ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์
กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

นวลอนงค์ ศรีสุกไสย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2555

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์

กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

นวลอนงค์ ศรีสุกไสย

.....

นางนวลอนงค์ ศรีสุกไสย

ผู้วิจัย

สุพินดา เรืองจิรัษเจียร

.....

อาจารย์สุพินดา เรืองจิรัษเจียร,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทวัน สุวรรณรูป,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิคส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ปนัดดา ปริยทฤฆ,

วท.ม. (วิทยาการระบาด)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์

กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555

นวลอนงค์ ศรีสุกไสย

.....

นางนวลอนงค์ ศรีสุกไสย

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สุพินดา เรืองจิรัษเฐียร

.....

อาจารย์สุพินดา เรืองจิรัษเฐียร,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จริยาวัตร คมพยัคฆ์,

Dr. P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทวัน สุวรรณรูป,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิคส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ฟองคำ

.....

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ติลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร. สุพินดา เรืองจิรัษเฐียร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทวัน สุวรรณรูป อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาชี้แนะแนวทาง ให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจ และต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ จนประสบความสำเร็จ ผู้ศึกษาจึงกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์จริยาวัตร คมพยัคฆ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาปรับปรุงเนื้อหาให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิตยา สินสุกใส นางอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ นางจันทร์ฉาย ตระกูลดี ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขาขลุง หนองกบ และบ้านม่วง ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการทำแบบสอบถามวิจัยในครั้งนี้ ทำให้วิจัยครั้งนี้บรรลุความสำเร็จไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ผู้ให้กำเนิด ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกท่านและสามีที่ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านมาโดยตลอดตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ จนประสบความสำเร็จในการวิจัย

ท้ายที่สุดขอขอบคุณเพื่อน ๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและให้กำลังใจที่มิได้กล่าวในที่นี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

Copyright by Mahidol University

นวลอนงค์ ศรีสุกไสย

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
FAMILY FACTORS ASSOCIATED WITH DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

นวลอนงค์ ศรีสุกไสย 5036781 NSFN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุพินดา เรืองจิรัษเฐียร, Ph.D. (NURSING), นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่ง ส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และ การสนับสนุนจากครอบครัวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 174 ราย ที่เข้ารับบริการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3 แห่ง ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว และ แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.9 มีโครงสร้างครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว มีการทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.4 และร้อยละ 83.4 ตามลำดับ การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = 0.245$, $p < 0.01$) และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = 0.291$, $p < 0.01$) ส่วนโครงสร้างครอบครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้คือ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข ควรส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยในด้านต่างๆ และให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: กิจกรรมการดูแลตนเอง / โรคเบาหวานชนิดที่ 2 / โครงสร้างครอบครัว / การทำหน้าที่ของครอบครัว / การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว

155 หน้า

Copyright© by Mahidol University

FAMILY FACTORS ASSOCIATED WITH DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

NUANANONG SRISUKSAI 5036781 NSFN/M

M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPINDA RUANGJIRATAIN, Ph.D. (NURSING), NUNTAWON SUWONNAROOP, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

Family influences on diabetes self-care activities of patients, can lead to uncontrolled disease and complications. The purpose of this study was to examine diabetes self-care activities of patients with type 2 diabetes, and their relationships with family factors, including family structure, family functions, and perceived family support. The sample consisted of 174 patients who were diagnosed with type 2 diabetes mellitus and received health care services in three tambon health promoting hospitals in Ban Pong district, Ratchaburi Province. A self-administered questionnaire, composed of demographic questions, the Thai Family Functioning Scale, Perceived Family Support Scale, and Diabetes Self-care Activities Scale, was used to collect data. The data were analyzed using descriptive statistics, Point biserial correlations, and Pearson's product moment correlations.

The findings revealed that 56.9 percent of the patients live in a nuclear family. The majority of the patients rated their family functions and perceived family support at a good level (68.4 percent and 84.3 percent respectively). Two study variables, family functions and perceived family support, were significantly associated with diabetes self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus, $r = 0.245$, $p < 0.01$, and $r = 0.291$, $p < 0.01$ respectively. However, there was no significant relationship between family structure and diabetes self-care activities.

Based on study findings, it is recommended that nurses and health care professionals should promote patient's family functioning, as well as educate family members about the disease and self-care practices. Also, family members should be invited to participate in the patient's self-care activities and support their diabetic family member in performing his/her self-care activities for better control of the disease.

KEY WORDS: SELF-CARE ACTIVITY / DAIBETES MELLITUS TYPE 2 / FAMILY STRUCTURE / FAMILY FUNCTION / PERCEIVED FAMILY SUPPORT

155 pages

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**จ**
สารบัญตาราง		**ซ**
สารบัญแผนภูมิ		**ฌ**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	คำถามการวิจัย	8
	วัตถุประสงค์การวิจัย	8
	สมมติฐานการวิจัย	8
	ขอบเขตการวิจัย	8
	กรอบแนวคิดการวิจัย	9
	นิยามตัวแปร	11
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย	11
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรม**	**12**
	สถานการณ์เบาหวานในประเทศไทย	12
	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	13
	กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	17
	การควบคุมอาหาร	18
	การออกกำลังกาย	21
	การประเมินตนเอง	24
	การดูแลเท้าและสุขอนามัย	25
	การรับประทานยา	28
	นโยบายและการจัดการโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ	30

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	แนวคิดการทำงานในการดูแลกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง	31
	บทบาทเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	33
	การจัดบริการดูแลรักษาโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	34
	ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม	39
	ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่	45
	โครงสร้างครอบครัว	46
	การทำหน้าที่ของครอบครัว	47
	การสนับสนุนจากครอบครัว	50
บทที่ 3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	**53**
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
	เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	56
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
	การวิเคราะห์ข้อมูล	63
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	**64**
บทที่ 5	**อภิปรายผล**	**80**
บทที่ 6	**สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ**	**89**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย		**94**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ		**109**
รายการอ้างอิง		**126**
ภาคผนวก		**141**
ประวัติผู้วิจัย		**155**

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาในการเป็นโรค	65
4.2	จำนวน ร้อยละ การทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	67
4.3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทำหน้าที่ของครอบครัวแยกเป็นรายด้าน	68
4.4	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่จำแนกตามการทำหน้าที่ของครอบครัวแยกเป็นรายด้าน	68
4.5	จำนวน ร้อยละของการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	72
4.6	จำนวน ร้อยละของการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ	73
4.7	ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แยกเป็นรายด้าน	75
4.8	จำนวน ร้อยละของกิจกรรมการูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกเป็นรายข้อ	76
4.9	ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	79

Copyright by Mahidol University

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1.1	แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	10
3.1	แสดงการคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขและกลุ่มตัวอย่าง	55

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคหนึ่งที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกระบุว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 170 ล้านคนและจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี ค.ศ. 2030 ปี และจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นจำนวน 3.2 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 6 คนในทุก ๆ 1 นาที ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (WHO, 2008) ในประเทศไทยพบว่าปี 2551 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 388,551 ราย และคาดว่าทั่วประเทศจะมีคนเป็นเบาหวานมากกว่า 3 ล้านคน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยังมีผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 ที่ยังไม่รู้ตัวว่าเป็นโรค และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ในปีพ.ศ. 2552 ประมาณ 7,019 คน หรือประมาณวันละ 19 คน เฉพาะในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ที่นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคนี้ 558,156 ครั้ง หรือประมาณวันละ 1,529 ครั้ง ซึ่งจากอัตราผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศพบว่าภาคกลางมีผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุดคิดเป็น 844.03 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552) สาเหตุที่ภาคกลางพบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุดในประเทศไทยเพราะในภาคกลางมีความเจริญทางวัฒนธรรม โดยการรับวัฒนธรรมทางตะวันตกมาใช้โดยเฉพาะพฤติกรรมทางการบริโภค ประกอบกับลักษณะการบริโภคของคนภาคกลางชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวานนำจึงเป็นผลให้พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมาก ซึ่งในปี พ.ศ. 2549 จังหวัดราชบุรีมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวนทั้งสิ้น 39,428 คน และโรคนี้ถือเป็นสาเหตุของการตายในลำดับที่ 6 รองจาก โรคมะเร็ง โรคระบบไหลเวียน อุบัติเหตุ โรคทางเดินหายใจ และโลหิตเป็นพิษ (ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ, 2550) นอกจากนี้ข้อมูลในระดับอำเภออำเภอบ้านโป่ง จ. ราชบุรีพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุข ปี พ.ศ.2550 จำนวน 5,641 คน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติถึงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศอำเภอบ้านโป่ง, 2550) ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวานเข้านอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน

ด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเฉลี่ยเดือนละ 100 ราย ด้วยโรค ไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย และ อัมพาต นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ต้องสูญเสียอวัยวะจากการเกิดแผลร้อยละ 30.26 (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลบ้านโป่ง, 2550)

