฝรั่ง 4 ผล -จานก้นลึก ทัพพีก้นลึก

ข้อมูลจากการสังเกต	กรอบครั้งที่ 1	กรอบครั้งที่ 2	กรอบครั้งที่ 3	กรอบครั้งที่ 4
1.4 แหล่งที่มาของอาหาร/แหล่งซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหาร	-ตลาดนัดทุกวันจันทร์/ตลาดคลองถมทุกวันอังคาร	-ตลาดนัดทุกวันพฤหัสบดี	-ตลาดนัดวันจันทร์/ตลาดคลองถมวันอังคาร	-ตลาดนัดทุกวันจันทร์
1.5 ประเพณี/วัฒนธรรม/ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วย	- กิจกรรมไปแลกเปลี่ยนข้าวทำนา มีการเลี้ยงเครื่องต้ม น้ำอวดมศรีจะงเป็นดัง	- กิจกรรมไปทำบุญทุกวันพระ มีการรับประทานอาหารร่วมกันหลังเสร็จพิธี	- ไม่มี	- ไม่มี
1.6. เอกสาร/สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	- ไม่มีพบ	- ไม่มีพบ	- ไม่มีพบ	- ไม่มีพบ
1.7 การมีส่วนร่วมของครอบครัว	- ผู้ดูแลเป็นผู้ซื้อ/และเตรียมอาหาร	- ผู้ดูแลเป็นผู้ซื้อ/และเตรียมอาหาร	- ผู้ดูแลเป็นผู้ซื้อ/และเตรียมอาหาร	- ผู้ดูแลเป็นผู้ซื้อ/และเตรียมอาหาร
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	- การแกว่งแขน/ยางยืด	- การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ/ทอผ้า	- ไม่ได้ออกกำลังกาย	- การเดิน
2.2 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย	- ตอนเช้าเวลาตื่นนอน แต่ไม่ได้ออกกำลังกายทุกวัน	- ต้นนอนตอนเช้า/ทอผ้ามีดหมี่ทั้งวัน	- ไม่ได้ออกกำลังกาย	- ช่วงเช้า ทุกเช้า

ข้อมูลจากการสังเกต	ครอบครัวที่ 1	ครอบครัวที่ 2	ครอบครัวที่ 3	ครอบครัวที่ 4
2.3 อุปกรณ์การออกกำลังกาย	- ยางยืด	- พบเพียงกีฬาสำหรับทอผ้า	- ไม่พบ	- ไม่พบ
2.4 แหล่งประโยชน์/เอกสาร/สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- ไม่พบ
2.5 การมีส่วนร่วมของครอบครัว	- ไม่มีส่วนร่วม	- คอยกระตุ้นโดยการบอกให้ออกกำลังกายบ้าง/ทอผ้าด้วยกัน	- ไม่มีส่วนร่วม	- เตรียมน้ำเต้าหู้หรือนมแก้วเหลืองให้ดื่มทุกเช้าก่อนออกกำลังกาย
3. พฤติกรรมการใช้ยา				
3.1 ความถูกต้อง (ชนิด/ขนาด/เวลา)	- รับประทานยาถูกต้องตรงเวลา	- รับประทานยาถูกต้องตรงเวลา	- รับประทานยาถูกต้องตรงเวลา	- รับประทานยาถูกต้องตรงเวลา
3.2 การใช้ยาคิดอื่นเพื่อรักษาเบาหวานร่วมด้วย	- ในอดีตเคยใช้ยาสมุนไพร ปัจจุบันไม่ได้ใช้	- ในอดีตเคยใช้ยาสมุนไพร ปัจจุบันไม่ได้ใช้	- ในอดีตเคยใช้ยาสมุนไพร ปัจจุบันไม่ได้ใช้	- ในอดีตเคยใช้ยาสมุนไพร ปัจจุบันไม่ได้ใช้
3.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัว	- ผู้ดูแลเป็นผู้ตัดสินใจชูลินให้กินผู้ป่วยและคอยเตือนคอยให้กำลังใจผู้ป่วย	- ผู้ดูแลคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาช่วยหักแบ่งเม็ดยาตรวจสอบการรับประทาน	- ผู้ดูแลคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาช่วยหักแบ่งเม็ดยา(เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็น	- ผู้ดูแลคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาช่วยหักแบ่งเม็ด

ข้อมูลจากการสังเกต	กรอบครั้งที่ 1	กรอบครั้งที่ 2	กรอบครั้งที่ 3	กรอบครั้งที่ 4
4. พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด		ยาเป็นระยะ	ผู้ติดตาม (ผู้ป่วย)	
4.1 ข้อมูลจากสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน	-ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ	-ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ	-ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ	-ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ
4.2 ข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยเบาหวาน	-ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ	-ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ	-ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ	-ไปรับการตรวจตามนัด สม่ำเสมอ
4.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัว	-ผู้ดูแลเป็นผู้เตือน/พาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัด	-ผู้ดูแลเป็นผู้เตือน/พาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัด	-ผู้ดูแลเป็นผู้เตือน/พาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามนัด	-ผู้ดูแลคอยเตือนให้ผู้ป่วยเตรียมตัวและไปรับการตรวจตามนัด
5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า				
5.1 ความสะอาดของร่างกาย/เสื้อผ้า	-สะอาดเรียบร้อย	-สะอาดเรียบร้อย	-สะอาดเรียบร้อย	-สะอาดเรียบร้อย
5.2 การแปรงปากหลังรับประทานอาหาร	-ปฏิบัติ	-ปฏิบัติ	-ปฏิบัติ	-ปฏิบัติ

ข้อมูลจากการสังเกต	รอบครั้งที่ 1	รอบครั้งที่ 2	รอบครั้งที่ 3	รอบครั้งที่ 4
5.3 การได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ(สีหน้า/ท่าทางที่อดโรค/สดชื่น)	- สดชื่น	- สดชื่น	- สดชื่น	- สดชื่น
5.4 ลักษณะผื่นคันที่ผิวหนัง	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- ไม่พบ
5.5 การทำความสะอาดเท้า	- ปฏิบัติทุกวัน	- ปฏิบัติทุกวัน	- ปฏิบัติทุกวัน	- ปฏิบัติทุกวัน
5.6 ลักษณะเล็บเท้า/การตัดเล็บเท้า	- สัน โคง	- สัน โคง	- สัน โคง	- สัน โคง
5.7 รองเท้าที่สวม	- รองเท้าชนิดสวมพอดีเท้า	- รองเท้าชนิดสวมพอดีเท้า	- รองเท้าชนิดสวมพอดีเท้า	- รองเท้าชนิดสวมพอดีเท้า
5.8 การสวมรองเท้าก่อนออกจากบ้าน/เดินในบริเวณบ้าน	- ปฏิบัติทุกครั้ง	- ปฏิบัติทุกครั้ง	- ปฏิบัติทุกครั้ง	- ปฏิบัติทุกครั้ง
5.9 การตรวจดูรองเท้าก่อนใส่	- ปฏิบัติทุกครั้ง	- ปฏิบัติทุกครั้ง	- ปฏิบัติไม่ทุกครั้ง	- ปฏิบัติทุกครั้ง
5.10 การบริหารเท้า	- ไม่ได้ปฏิบัติ	- ไม่ได้ปฏิบัติ	- ไม่ได้ปฏิบัติ	- ไม่ได้ปฏิบัติ

ข้อมูลจากการสังเกต	กรอบครั้งที่ 1	กรอบครั้งที่ 2	กรอบครั้งที่ 3	กรอบครั้งที่ 4
5.11 ร่องรอยการเกาะ/ เกาะ/ตัด/ลอก ผนังเท้า ตาปลา	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- ไม่พบ
5.12 บาดแผลที่เท้า	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- ไม่พบบาดแผลใหม่ มี ร่องรอยถูกตัดนิ้วชี้ นิ้วนาง เท้าขวา	- ไม่พบ
5.13 การใช้ยาฆ่าเชื้อ เชื้อ/ล้าง บาดแผล	- ไม่พบ	- ไม่พบ	- พบนำยาเบต้าดีน อัลกอฮอล์ น้ำยาไฮโดรเจน เปอร์ออกไซด์ ล้างเท้า	- ไม่พบ
5.14 การมีส่วนร่วม ของครอบครัว	- ไม่มีส่วนช่วยเหลือ	- เตรียมที่จะแนะนำให้ผู้ป่วย ล้างเท้าทุกเช้าและ เตรียม โลชั่นสำหรับทาเท้าให้กับ ผู้ป่วย	- ในอดีตเคยช่วยผู้ป่วยทำแผล เวลาเกิดแผลที่เท้า ปัจจุบัน ไม่มีส่วนช่วยเหลือ	- เตือนให้ใส่รองเท้า ระมัดระวังอุบัติเหตุ