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตะบอลิสมซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด (กรมการแพทย์, 2542) ทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นและเมื่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมีระดับสูงเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมาทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง (เทพ หิมะทองคำ, 2547) ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) น้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) โรคของระบบหลอดเลือดขนาดใหญ่ (macro-vascular disease) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคของระบบหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular disease) เช่น โรคไต โรคแทรกซ้อนที่จอตา และความผิดปกติของเส้นประสาท ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการควบคุมเบาหวานให้ดีจะเกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรง ภาวะ แทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยเบาหวานทั้งที่เกิดในระยะสั้นและระยะยาว ล้วนแต่มีผลเสียอย่างมากในแง่การเจ็บป่วย (morbidity) และการสูญเสียชีวิต (mortality) อันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในปัจจุบัน (กรมการแพทย์, 2542)

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เกิดในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคและระดับการควบคุมโรคเบาหวาน กล่าวคือ ยิ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานนานเท่าใดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีจะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากและเร็วขึ้นกว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หากผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรกก็จะช่วยลดและชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้นได้ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การวางแผนโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม การหมั่นพบแพทย์อยู่เป็นประจำ รับประทานยาให้ถูกต้องและสม่ำเสมอ ดูแลเท้า และประเมินตนเอง (วิทยา ศรีมาดา, 2545 ; Funnell et al., 2007 ; Keeratiyutawong, 2005) จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานนั้นแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานมักมีการดูแลตนเองในทุกด้านที่กล่าวมา (วิลาวัลย์ ผลพลอย, 2539 ; รัชนี โชติมงคล, อัมพรพรรณ ธีรานุตร, และ สุวรรณา บุญยะลีพรรณ, 2541 ; บุญทิพย์ สิริธรังสี, 2544 ; Pun, 2008)

แต่ปัญหาที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการควบคุมอาหารคือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ หรือควบคุมอาหารไม่ต่อเนื่อง ในบางรายมีความพยายามที่จะควบคุมในระยะเริ่มต้นของ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University

การเป็นโรคหลังจากนั้นไม่ควบคุม หรือในบางรายไม่คิดควบคุมเลย หรือควบคุมแต่ปริมาณของอาหาร แต่ไม่ได้ควบคุมชนิดของอาหาร (กุลฤดี จิตตยานันต์และคณะ, 2550) อีกประการหนึ่งคือการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องโดยผู้ป่วยจะละเลยการรับประทานยาให้ถูกต้อง (วิลาวัลย์ ผลพลอย, 2539) อาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาในเป็นโรคจะส่งผลต่อความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยโรคใหม่ๆ จะกระตือรือร้นในการดูแลตนเองมากกว่าในรายที่ได้รับการวินิจฉัยมานาน และยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะรับรู้ว่าโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงปฏิบัติตัว ที่สวนทางกับคำแนะนำของแพทย์และการแสวงหาวิธีการรักษาอื่น ๆ ด้วยตนเอง (ฉันทิกา นามวงษาและคณะ, 2550) มีการผสมผสานระหว่างแพทย์พื้นบ้าน และแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่มักจะรักษาด้วยสมุน ไพร(อุบล สุวรรณมณีและคณะ,2548) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักไม่ออกกำลังกายเนื่องจากอายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยทำให้เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย (กุลฤดี จิตตยานันต์และคณะ, 2550) การดูแลเท้าเป็นการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยเบาหวานมักไม่ดูแลรักษาความสะอาดเท้าและไม่ทำให้เท้าชุ่มชื่น เดินเท้าเปล่าออกนอกบริเวณบ้าน ไม่เคยบริหารเท้า และไม่เคยตรวจเท้าด้วยตนเองส่งผลให้เกิดแผลที่เท้าจนต้องตัดขา (ตวงรัตน์ อิทรแสน, 2545 ; Broussard, 2002 ; Sawanjai, 2006) จะเห็นได้ว่าการละเลยการดูแลตนเองในด้านต่างๆส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
ต่าง ๆได้

โอเรม (1995) กล่าวว่าการดูแลตนเอง (Self-care) คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย และเมื่อบุคคลเกิดปัญหาสุขภาพอันเนื่องจากความเจ็บป่วย การดูแลตนเองที่จำเป็นก็คือ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การรับรู้และสนใจตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย โอเรมเชื่อว่าปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) เป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อระบบการดูแลตนเอง (Self-care system), ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ของบุคคล

ครอบครัวหมายถึง กลุ่มของบุคคลทีสมาชิกมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือการรับเข้าเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกอยู่ในครัวเรือนเดียวกันหรือบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีกรอบวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีของครอบครัวร่วมกัน (Burgess อ้างใน รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) ระบบครอบครัว (Family system) เป็นปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ปัจจัยหนึ่งที่โอเรมกล่าวว่ามีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้ง

Copyright by Mahidol University

ทางบวกและทางลบ โดยมองครอบครัวว่าเป็นปัจจัยที่กำหนดความต้องการการดูแลของบุคคลและความสามารถในการจัดการดูแลตนเองของบุคคล ในระบบครอบครัว ซึ่งสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวมีการทำหน้าที่ต่างๆกันนั้น จัดว่าเป็นเงื่อนไขสำคัญในการกำหนดขอบเขตของความต้องการการดูแล และการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยในครอบครัว โอเรม (Orem, Taylor & Renpenning, 2001) เชื่อว่า การดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ภายในครอบครัว การให้คุณค่าและความสำคัญกับการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisite) และวิธีการตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นของสมาชิกแต่ละคน ก็ถูกกำหนดโดยปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ขนาดของครอบครัว ความคาดหวังของครอบครัวต่อสมาชิกแต่ละคน หรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในครอบครัว ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาตัวแปรโครงสร้างของครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยายซึ่งสะท้อนขนาดของครอบครัวและลักษณะการอยู่ร่วมกันของสมาชิกครอบครัว ที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองที่จำเป็นและวิธีการในการตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วย เช่น ในเรื่องของการดูแลตนเองเรื่องอาหารเบาหวาน ครอบครัวขยายที่มีสมาชิกหลายคนหลายรุ่นอาจสามารถตอบสนองต่อการจัดหาอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้ดีกว่าครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกน้อยหรือมีเพียงพ่อแม่ลูกทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลจัดอาหารให้ผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ โอเรม (Orem, Taylor & Renpenning, 2001) มองว่าครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่สำหรับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยใช้ในการจัดการความต้องการการดูแลของตนเอง ในทางกลับกัน ในบางสถานการณ์ ครอบครัวอาจมีผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาตัวแปรการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อที่ว่าครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยในการจัดการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยในทฤษฎีของโอเรม โดยครอบครัวมีส่วนสำคัญในการเป็นผู้สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตามทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self care deficit nursing theory) ครอบครัวมีหน้าที่เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (Self-care) และการดูแลที่ได้รับจากบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพา (Dependent-care) ซึ่งอาจมีมากกว่าหรือแตกต่างไปจากการตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของสมาชิกแต่ละคน (Orem, Taylor & Renpenning, 2001) จะเห็นได้ว่าครอบครัวต้องมีการทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) ของสมาชิกที่เจ็บป่วย ในการจัดระบบการพยาบาลตามแนวคิดของโอเรม พยาบาลต้องเข้าใจความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและผลของสภาวะความเป็นอยู่ของบุคคลนั้นๆ เพื่อการออกแบบระบบการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคคล พยาบาลจำเป็นต้องทราบถึงบท บาทของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ความสัมพันธ์ที่มีอยู่และที่เปลี่ยนแปลงไป

Copyright by Mahidol University

องค์ประกอบและความเพียงพอของระบบการดูแลตนเอง รวมทั้งโครงสร้างครอบครัวและการหน้าที่ของครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยของการให้บริการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งพยาบาลต้องให้ความสำคัญในบริบทที่ครอบครัวเป็นหน่วยของการให้บริการพยาบาล

จะเห็นว่าปัจจัยด้านครอบครัวที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาทั้ง 3 ปัจจัย ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเรม มีผลในการกำหนดการดูแลที่จำเป็นและวิธีการตอบสนองต่อการดูแลที่จำเป็นเหล่านั้นของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยหลายงานที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีการศึกษากันมากในผู้ป่วยหลายกลุ่มได้แก่ ปัจจัยโครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีการศึกษามากที่สุดคือการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยหรือ สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้าน อารมณ์ จิตใจ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เจียง (2002) ศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยชาวจีนที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดุแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Wang & Fenske, 1996) และพบความสัมพันธ์เดียวกันนี้ในผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งเต้านมอีกด้วย (Zang, 1999) และจากในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความหลากหลาย พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวในด้าน อารมณ์ จิตใจ การได้รับข้อมูลข่าวสารและด้านเงินทองและสิ่งของมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาให้แห้งเสมอของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา (อรัญญา ลำพุทธา, 2548) จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการควบคุมอาหารและการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (มุฑิตา ชมพูศรี, วิจิตร ศรีสุพรรณ, ดิลก ไตรไพบูลย์, 2551) และยังพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วย (Jaiyungyuen, 2008)

มีงานวิจัยหลายงานที่ศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างของครอบครัว ซึ่งหมายถึง ลักษณะครอบครัวที่แยกตามประเภทของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) และจำนวนสมาชิกในครอบครัว การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อ

Copyright© by Mahidol University

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกน้อยซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี (ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540) และจากการศึกษาของ อำไพ ชนะกอกและคณะ (2540) ศึกษาแบบแผนสุขภาพ ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จ.เชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านออกกำลังกายดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัฏฐพร ศรีฟ้า (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้หญิงในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวพบว่าหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว แต่การศึกษาของอุมากร ใจยั่งยืน (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลับพบว่า โครงสร้างครอบครัว คือลักษณะครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งหมายถึง คุณลักษณะที่จำเป็น หรือเป็นพื้นฐานสำหรับครอบครัวในการทำหน้าที่หรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุขในสังคม (วรรณภา สุทธิอำนวยกูล, 2547) จากการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ไขปัญหาและความผูกพันทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (สุชาติ ศุภปีติพร และ ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ เวนและคณะ ทำการศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ออุปสรรคในการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่าระดับในการทำหน้าที่ในครอบครัวสูงจะส่งผลต่อการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารสูงด้วย (Wen, et. al, 2004)

ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การลดภาระในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นโดยผู้ป่วยจำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน โดยที่ไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาของการเป็นโรค เพียงต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์เป็นระยะ ๆ ชีวิตส่วนใหญ่จึงต้องอยู่ที่บ้านโดยต้องได้รับการควบคุมโรคอยู่ตลอดเวลา (นิตย์ เสรยศสกล และ ศุภวดี ลิมปพานนท์, 2540) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน หากผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีทั้ง 5 ด้านได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การการประเมินตนเอง การดูแลเท้าและสุขอนามัย และการรับประทานยา จะส่งผลต่อการควบคุมโรค

เพราะฉะนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวที่เข้าใจปัญหา สนับสนุนช่วยเหลือ คอยเป็นกำลังใจ ส่งเสริมการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการควบคุมโรค ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (วรรณี นิธิยานันท์, 2550) ซึ่งในบริบทของสังคมไทย ครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กันในระบบเครือญาติ เป็นจุดกำเนิดของความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) ในบริบทของสุขภาพเมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดภาวะการเจ็บป่วย ผู้นั้นย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว (Orem, 1991) จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ครอบครัวจะเป็นผู้สนับสนุน ให้กำลังใจ ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ให้ข้อเสนอแนะ ตักเตือนเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ (ดลิน ปิ่นน้อยและคณะ, 2005) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างมาก ในการช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวซึ่งรวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ (เบญจวรรณ เกิดแพร, 2549)

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งได้แก่ ปัจจัยโครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานผลการวิจัยยังมีน้อยและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่วนใหญ่พบว่าเป็นงานวิจัยต่างประเทศ ซึ่งบริบทของครอบครัว และบริบทของสุขภาพมีความแตกต่างจากสังคมไทย ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวมีบทบาทในการจัดการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว โดยเฉพาะบทบาทในด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นโดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานได้ดีขึ้น ปัจจัยด้านครอบครัวที่ศึกษา ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนางานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยในโรคอื่นๆ ต่อไป

Copyright by Mahidol University

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาการกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกิจกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และ การสนับสนุน จากครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวได้แก่โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวและการสนับสนุนจากครอบครัวกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553

Copyright by Mahidol University

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองเนื่องจากมีภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เมื่อได้รับการวินิจฉัย โดยต้องแสวงหาความช่วยเหลือด้านการรักษา ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา เอาใจใส่ ตะหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน รวมทั้งต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคผู้ป่วยเบาหวานคือ การวางแผนโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย รับประทานยาให้ถูกต้องและสม่ำเสมอ ดูแลเท้าและประเมินตนเอง (วิทยา ศรีมาดา, 2545 ; Funnell et al., 2007 ; Keeratiyutawong, 2005)

ในการศึกษาครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดจากทฤษฎีการพยาบาลของ Dorothea Orem (1995) ในทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) โอเรมอธิบายว่าทำไมคนจึงดูแลตนเอง และมีวิธีการดูแลตนเองอย่างไร โดยให้ความหมาย การดูแลตนเอง (Self-care) ว่าคือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองอย่างจงใจและมีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสุด ในแนวคิดของโอเรม (Orem, 1985 อ้างใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2541) ในทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเรมประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก คือ การดูแลตนเอง (Self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และมโนทัศน์ประกอบคือ ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งมโนทัศน์ทั้งหมดนี้มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing systems)

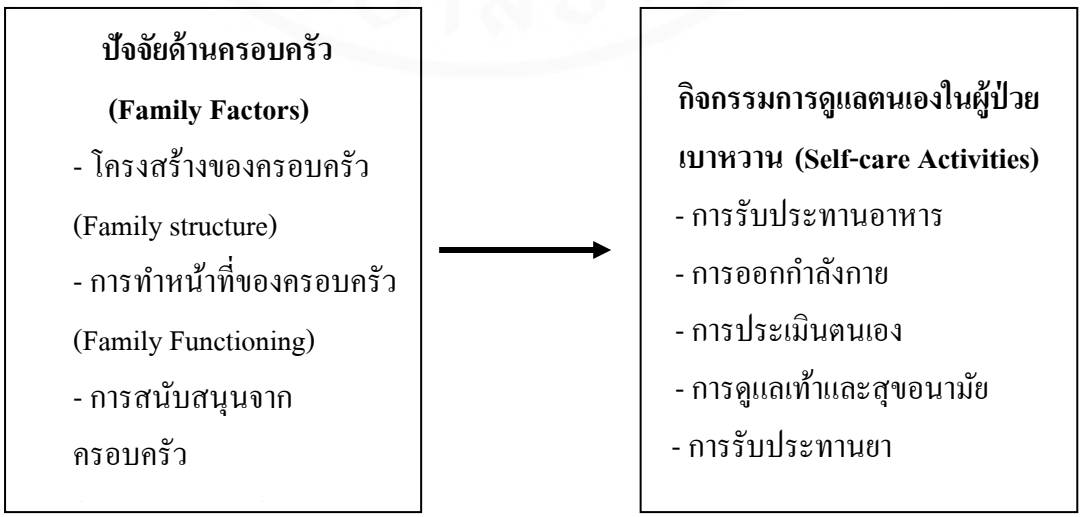
โอเรม (2001) กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ว่ามีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ระบบครอบครัว วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และระบบบริการสุขภาพ (Orem, 1991) ตามทฤษฎีของโอเรม ระบบครอบครัว (Family system) เป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อการดูแลตนเอง ครอบครัวเป็นปัจจัยกำหนดความต้องการการดูแลของบุคคลและความสามารถในการจัดการดูแลตนเองของบุคคล ระบบครอบครัวมี

Copyright by Mahidol University

ความหมายรวมถึงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว ในด้านขนาดและลักษณะการอยู่ร่วมกันของครอบครัว รวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในครอบครัวที่สนับสนุนการดูแลตนเองของสมาชิก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลในกำหนดความต้องการการดูแลตนเองของสมาชิกครอบครัว และวิธีการตอบสนองต่อความต้องการนั้นของสมาชิกครอบครัว

นอกจากนี้โอเรมยังมองระบบครอบครัวเป็นหน่วยของการให้บริการ (Family as a unit of service) บนพื้นฐานความเชื่อว่า ครอบครัวเกิดจากการอยู่ร่วมกันของสมาชิก ทำให้เกิดโครงสร้างและการทำหน้าที่ของครอบครัวที่แตกต่างไปจากบุคคล ดังนั้นครอบครัวจึงมีหน้าที่บางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ซึ่งในการจัดระบบพยาบาล ต้องเข้าใจถึงบทบาทของสมาชิกแต่ละบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวที่มีอยู่และที่เปลี่ยนแปลงไป องค์ประกอบและความเพียงพอของระบบการดูแลตนเอง รวมทั้งโครงสร้างของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัวด้วย (Orem, 2001)

จากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมและการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และ การสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากพบว่ามีการศึกษาปัจจัยเหล่านี้อย่างแพร่หลายในโรคเรื้อรังอื่น ๆ แต่ยังพบน้อยในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน อีกทั้งผลการวิจัยยังมีความขัดแย้ง ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน นำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภูมิที่ 1.1



Copyright by Mahidol University

แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

นิยามตัวแปร

1. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Self-care Activities) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (Toobert & Glasgow, 2000) ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินตนเอง การดูแลเท้าและสุขอนามัย และการรับประทานยา

2. โครงสร้างครอบครัว (Family Structure) หมายถึง ลักษณะการอยู่ร่วมกันครอบครัวตามประเภทสมาชิก ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย ซึ่งครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตร ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับญาติของสามีหรือ ภรรยา (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541)

3. การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning) หมายถึง การรับรู้คุณสมบัติที่จำเป็นหรือเป็นพื้นฐานสำหรับครอบครัวในการทำหน้าที่หรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุขในสังคม ใน 3 ด้านได้แก่ ความใกล้ชิดผูกพัน การติดต่อสื่อสาร และวิธีการแก้ไขปัญหาในครอบครัว (วรรณภา สิทธิอำนวยกูล, 2547) โดยประเมินจากการรับรู้หรือความรู้สึกของผู้ป่วย

4. การสนับสนุนจากครอบครัว (Family Support) หมายถึง การรับรู้ถึงการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วย ในด้าน จิตใจ อารมณ์ และการให้ข้อมูลข่าวสารและการได้รับข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกในครอบครัว (Procidano & Heller, 1983)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติและบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยที่สนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในปัจจัยด้านครอบครัว