ข้อมูลส่วนบุคคล

กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานครอบครัวที่ 1 : นางหนึ่ง (นามสมมติ)

นางหนึ่ง อายุ 69 ปี รูปร่างท้วม ($BMI = 26.88$ กก./ม²) แต่งงานอยู่กินกับสามี มีบุตรชายด้วยกัน 2 คน บิดาเสียชีวิตแล้วด้วยการผูกคอตาย มารดายังมีชีวิตอยู่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่ชายคนที่สอง ไม่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน เดิมประกอบอาชีพทำนา ปัจจุบันให้คนเช่านาทำไปแล้ว นางหนึ่งอาศัยอยู่กับสามีเพียง 2 คน เนื่องจากบุตรชายทั้งสองได้แต่งงานแยกครอบครัวไปทำงานต่างจังหวัดหมดแล้ว รายได้ของครอบครัวมาจากค่าเช่านา สามีทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวค่อนข้างดี มีปัญหาขัดแย้งกันบ้างแต่ไม่รุนแรง ช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่กันดี ปี 2538 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจากโรงพยาบาลอุทัยธานี เริ่มรับการรักษาโดยการรับประทานยา ต่อมาปี 2539 มารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลวัดสิงห์ ได้รับการรักษาด้วยยารับประทานเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (ระดับน้ำตาล $207 - 415$ mg%) วันที่ 10 เม.ย. 2544 แพทย์พิจารณาเพิ่มยาฉีดอินซูลินให้ (30 unit เข้า 15 unit เย็น) วันที่ 26 ก.พ. 2547 ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนที่ไต ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ต่อมา วันที่ 11 พ.ย. 2547 ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรัง และมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย

กรณีศึกษาผู้ป่วยครอบครัวที่ 2: นายห้า (นามสมมติ)

นายห้า (ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง) อายุ 69 ปี รูปร่างท้วม สถานภาพ สมรส คู่ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพทำนา นายห้า แต่งงานอยู่กินกับภรรยา มีบุตรด้วยกัน 2 คน ปัจจุบันบุตรแต่งงานแยกครอบครัวไปหมดแล้ว นายห้าจึงอาศัยอยู่กับภรรยาเพียง 2 คน นายห้ามีอุปนิสัยเป็นคนเชื่อมั่นในตนเอง ปี พ.ศ. 2539 นายห้าได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจากโรงพยาบาลวัดสิงห์ เริ่มได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา เมื่อปี 2541 ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (ระดับน้ำตาล $302-486$ mg%) แพทย์พิจารณาปรับยาโดยการเพิ่มขนาดของยาเป็นระยะ ๆ ปี พ.ศ. 2542 ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย ต่อมา ต้นเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ผู้ป่วยมีแผลพุพองที่นิ้วนางเท้าซ้าย ผู้ป่วยรักษาแผลเอง โดยซื้อยาแดงและไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ให้ภรรยาช่วยทำแผลให้ แผลไม่ดีขึ้นมีเนื้อตาย ผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลวัดสิงห์ แพทย์พิจารณาส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชยันต ได้รับการรักษาโดยการตัดนิ้วนางเท้าซ้าย ต่อมา ผู้ป่วยยังคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี แพทย์พิจารณาใช้ยาฉีดอินซูลินรักษาร่วมด้วย วันที่ 12 ก.ย. 2549 ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนที่ไต วันที่ 10 มิถุนายน 2550 ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรัง 13 ก.ย. 2551 ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยภาวะ hypoglycemia 15 ก.ย. 2551 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

วันที่ 19 ก.ย.2551 ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยภาวะ hypoglycemic coma วันที่ 22 ก.ย.2551 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยตามตัว ไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย นอนบนเตียงตลอด 4 ต.ค.2551 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการมีแผล Bed sore grade 2 ที่ก้นกบ 3 พ.ย.2551 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