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมหัวข้อดังนี้

สถานการณ์เบาหวานในประเทศไทย

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าเป็นเบาหวานร้อยละ 6.9 (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) หรือประมาณ 3.2 ล้านคน พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยหญิงพบร้อยละ 7.3 ในเพศชายพบ 6.4 ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นเบาหวานร้อยละ 9.6 (กาญจนา แก้วเทพ, พริศรา แซ่ก้วย, 2547) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยในเพศหญิงพบร้อยละ 9.9 ในเพศชายร้อยละ 9.3 ซึ่งความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบความชุกสูงสุดที่กลุ่มอายุ 60-69 ปี แสดงถึงความสำคัญของปัญหาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ จากสถานการณ์โรคเบาหวานปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีผู้ที่เริ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 31.2 ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 3.3 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ร้อยละ 37 (สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ, 2553)

ในแต่ละปีจะพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ปีละ 20,000 ราย (วิชัย เอกพลากร, 2549) ข้อมูลการตายเป็นเรื่องที่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค จากสถิติสาธารณสุขในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา พบว่า จำนวนผู้ตายและอัตราตายโรคเบาหวานสูงขึ้นตามลำดับเวลา ทั้งในภาพรวม และในแต่ละเพศ โดยในปี พ.ศ. 2547 พบอัตราตายโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 12.3 (จำนวน 7,665 ราย) อัตราตายโรคเบาหวานในเพศชาย 9.5 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 2,941 ราย) ในเพศหญิงเท่ากับ 15.0 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 4,724 ราย) อัตราส่วนการตาย ชาย : หญิง เท่ากับ 1 : 1.6 หากพิจารณาข้อมูลการป่วยซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับนั้น พบว่า ประเทศไทย

ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี สถิติล่าสุดพบจำนวนผู้ป่วยในที่มารับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวาน 558,156 ครั้ง หรือประมาณวันละ 1,529 ครั้ง หรือคิดเป็นผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวานชั่วโมงละ 64 ครั้ง และจากกการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ครั้งที่ 2 พ.ศ.2539-2540 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2546-2547 พบความชุกเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.9 โดยคาดว่าคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไปประมาณ 3.46 ล้านคนกำลังเผชิญกับโรคเบาหวาน เมื่อแยกการกระจายความชุกออกเป็นรายภาค พบเรียงลำดับจากจากมากไปน้อยดังนี้ กรุงเทพมหานคร, ภาคกลาง, ตะวันออกเฉียงเหนือ, ตะวันออกเฉียงเหนือ, ภาคเหนือ และภาคใต้ (ความชุก ร้อยละ 9.2, 7.6, 7.0, 5.7 และ 5.0 ตามลำดับ) (สำนักโรคไม่ติดต่อ , 2553)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคจนตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ความสามารถดูแลตนเองเพื่อให้โรคที่เป็นอยู่ไม่กำเริบหรือคงสภาวะโรคไว้ไม่ให้รุนแรงมากขึ้น สมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association (ADA), 2004) ได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานไว้ว่า เป็นโรคทางเมตาบอลิสมแสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งโรคเบาหวานเกิดจาก ความบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน ที่ผลิตจากตับอ่อน (ส่วนที่เรียกว่า บีตาเซลล์) ทำหน้าที่ช่วยนำน้ำตาลหรือกลูโคสในเลือด (ซึ่งได้จากอาหารที่กินโดยเฉพาะอย่างยิ่งพวก แป้ง คาร์โบไฮเดรต ของหวาน) เข้าสู่เซลล์ทั่วร่างกายเพื่อเผาผลาญให้เป็นพลังงานสำหรับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ผู้ที่เป็นเบาหวานจะพบว่าตับอ่อนผลิตอินซูลินได้น้อยหรือไม่ได้เลย หรือผลิตได้ปกติ แต่ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง เรียกว่าภาวะดื้ออินซูลิน เมื่อขาดอินซูลินหรืออินซูลินทำหน้าที่ไม่ได้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลจะถูกขับออกมาทางปัสสาวะ จึงเรียกว่าเบาหวาน (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553) ซึ่งสามารถแบ่งได้หลายประเภทด้วยกัน

Copyright by Mahidol University

การจำแนกประเภทโรคเบาหวาน

American Diabetes Association (2008) ได้แบ่งประเภทของโรคเบาหวานไว้ 4 ประเภท คือ

1. เบาหวานชนิดที่ 1 หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากการทำลายเบต้าร์เซลล์ของตับอ่อน ส่วนใหญ่จะเกิดจาก autoimmune ส่วนน้อยจะไม่ทราบสาเหตุ (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543) จึงมีภาวะขาดอินซูลิน มักจะได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี (American Association Diabetes Education (AADE), 2003 cite in Decoste & Scott, 2004) โรคเบาหวานชนิดนี้ในที่สุดจำเป็นต้องใช้อินซูลิน เพื่อป้องกันภาวะ Ketooacidosis

2. เบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลิน ต่อมาเบต้าเซลล์ของตับอ่อนเสื่อมสมรรถภาพลง ไม่สามารถสร้างและหลังอินซูลินได้เพียงพอ

3. เบาหวานชนิดอื่น ๆ จากสาเหตุเฉพาะ เช่น เป็นโรคเกี่ยวกับตับอ่อน ยา หรือสารเคมีเป็นต้น

4. เบาหวานจากการตั้งครรภ์ หมายถึง โรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อ กลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์

อาการของโรคเบาหวาน (เทพ หิมะทองคำและคณะ, 2545) มีดังนี้

1. ปัสสาวะมีปริมาณมาก เนื่องจากมีกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากออกมาทางปัสสาวะ โดยไตจะดึงน้ำออกมาด้วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเท่าไรก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมาก ทำให้ต้องตื่นขึ้นมาเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนบ่อยครั้ง

2. คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมาก ทำให้เกิดภาวะร่างกายขาดน้ำ จึงต้องชดเชยโดยการดื่มน้ำบ่อย ๆ

3. น้ำหนักลด ผอมลง เนื่องจากในภาวะที่ขาดอินซูลิน ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงจำเป็นต้องนำเอาโปรตีนและไขมันในเนื้อเยื่อมาใช้แทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

4. หิวบ่อยและรับประทานมากขึ้น เนื่องจากร่างกายขาดพลังงาน จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยและรับประทานมากขึ้น

Copyright by Mahidol University

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกคน ถ้าไม่สามรถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง (จินตนา สดแสงพันธ์, 2548)

1. ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ส่วนใหญ่เกิดจากความบกพร่องในการดูแลตนเองเองด้านอาหาร การใช้ยา ภาวะที่พบได้แก่

1.1 ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงและเลือดข้น (Hyperglycemia, yperosmolar non-ketotic coma) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักเป็นผู้สูงอายุ พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และร้อยละ 80 เปนคนอวน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนมักมีอินซูลินสูง แต่มีการต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่เนื้อเยื่อเป้าหมายคือ ที่กล้ามเนื้อ ตับ เนื้อเยื่อไขมัน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินยังคงมีอินซูลินในร่างกายเพียงพอที่จะไม่ไปสลายเนื้อเยื่อไขมัน จึงไม่เกิดกรดคีโตนในเลือด แต่มีอินซูลินไม่เพียงพอที่จะเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงมาก

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) คือภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 60 mg/dl ซึ่งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ใช้ยารับประทานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดพบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้น้อย แต่ถ้าพบน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดขึ้นรุนแรงและเป็นอยู่นาน สาเหตุเกิดจากการรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดเกินขนาด หรือรับประทานเท่าเดิมแต่รับประทานอาหารได้น้อยลงหรือรับประทานไม่ตรงเวลา ออกกำลังกายมากเกินไป ไม่รับประทานอาหารชดเชย ขาดอาหารและน้ำจากการคลื่นไส้ อาเจียน

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป และเกิดขึ้นกับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเกิดโรค สามารถแบ่งภาวะแทรกซ้อนตามตำแหน่งอวัยวะที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

2.1 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดขนาดใหญ่ โรคหลอดเลือดตีบแข็งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Copyright by Mahidol University

2.2 ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็ก แบ่งได้เป็น

- พยาธิสภาพที่ตา การเสื่อมจากจอตาของโรคเบาหวาน (Diabetic retinopathy) เป็นเหตุนำทำให้ตาบอดได้ ความผิดปกติเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็ก ๆ ที่จอตา เนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน โดยเริ่มแรกจะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงจอรับภาพ จนเกิดการคั่งของของเหลวที่ไหลซึมออกมาเป็นเหตุให้ประสาทตาเสื่อมและการเห็นภาพไม่ชัดเป็นเวลานาน ในที่สุดจะเกิดตาบอดได้ นอกจากการเสื่อมของจอตาแล้ว ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี มักจะมีการเปลี่ยนแปลงของสายตาเกิดขึ้น คือมองไกลจะเห็นไม่ชัดเจน ความผิดปกตินี้เกิดขึ้นจากความเข้มข้นของกลูโคสในเลนส์ตาสูงขึ้น ซึ่งจะสะสมอยู่ในเลนส์ตาและดูดน้ำไว้จนบวม และเกิดความผิดปกติแบบคนสายตาสั้น ภาวะนี้จะดีขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลง วิกรม สุธีเวสารัช (2547) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวาน การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะและเบาหวานเข้าจอประสาทตาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ชรบูรณ์ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกจำนวน 1,960 รายพบว่า มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร้อยละ 13.9