กรณีศึกษาผู้ป่วยครอบครัวที่ 3 นางสาว: (นามสมมติ)

นางสาว อายุ 70 ปี สถานภาพสมรส หม้าย จบการศึกษาชั้น ป.4 ประกอบอาชีพทอผ้ามัดหมี่ สามีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุนาน 40 ปีแล้ว นางสาวมีบุตร 2 คน เป็นชาย 1 คน หญิง 1 คน บุตรชายแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้ว ปัจจุบันทำงานอยู่ต่างจังหวัด นางสาวอาศัยอยู่กับบุตรสาวเพียง 2 คน (ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง) รายได้ของครอบครัวมาจากการทอผ้ามัดหมี่และค่าเช่านา ผู้ดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในบ้านคือบุตรสาว ครอบครัวไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปี 2538 นางสาวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานครั้งแรกจากโรงพยาบาลวัดสิงห์ และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลวัดสิงห์ตลอดมา นางสาวสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง นอกจากนี้ยังไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ต้องนอนโรงพยาบาลเลย

กรณีศึกษาผู้ป่วยครอบครัวที่ 4 : นายเจ็ด (นามสมมติ)

นายเจ็ด ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง อายุ 68 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพทำนา จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 นายเจ็ดแต่งงานอยู่กับนางแปด มีบุตรด้วยกัน 3 คน ปัจจุบันบุตรแต่งงานแยกครอบครัวไปหมดแล้ว นายเจ็ดจึงอาศัยอยู่กับภรรยาเพียง 2 คน ปี 2539 นายเจ็ดได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลอุทัยธานีว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและกลับมารักษาต่อตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาลวัดสิงห์ ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา นายเจ็ดควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลครอบครัวที่ 1 : นายสอง (นามสมมติ)

นายสอง อายุ 68 ปี รูปร่างสมส่วน เป็นสามีของนางหนึ่ง สุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว อาชีพทำนา ทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัว เป็นคนใจเย็น ดูแลเอาใจใส่ภรรยาดี โดยนายสองแต่งงานอยู่กับนางหนึ่งมา 42 ปี มีบุตรด้วยกัน 2 คน ปัจจุบันบุตรแต่งงานแยกครอบครัวไปหมดแล้ว นายสองอาศัยอยู่กับนางหนึ่งเพียง 2 คน นายสองเป็นคนเฉย ๆ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนางหนึ่งมาเป็นระยะเวลา 13 ปี เป็นผู้นำครอบครัว รายได้ของครอบครัวมาจากค่าเช่านา ครอบครัวไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ

กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลครอบครัวที่ 3 : นางหก (นามสมมติ)

นางหก อายุ 67 ปี รูปร่างท้วม เป็นภรรยาของนายห้า ไม่มีโรคประจำตัว เจ็บป่วยด้วยอาการมีนังงศิริษะนาน ๆ ครั้ง จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพทำนา นางหกเป็นคนอ่อนโยน ใจเย็น ทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน และดูแลนายห้าที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาเป็นเวลา 12 ปี

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลครอบครัวที่ 2 : นางสาวสี่ (นามสมมติ)