- การเสื่อมของไตจากโรคเบาหวาน (Diabetes nephopathy) การเปลี่ยนแปลงที่ไตเป็นสาเหตุของการเกิดไตวาย การเปลี่ยนแปลงที่ไตของผู้ป่วยเบาหวานแบ่งได้หลายระยะ ในทางคลินิกการเปลี่ยนแปลงที่ไต สามารถพบได้ในระยะแรก คือมักมีอัลบูมินรั่วออกมาในปัสสาวะในปริมาณน้อย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการเสื่อมของหน่วยไตมักพบความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ความดันโลหิตสูงนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสื่อมของไตที่เร็วขึ้น จากการศึกษาของวิกรม สุธีเวสารัช (2547) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 12.3 ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ

- การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทในผู้ป่วยเบาหวานอาจเกิดได้ทั้งในระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสารทอัตโนมัติ ภาวะแทรกซ้อนนี้พบได้ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานโดยพบได้มากขึ้นเมื่อระยะเวลาของโรคเป็นนานขึ้น นอกจากนี้ ยังพบภาวะแทรกซ้อนนี้ได้มากขึ้นในผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลไม่ดีด้วย

2.3 การติดเชื้อ (Infection) ผู้ป่วยเบาหวานจะมีการติดเชื้อโรคได้ง่ายและแทบจะทุกระบบของร่างกาย เนื่องจากภาวะภูมคุ้มกันที่บกพร่องไป จากการศึกษาของ Esper (2009) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 12.5 ล้านคน จะมีการติดเชื้อได้ร้อยละ 17 มักเป็นปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานได้แก่

- การติดเชื้อบริเวณผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนัง การติดเชื้อที่ผิวหนังในผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที มิฉะนั้นจะลุกลามอย่างรวดเร็วจนกลายเป็นฝีได้ เช่นฝีฝักบัว มักพบบริเวณต้นคอ รักแร้ และบริเวณก้น

Copyright© by Chiang Mai University

- การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ที่เป็นเบาหวานจะพบการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่าทั้งนี้เพราะปัสสาวะของผู้ป่วยเบาหวานมีน้ำตาลทำให้เชื้อโรคเจริญได้ดี การติดเชื้ออาจเกิดตั้งแต่ท่อปัสสาวะ ซึ่งอยู่ต่ำสุดจนไปถึงกระเพาะปัสสาวะ อาจมีอาการปัสสาวะแสบ ปัสสาวะบ่อย แต่ครั้งละน้อย ๆ ปัสสาวะขุ่น หรือปวดท้องน้อย

- การติดเชื้ออย่างรุนแรงที่หูชั้นนอก จะมีการอักเสบของใบหูมีอาการปวด มักมีน้ำเหลืองหรือหนอง เชื้อโรคจะกินลึกไปถึงกระดูกอ่อนและรอบ ๆ ช่องหูและอาจลุกลามเข้าไปในกะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมองและเสียชีวิตได้

การดูแลรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวานประกอบด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับการควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่มักพบร่วมกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ระดับไขมันผิดปกติในเลือด ความดันโลหิตสูง และน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มักพบภาวะเหล่านี้ร่วมด้วยส่วนใหญ่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลิน ดังนั้นการดูแลรักษาที่ดีคือ การควบคุมระดับน้ำตาลและภาวะผิดปกติอื่น ๆ ให้อยู่ใกล้เคียงภาวะปกติที่สุดหรืออยู่ในเกณฑ์ดี ด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การประเมินตนเอง การดูแลเท้าและสุขอนามัย (ภาวนา กีรติยุตวงศ์, 2544)

ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ซึ่งประกอบ ด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินตนเอง การดูแลเท้าและสุขอนามัย และการใช้ยา

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวานนั้นเป็นภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการรักษาไปตลอดชีวิต จึงจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข การดูแลตนเองจึงเป็นหัวใจสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวานซึ่งประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้

Copyright by Mahidol University

1. การควบคุมอาหาร

การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาเบาหวาน การได้รับอาหารมากเกินไป โดยเฉพาะอาหารที่มีน้ำตาลมาก จะมีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูง เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดเปลี่ยนแปลง ตีบแข็งก่อนระยะเวลาอันควร ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ

จุดมุ่งหมายในการควบคุมอาหาร คือ (ธิติ สนับบุญ และวิทยา ศรีมาดา, 2545)

- เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติ
- ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
- ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
- ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
- ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมัน และควบคุมระดับความดันโลหิต ในรายที่มีระดับน้ำหนักตัวเกินควรลดน้ำหนักและควบคุมปริมาณอาหารจะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารสมดุลครบ 5 หมู่ และมีไขมันต่ำ ซึ่งเมื่อน้ำหนักลดลงจะช่วยให้ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น (ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล, 2550)

แนวทางการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

คาร์โบไฮเดรต

หมายถึงอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลเมื่อถูกย่อยแล้วจะแปรสภาพเป็นกลูโคสซึ่งเข้าสู่กระแสเลือด (พีรพงศ์ บุญศิริ และรามร เสนาฤทธิ์, 2541) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับปริมาณคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-60 ของพลังงานที่ได้รับทั้งวัน โดยประมาณร้อยละ 40-60 ควรมาจากคาร์โบไฮเดรตชนิดไม่หวาน ซึ่งได้แก่ ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง ข้าวโพด วุ้นเส้น และอีกไม่เกินร้อยละ 10-15 ของพลังงานที่ได้รับมาจากคาร์โบไฮเดรตชนิดหวาน เช่น ผลไม้ นม ซึ่งเป็นน้ำตาลธรรมชาติ ดังนั้นจึงควรจำกัดปริมาณที่ได้รับ เนื่องจากคาร์โบไฮเดรตชนิดหวานจะทำให้ระดับกลูโคสและระดับอินซูลินในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าคาร์โบไฮเดรตชนิดไม่หวาน สำหรับน้ำตาลทราย หรือซูโครส ถ้ารับประทานควรรับประทานร่วมไปกับมื้ออาหาร เนื่องจากไม่ทำให้ระดับกลูโคส และอินซูลินในเลือดเปลี่ยนแปลงไปมาก และควรรับไม่เกินร้อยละ 5 ของพลังงานทั้งหมด

ผัก ผลไม้แต่ละชนิดจะมีประมาณคาร์โบไฮเดรตไม่เท่ากัน ฉะนั้นผู้ป่วยควรรับประทานผลไม้สดที่รสไม่หวานจัด ซึ่งมีคาร์โบไฮเดรตน้อย เช่น ส้มเขียวหวาน มะละกอ สับปะรด แตงโม ชมพู่ ฝรั่ง เป็นต้น แทนขนมหวาน ควรงดผลไม้แห้งต่าง ๆ เพราะมีรสหวานรวมทั้งผลไม้กระป๋อง ผลไม้เชื่อม ผลไม้ที่มีรสหวานจัด และผลไม้ที่มีแคลอรีมากก็ควรงดเช่นกัน เพราะจะส่งผลให้น้ำตาลในเลือดสูง

สารให้รสหวาน

สารให้รสหวานแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ สารรสหวานที่ให้พลังงาน ได้แก่น้ำตาลทราย หรือน้ำตาลซูโคส และกลูโคส เป็นอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยง เพราะร่างกายสามารถย่อยและดูดซึมได้เร็ว ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเร็ว ส่วนน้ำตาลฟรุคโตสดูดซึมช้ากว่า และไม่ต้องอาศัยอินซูลินในการนำไปใช้ได้ แต่ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ฟรุคโตสจะถูกเปลี่ยนเป็นกลูโคส และจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

โปรตีน

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะกำหนดระดับโปรตีนที่แน่นอนในผู้ป่วยเบาหวานว่าควรได้รับมากกว่าหรือต่ำกว่าคนทั่วไป ข้อแนะนำสำหรับปริมาณโปรตีนในผู้ป่วยเบาหวานขณะนี้จึงเท่ากับคนทั่วไป คือประมาณร้อยละ 10-20 ของพลังงานที่ได้รับทั้งวัน และควรเป็นโปรตีนจากพืชและสัตว์ (ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล, 2550) เนื่องจากโปรตีนเป็นอาหารที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเจริญเติบโต เมื่อร่างกายได้รับโปรตีนจะถูกย่อยในลำไส้เล็ก และดูดซึมผ่านผนังลำไส้เล็กเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดไปสู่ตับ แล้วไปใช้ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ในแต่ละวันผู้ป่วยควรได้รับเนื้อสัตว์ที่ปรุงแล้วมื้อละ 4-7 ช้อนโต๊ะ วันละ 3 มื้อ และรับประทานไข่สัปดาห์ละ 3-4 ฟอง แต่จากการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารไม่จำกัดโปรตีน ในขณะที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะมีผลทำให้ไตทำงานหนักมากขึ้น โอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจะเกิดได้เร็วขึ้น ดังนั้นจึงควรจำกัดอาหารประเภท โปรตีนเป็นสัดส่วนประมาณ ร้อยละ 10 ของแคลอรี่ทั้งหมด

ไขมัน

ข้อแนะนำในการรับประทานไขมันในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นกับเป้าหมายการควบคุมระดับ น้ำตาล ไขมันในเลือดและน้ำหนักตัว สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับไขมันปกติ และน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมกับวัยอยู่แล้ว ข้อแนะนำคือ ไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานแต่ละวัน และควรกินไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงาน ในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานอ้วนมากและเป้าหมายคือการลดน้ำหนัก การลดปริมาณอาหารและปริมาณไขมันเป็นวิธีที่ดีในการลดน้ำหนัก และจะ

Copyright by Mahidol University

ได้ผลดียิ่งขึ้นเมื่อออกกำลังกายร่วมด้วย สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ LDL-Cholesterol สูง เป็นปัญหาหลักซึ่งปัจจุบันจาก National Cholesterol Education Program (NCEP) step 3 ถือว่าเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยเบาหวานควรมีระดับ LDL-Cholesterol น้อยกว่า 100 มก./ดล. สำหรับข้อแนะนำคือ พลังงานจากไขมันอิ่มตัวน้อยกว่าร้อยละ 7 พลังงานจากไขมันรวม ร้อยละ 25-35 และ cholesterol จากอาหารน้อยกว่า 200 มก ต่อวัน

ไขมันอิ่มตัวและคลอเลสเตอรอล

การลดไขมันอิ่มตัวและคลอเลสเตอรอลจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ เป้าหมายที่สำคัญในการลดอาหารคือการลดปริมาณไขมันอิ่มตัวให้ต่ำกว่าร้อยละ 10 ของพลังงาน และจำกัดคลอเลสเตอรอลจากอาหารไม่เกิน 300 มก/วัน สำหรับกรดโอเมก้า -3 นั้นแนะนำให้รับประทานจากปลาและอาหารทะเล

เส้นใยอาหาร (Fiber)

เส้นใยอาหารให้ประโยชน์ทั้งการรักษาและป้องกันการเกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร รวมทั้งป้องกันโรคมะเร็งสำไส้ใหญ่ และใยอาหารประเภทที่ละลายน้ำได้มีผลในการป้องกัน หรือลดระดับไขมันในเลือด ใยอาหารประเภทนี้บางชนิดสามารถชะลอการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้เล็ก ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานเส้นใยอาหารจากอาหารธรรมชาติในปริมาณเท่ากับคนทั่วไปคือวันละ 20-35 กรัม ซึ่งมีอยู่ในผักทุกชนิด ควรรับประทานผักประเภทใบที่มีน้ำมาก ๆ เช่น ผักบุ้ง แตงกวา ผักกาด ผักคะน้ามากกว่าผักประเภทราก หัว และดอก เนื่องจากผักประเภท ราก หัวและดอกจะมีคาร์โบไฮเดรตมากกว่าผักประเภทใบ

แอลกอฮอล์

ในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานมีการควบคุมโรคดี การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อยอาจไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด บุคคลที่มีประวัติติดสุรา หญิงตั้งครรภ์ มีโรคตับอ่อนอักเสบ ไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์สูง หรือผู้ที่มีอาการชาบริเวณปลายมือ ปลายเท้าควรงดดื่มแอลกอฮอล์ ควรระวังในผู้ป่วยที่ฉีดยาอินซูลิน หรือได้รับยากลุ่ม Sulfonylurea ควรระวังการดื่มแอลกอฮอล์ในขณะท้องว่างเนื่องจากยาเหล่านี้มีผลทำให้เกิดอาการน้ำตาลต่ำได้ ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินหรือ Sulfonylurea ที่ควบคุมได้ดี ไม่ควรดื่มเกินวันละ 2 ครั้ง และไม่จำเป็นต้องลดปริมาณแคลลอรีจากอาหารทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ พลังงานจากอาหารควรแลกเปลี่ยนกับหมวดไขมัน เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 ครั้ง แลกเปลี่ยนกับอาหารไขมัน 2 ส่วน เป็นต้น

Copyright by Mahidol University

การแบ่งมื้ออาหาร

- ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ทานอาหารหลักวันละ 3 มื้อ โดยกระจายพลังงานตามมื้อเช้า เที่ยง และเย็น เป็นร้อยละ 20-30, 30-40 และ30-40 ตามลำดับ ไม่ควรทานจุบจิบ ถ้าต้องการอาหารว่าง 1-2 มื้อ ให้แบ่งพลังงานมาจากมื้อหลักการปรับเปลี่ยนอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับอินซูลินหรือทานยาลดระดับน้ำตาลในกรณีพิเศษ

- เมื่อมีอาการใจสั่น เหงื่อออก ให้ดื่มน้ำหวาน น้ำผลไม้หรือน้ำอัดลม หรืออมลูกอมหวาน หากเกิดปรากฏการณ์นี้ 2 วันต่อกันต้องลดยา

- ในเวลาเจ็บป่วย ทานอาหารตามปกติได้น้อยหรือทานไม่ได้ให้เปลี่ยนเป็นอาหารที่อยากทานแทนรวมทั้งผลไม้ ขนมหรือน้ำหวาน โดยไม่ต้องงดยา (หรืออาจลดยาเมื่อเกรงว่าจะมากเกินไปไม่สมดุลกับอาหาร)

- เมื่อต้องการออกกำลังกายหนักปานกลางซึ่งไม่ได้ทำประจำ ให้ทานอาหารก่อนออกกำลังกายปริมาณไม่เกินครึ่งหนึ่งของปริมาณที่ทานประจำโดยไม่งดหรือลดยาฉีด

- สำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานหากต้องการออกกำลังกายไม่ต้องเพิ่มอาหารแต่ยาอาจคงขนาดไว้เท่าเดิมหรือลดลงประมาณ 1 ใน 3 ขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผลการวิจัยมีความสอดคล้องกันคือ จากการศึกษาของวิลาวัลย์ ผลพลอย (2539) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้นั้นส่วนหนึ่งมาจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาหารได้ และการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลบ่อกวางทอง จังหวัดชลบุรียังพบว่าผู้ป่วยจะมีการควบคุมอาหารแบบไม่แน่นอน บางรายเริ่มควบคุมเมื่อทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน ต่อมาไม่ควบคุม ในบางรายควบคุมแต่ปริมาณของอาหารแต่ไม่ได้ควบคุมชนิดอาหาร หรือในบางรายเมื่อเกิดอาการน้ำตาลในเลือดขึ้นสูงจึงคิดควบคุมอาหารแต่เมื่ออาการดีขึ้นก็กลับมารับประทานเหมือนเดิม (กุลฤดี จิตยานันต์ และคณะ, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี พบว่าไม่ควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้น้ำตาลสูง รับประทานตามความชอบและความเคยชิน (ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้ และคณะ, 2551) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทราบว่าอาหารรสหวาน ผลไม้หวาน และ อาหารที่มีแป้งมากจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงแต่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาหารให้เหมาะสมได้ (สุพรรณี ศรีกงพาน, 2550)

2. การออกกำลังกาย

Copyright by Mahidol University

การออกกำลังกาย (นพวรรณ อัศวรัตน์ และฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2544) หมายถึงกิจกรรมทางกายที่มีการวางแผน หรือมีการเตรียมตัว โดยจะเป็นกิจกรรมซ้ำๆ โดยมีจุดมุ่งหมาย

เพื่อเพิ่ม หรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางร่างกาย (Physical Fitness) ในวงการแพทย์ยอมรับว่าการบริหารร่างกายที่ถูกต้องสามารถป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้เป็นอย่างดี ถ้ายิ่งมีการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลนั้นไม่เจ็บป่วย มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม สัดส่วนรูปร่างดีเพิ่มความสง่าผ่าเผยให้กับตนเองและปลอดจากโรคบางโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน เป็นต้น

ประเภทของการออกกำลังกาย แบ่งเป็น 4 ประเภท (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2546) คือ

1) การออกกำลังเพื่อป้องกันโรคหัวใจ การออกกำลังกายแบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ปริมาณแคลอรี่ของอาหารที่รับประทานถูกใช้ออกไปจากร่างกายอย่างน้อย 300 แคลอรี่ต่อวัน และทำให้หัวใจเต้นมากกว่า 120 ครั้งต่อนาทีเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาทีติดต่อกัน การออกกำลังกายที่จะใช้แคลอรี่มากได้ขนาดนี้ ได้แก่ การเดินหรือการวิ่งอย่างน้อย 6.5 กิโลเมตรต่อวัน หรือกิจกรรมอื่น ๆ ก็ได้ที่เทียบเท่าหรือใกล้เคียง

2) การออกกำลังกายเพื่อลดปริมาณไขมัน การออกกำลังกายแบบนี้ต้องทำให้ร่างกายเสียแคลอรี่ 300 แคลอรี่ต่อวันเช่นกัน จึงจะป้องกันโรคอ้วนและต้องขึ้นกับการควบคุมปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละมื้อด้วย