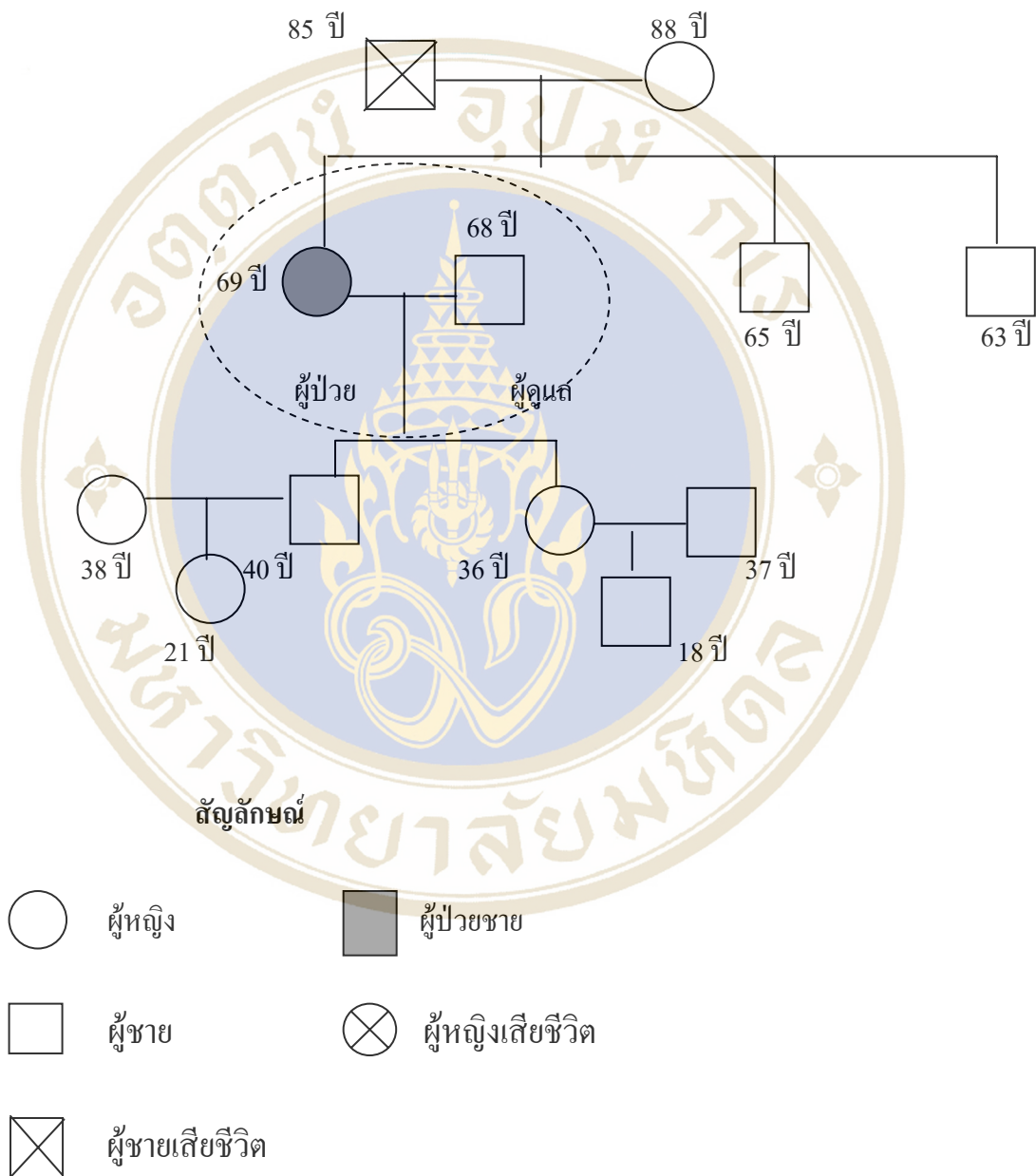
นางสาวสี่ อายุ 49 ปี รูปร่างสมส่วน จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพทอผ้ามัดหมี่ เป็นบุตรสาวของนางสาม สุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวเอง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มาเป็นระยะเวลา 13 ปี เป็นคนใจเย็น นางสาวสี่แต่งงานมีบุตรชาย 1 คน อายุ 24 ปี ทำงานเป็นพนักงานบริษัท แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันนางสาวสี่หย่ากับสามีและอาศัยอยู่กับมารดาเพียง 2 คน

กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลครอบครัวที่ 4: นางแปด (นามสมมติ)

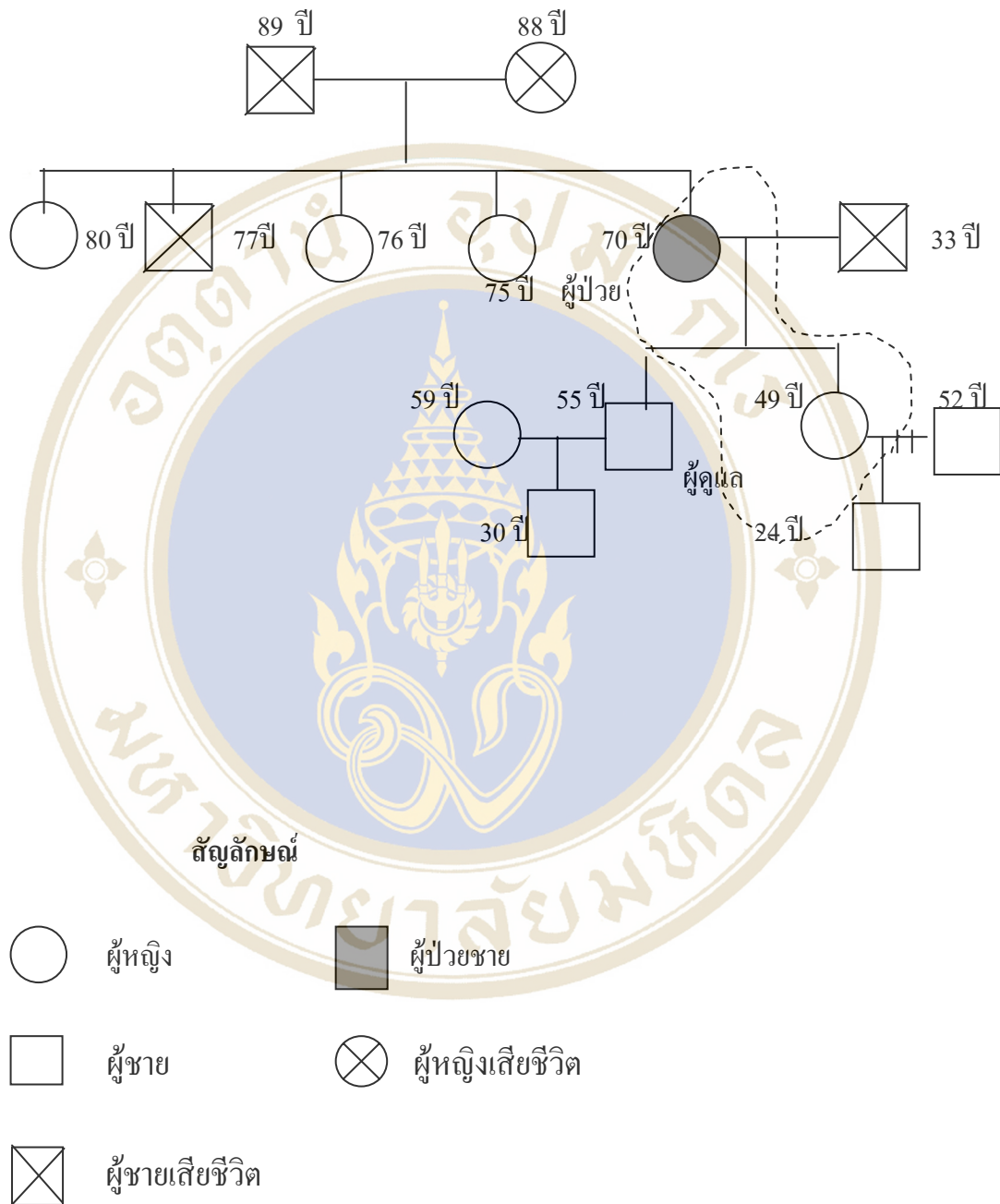
นางแปด อายุ 66 ปี รูปร่างสมส่วน จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพทำนา เป็นภรรยาของนายเจ็ด ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง นางแปดเป็นคนอ่อนโยนใจเย็น ทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน และดูแลนายเจ็ดตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน มาเป็นเวลา 12 ปี