3) การออกกำลังเพื่อให้ระบบโลหิตหมุนเวียนดีขึ้น โดยอย่านั่งทำงานอยู่กับที่ตลอดเวลา ต้องเคลื่อนไหวเป็นครั้งคราวในระยะเวลาทุก 3 ชั่วโมง ซึ่งการเคลื่อนไหวนี้จะทำให้โครงสร้างกระดูกได้มีการเคลื่อนไหวและปรับตัวให้สอดคล้องกันตลอดเวลา นอกจากนี้การเคลื่อนไหวยังช่วยให้ความดันโลหิตมีการปรับเปลี่ยนอีกด้วย

4) การออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การออกกำลังกายแบบนี้จะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและโตขึ้น แต่ไม่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายในลักษณะนี้ได้แก่ การยกของ แบกของ

การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน (รัสนา เลิศรุ่งชัยสกุล, 2540) คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งมิใช่เป็นการออกกำลังกายแบบเต้นแอโรบิกอย่างเดียว แต่มีวิธีในการออกกำลังกายอื่น ๆ อีกหลายชนิด ที่อยู่ในกลุ่มแอโรบิก เช่น เดิน วิ่ง ถีบจักรยาน กระโดดเชือก โดยกำหนดเกณฑ์ในการออกกำลังกาย ดังนี้

1. มีความหนักเพียงพอ คือความหนักที่ทำให้หัวใจและปอดทำงานเพิ่มขึ้นเพียงพอที่จะช่วยบริหารปอด หัวใจ ละทำให้ร่างกายแข็งแรง โดยสังเกตจากการหายใจ โดยเมื่อออกกำลังกายมีอาการหอบน้อย ๆ แต่ไม่ใช่หอบจนพูดไม่ออก เมื่อหยุดพักแล้วหายเหนื่อยกลับมาสดชื่นได้เร็ว

Copyright by Mahidol University

2. มีความนานเพียงพอ คือ มีความนานประมาณ 20 นาทีต่อครั้ง ในคนที่เพิ่งเริ่มต้นอาจตั้งเป้าหมายไว้ที่ 6 นาทีแล้วค่อย ๆ เพิ่มจนสามารถออกกำลังกายได้นาน 20 นาที เวลาของการออกกำลังกายดังกล่าวสามารถมีการหยุดเป็นช่วงสั้น ๆ ได้บ้างแต่ไม่เกิน 30-60 วินาที

3. มีความบ่อยพอ คือ นอกจากออกกำลังกายแบบเอโรบิกให้มีความหนักและนานพอแล้วแต่ถ้าไม่ทำบ่อยพอก็จะไม่เกิดผล เพราะฉะนั้นการออกกำลังกาย ควรออกย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

ในการออกกำลังกายในแต่ละครั้งต้องมีการอุ่นเครื่อง คือการทำให้ร่างกายและเอ็นยืดก่อนการออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายเกิดการปรับสภาพ และป้องกันการบาดเจ็บได้ ซึ่งอาจทำได้โดยการเดินโดยการเดินช้า ๆ เป็นเวลาประมาณ 5 นาทีแล้วจึงค่อยเร่งความเร็วขึ้นและหลังจากออกกำลังกายควรเดินช้า ๆ ต่อไปอีกสักครู่เพื่อเป็นการปรับสภาพร่างกายให้คืนสู่สภาวะปกติ

การรับประทานอาหารก่อนและระหว่างการออกกำลังกาย

โดยหลักการปกติควรออกกำลังกายเมื่อท้องว่าง คือออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารแล้ว ประมาณ 2 ชั่วโมง แต่ในผู้ป่วยเบาหวานถ้าออกกำลังกายเวลาท้องว่างอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำได้ จึงจำเป็นต้องรับประทานอาหาว่างเล็กน้อยก่อนการออกกำลังกาย

1. ถ้าออกกำลังกายประเภทถีบจักรยาน เดิน เล่นเทนนิสประเภทคู่ ควรรับประทานอาหารว่างเล็กน้อย เช่น ขนมปัง 1 แผ่นก่อนการออกกำลังกาย

2. การออกกำลังกายที่หนักเช่น วิ่งจ๊อกกิ้ง เล่นเทนนิสประเภทเดี่ยวควรรับประทานอาหารว่างประเภท เซนวิช 1 คู่ หรือในกรณีที่ออกำลังกายอย่างหนักเป็นเวลานานๆ ควรรับประทานอาหารว่างระหว่างการออกกำลังกายทุก 30-60 นาที

ข้อควรคำนึงถึงในการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน

1. ควรแจ้งแพทย์ผู้รักษาให้ทราบว่าท่านออกกำลงกายอย่างไร เนื่องจากการออกกำลังกายมีผลโดยตรงกับการลดระดับน้ำตาลในเลือด แพทย์ผู้รักษาอาจลดปริมาณยาลง

2. การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมออาจก่อให้เกิดอันตรายและยากต่อการรักษาเนื่องจากควบคุมระดับน้ำตาลไดยาก ผู้ป่วยจึงควรออกกำลังกายเป็นประจำในเวลาเดียวกันในแต่ละวัน เพื่อสอดคล้องการเวลาในการรับประทานอาหารและยา

3. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อาจเกิดขึ้นระหว่างการออกกำลังกาย ต้องสังเกตอาการผิดปกติและหยุดทันทีเมื่อมีอาการ หอบ ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจขัด

4. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดขึ้นได้ง่ายในรายที่ได้รับยาเบาหวาน ถ้ามีอาการ เหงื่อออก ใจสั่น อ่อนเพลียมาก แก้ไขได้โดยการรับประทานอาหาร หรือน้ำหวานทันที

การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานมีประโยชน์อย่างยิ่งช่วยในเรื่องการบำบัดรักษา ป้องกันการกำเริบของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้านการออกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเลือกออกกำลังกายในช่วงเวลาเช้ามากที่สุด โดยการเดิน หรือวิ่งเหยาะๆ แต่ไม่มีการอุ่นเครื่องหรือผ่อนคลายรวมถึงไม่มีการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.2) ไม่คิดออกกำลังกาย (รัชนี โชติมงคล, อัมพรพรรณ ธีรานุตร, และ สุวรรณา บุญยะลีพรรณ, 2541) ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่รับรู้ว่าการออกกำลังกายทำให้น้ำตาลลดลง และการออกกำลังกายโดยการทำงานในอาชีพให้มีเหงื่อออกนั้นถือว่าเป็นการออกกำลังกาย แต่อุปสรรคที่พบคือผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนและอายุมากทำให้เกิดความลำบากในการออกกำลังกาย (กุลฤดี จิตตยานันต์และคณะ, 2550) และอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกกำลังกายได้คือขาดสถานที่และผู้นำในการออกกำลังกาย (ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, 2551)

3. การประเมินตนเอง

ผู้ป่วยต้องเรียนรู้เรื่องการประเมินอาการแสดงของตนเองที่บ่งบอกที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ รวมทั้งติดตามผลการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ก่อนเข้าพบแพทย์ ซึ่งค่าปกติคือ 80-120 Mg% ซึ่งจากผลการศึกษาของ ลีเวนทาล และคณะ อ้างใน ภาวนา กีรติยุตวงศ์ (2542) ได้กล่าวถึงเหตุผล 3 ประการในการประเมินตนเอง คือ 1. เป็นเครื่องบ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการรักษา 2. ผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับอาการที่บ่งบอกถึงความเจ็บป่วย 3. การประเมินตนเองสามารถกระทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยเบาหวาน มีความรุนแรงตั้งแต่รุนแรงน้อยจนถึงรุนแรงมากอาจถึงเกิดความพิการทางสมองและเสียชีวิตได้ อาจเกิดจากการได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การได้รับอาหารไม่เพียงพอจากความเจ็บป่วย ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องเรียนรู้อาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และช่วยเหลือตนเองหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ ผู้ป่วยจะมีอาการ หิว ใจสั่น มือสั่น ปวดศีรษะ เหงื่อออก ตัวเย็น พูดคุยสับสน บางรายอาจมีอาการซึม ชัก และหมดสติได้ เมื่อรู้สึกว่ากำลังมีอาการดังกล่าวควรรับประทานอาหารที่ดูดซึมง่าย เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้ น้ำตาลก้อน ท็อฟฟี่ เป็นต้น ผู้ป่วยควรจัดเตรียมไว้ในที่ที่สะดวกหยิบง่าย เมื่อมีอาการสามารถหยิบได้ทันที และควรบอกสมาชิกในครอบครัวถึงอาการและวิธีการช่วยเหลือเมื่อมีอาการ

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะแสดงอาการ กระหายน้ำ ปัสสาวะมากและบ่อยโดยเฉพาะเวลากลางคืน คลื่นไส้ อาเจียน ตามัว ปวดท้องคล้ายไส้ติ่งอักเสบ หายใจหอบ หมดสติ สาเหตุอาจมาจากการขาดยา การรับประทานอาหารมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย มีการติดเชื้อ หรืออาจมี