ผังครอบครัว

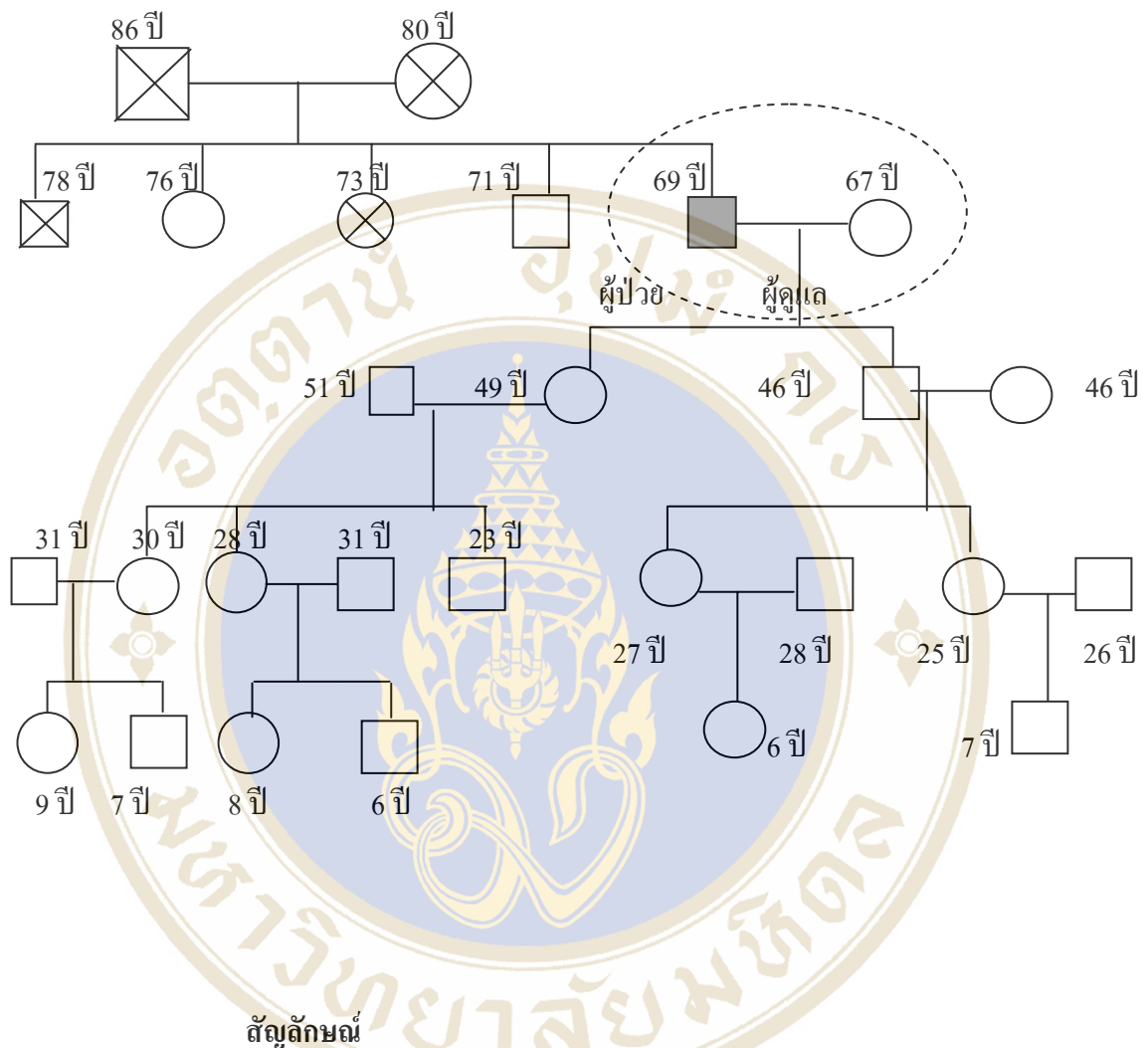
ครอบครัวที่ 1 (นางหนึ่ง : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง)



ครอบครัวที่ 2 (นางสาม : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง)



ครอบครัวที่ 3 : (นายห้า : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง)



ผู้หญิง



ผู้ป่วยชาย



ผู้ชาย

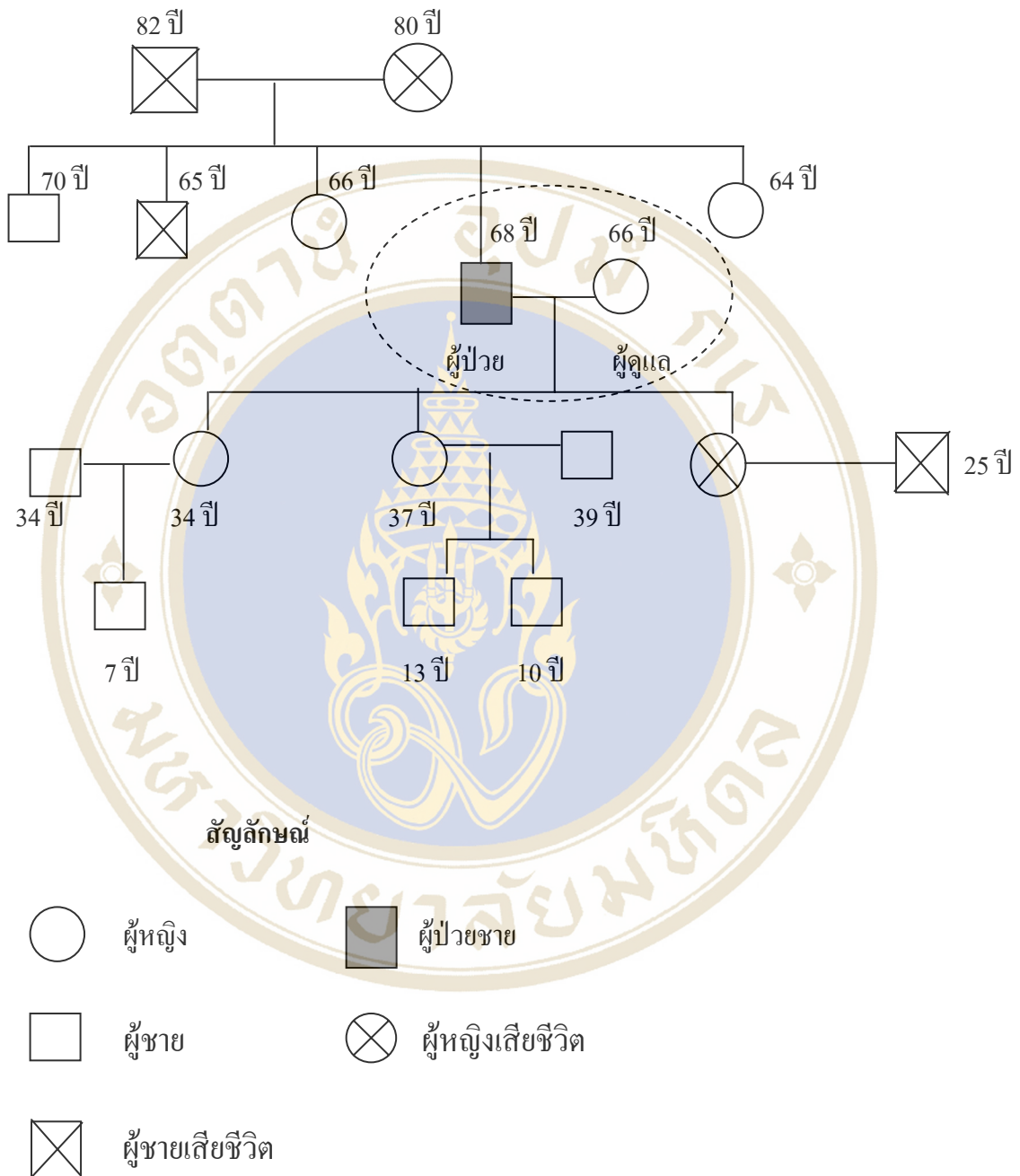


ผู้หญิงเสียชีวิต



ผู้ชายเสียชีวิต

ครอบครัวที่ 4 : (นายเจ็ด : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง)



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ นางสาวกุศลสิน บุญมี

วัน เดือน ปี เกิด 17 ตุลาคม 2516

สถานที่เกิด จังหวัดชัยนาท ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท
(พ.ศ. 2533 – 2535)
ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งเพ
(พ.ศ. 2542 – 2544)
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2549 – 2552)
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
โรงพยาบาลวัดสิงห์ อำเภอดงสิงห์
จังหวัดชัยนาท 17120
เบอร์โทรศัพท์ 056-461344-113
E-mail: kutsalinb@yahoo.com

ที่อยู่ปัจจุบัน 46 หมู่ 3 ตำบลหนองแซง
อำเภอดงสิงห์ จังหวัดชัยนาท 17160
E-mail: kutsalinb@yahoo.com