Copyright© by Chiang Mai University

ความเครียดสูง วิธีการแก้ไขคือ ดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยให้เท่ากับจำนวนปัสสาวะที่ออกไป ถ้าลืมรับประทานยาให้รีบประทานยาทันที ควบคุมการับประทานอาหาร ถ้ามีอาการรุนแรงควรรีบไปพบแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการประเมินตนเองในด้านการประเมินอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 7.09, S.D. = 2.19) คือเมื่อมีอาการหน้ามืด ใจสั่น คล้ายจะเป็นลมผู้ป่วยจะรีบอมลูกอม หรือ หาอะไรรับประทาน โดยชนิดอาหารที่ผู้ป่วยเลือกรับประทานคือ ลูกอม น้ำหวาน หรือผลไม้ที่มีรสหวาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักไม่ตรวจสอบร่างกายตนเองบริเวรซอกอับ รักแร้(ร้อยละ 69)ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าที่ไม่ทำเพราะเป็นความเคยชิน (รัชนี โชติมงคล, อัมพรพรรณ ธีรานุตร, และ สุวรรณา บุญยะลีพรรณ, 2541))

4. การดูแลเท้าและสุขอนามัย

การดูแลรักษาสุขอนามัยทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะเชื้อราตามซอกอับต่าง ๆ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี การติดเชื้อได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยต้องดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึง ทำความสะอาดรักแร้ ใต้ราวนมและขาหนีบ อวัยวะสืบพันธ์เป็นพิเศษ และรักษาบริเวณเหล่านี้ให้แห้งอยู่เสมอ (ภาวนา กีรติยุตวงศ์, 2542)

การดูแลตนเองเมื่อเกิดแผล การรักษาแผลให้สะอาด แผลสดควรทำความสะอาดด้วยน้ำต้มสุกที่ทิ้งไว้จนเย็น ซับให้แห้ง ทายาฆ่าเชื้อโรคที่ไม่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ เช่น น้ำยาเบต้าดีน หรือยาเหลือง หลีกเลี่ยงการใช้ทิงเจอร์ไอโอดีน และไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ถ้าแผลอักเสบมากควรมาหาแพทย์ทันทีอย่ารักษาเอง (พัชรินทร์ พันจรรยา, 2543)

การดูแลสุขภาพตา (เทพ หิมะทองคำ, 2546) ผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลสุขภาพตาดังนี้ ควรพบจักษุแพทย์ตรวจสุขภาพตาโดยละเอียดอย่างน้อยปีละครั้ง ถ้ามีอาการผิดปกติทางตา เช่น ตามัว ควรปรึกษาจักษุแพทย์ทันที

การดูแลสุขภาพฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อและอักเสบ ผู้ป่วยเบาหวานควรให้ความสนใจสุขภาพฟัน ดังนี้ หมั่นรักษาความสะอาดของฟันและช่องปาก แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้ไหมขัดฟันเพื่อการทำความสะอาดซอกฟันให้ทั่วถึง แต่ควรระมัดระวังไม่ให้โดนเหงือก ควรพบทันตแพทย์ตรวจสุขภาพฟันและช่องปากทุก 6 เดือน

การดูแลสุขภาพผิวหนัง ผิวหนังจัดเป็นปราการชั้นนอกสุดในการป้องกันเชื้อโรค จึงควรมีการดูแลรักษาดังนี้ อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือ เช้า - เย็น สระผมสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะตามซอกอับชื้น เช่น ใต้ราวนม รักแร้ และ

ขาหนีบหลังอาบน้ำต้องเช็ดบริเวณเหล่านี้ไม่ให้อับชื้น มิฉะนั้นจะเกิดเชื้อราได้ง่าย ถ้าผิวหนังแห้งควรทาครีมเพื่อให้ผิวชุ่มชื้นอยู่เสมอ ถ้าเหงื่อออกมากทาแป้งฝุ่นบางๆ เพื่อให้รู้สึกสบายขึ้น สวมเสื้อผ้าที่สะอาดและสบาย ถ้ามีอาการอักเสบของผิวหนัง ผื่นคัน ฝีพุพอง ควรปรึกษาแพทย์ทันที

การดูแลสุขภาพเท้า โรคเบาหวานก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและเส้นประสาท ซึ่งมีปรากฏอาการมากที่เท้า (ลำยอง ทับทิมศรี, 2541) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องระวังดูแลรักษาอวัยวะส่วนนี้ไว้ให้ดี เนื่องจากเท้าเป็นจุดอ่อนอีกแห่งหนึ่งในร่างกายที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนต่างๆ จากเบาหวานได้มาก นอกจากนี้ยังพบว่าการมีพยาธิสภาพที่เท่าของผู้ป่วยเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากที่สุดจากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐทั่วประเทศ จำนวน 299 ราย พบว่าอาการสำคัญอันดับหนึ่งที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลคือ การเป็นแผลที่เท้า 17 คิดเป็นร้อยละ 29 ของภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด(บุญทิพย์ สิริธรังศรี,2539) ทั้งนี้เพราะมีหลายปัจจัยที่อาจทำให้เท้าบาดเจ็บได้ง่าย เช่น การเดินสะดุดของแข็งหรือเหยียบของมีคมโดยไม่รู้สึกตัว การตัดเล็บที่ลึกเกินไปการสวมรองเท้าที่คับและเมื่อเท้าได้รับบาดเจ็บจะเกิดการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย ผู้ป่วยบางรายต้องตัดเท้าทิ้งเพื่อควบคุมการลุกลามจากการติดเชื้อ มีผู้ป่วยหลายรายที่ไม่ยอมให้ตัดเท้าและเสียชีวิต เพราะมีการติดเชื้อในกระแสเลือดสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลเท้าก็คือการป้องกันไม่ให้เกิดแผล การละเลยต่อสิ่งเล็กๆน้อยๆอาจจะทำให้เกิดเป็นปัญหาใหญ่ขึ้นภายหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนของทั้งระบบประสาทและหลอดเลือด (เทพ หิมะทองคำ, 2546) การดูแลรักษาแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นที่จะได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเร็วที่สุด (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539) ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีปลายประสาทรับความรู้สึกเสื่อมลงจะมีระดับการสูญเสียความรู้สึกแตกต่างกันมาก บางคนจะเหยียบตะปูเดินเตะถูกของแข็งโดยไม่รู้สึกเจ็บ บางคนรองเท้าหลุดไปแล้วยังไม่รู้ เป็นต้น การตีบตันของหลอดเลือดนั้นถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการส่งผลให้แผลหายเร็วหรือช้า เนื่องจากหลอดเลือดเป็นเส้นทางซึ่งสารอาหารและยาถูกขนไปยังบริเวณที่เป็นแผลรวมทั้งเป็นเส้นทางกำจัดของเสียจากแผลด้วย อาการที่บอกว่ามีปัญหาเกิดขึ้นกับหลอดเลือดคืออาการปวดขาเวลาเดินเมื่อหยุดพักสักครู่ก็จะหาย เป็นแผลแล้วหายช้าผิวหนังบริเวณเท้าและขาแห้งและปราศจากขน เป็นต้น เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยที่มีปัญหาแทรกซ้อนของโรคเบาหวานควรปฏิบัติดังนี้

1. ล้างเท้าทุกวันด้วยสบู่อ่อน และอย่าแช่เท้าไว้ในน้ำนานกว่า 5 นาที
2. เช็ดเท้าเบาๆให้แห้งด้วยผ้าที่นุ่ม โดยเฉพาะระหว่างซอกนิ้วเท้าอย่าให้อับชื้น
3. ตัดเล็บด้วยความระมัดระวัง โดยตัดขวางเป็นเส้นตรงแล้วใช้ตะไปถูให้เรียบพอดีกับเนื้ออย่าตัดให้สั้นเกินไป

Copyright© by Mahidol University

4. รักษาความชุ่มชื้นของเท้าให้เหมาะสม ถ้าผิวหนังบริเวณเท้ามีลักษณะชื้นง่ายก็ควรใช้แป้งฝุ่นโรย อย่าให้ครีมหรือแป้งจับตัวกันเป็นก้อนเพราะจะทำให้เกิดการหมักหมด เป็นบ่อเกิดของเชื้อโรคได้ง่าย

5. เปลี่ยนถุงเท้าทุกวันและเลือกสวมถุงเท้าที่ซึมซับเหงื่อได้ดี ถุงเท้าที่ทำจากผ้าฝ้ายเหมาะสมกว่าถุงเท้าที่ทำจากใยสังเคราะห์เนื่องจากมีการถ่ายเทอากาศที่ดีกว่าและทำให้เท้าแห้งอยู่เสมอ

6. เลือกรองเท้าที่มีขนาดกระชับเหมาะสมให้ความรู้สึกสบายขณะสวมใส่ รองเท้าควรทำด้วยหนังและไม่ควรเลือกขนาดที่คับเกินไปเพราะทำให้การเวียนของเลือดไม่สะดวก ถ้าเท้าชาควรสวมรองเท้าหุ้มส้น การสวมรองเท้าใหม่ควรค่อยๆใส่ให้ชิน โดยลองสวมใส่วันละ 1 - 2 ชั่วโมงก่อน

7. ปกป้องเท้าของท่านอยู่เสมอโดยหลีกเลี่ยงการเดินเท้าเปล่าไม่ว่าจะเป็นในหรือนอกบ้าน

8. สำรวจดูเท้าทุกวันว่ามีบาดแผล ตุ่มพอง รอยแดง เขียวช้ำ และรอยแตกหรือไม่ ถ้าก้มลงมองไม่สะดวกควรใช้กระจกส่องดู

9. ก่อนสวมรองเท้าทุกครั้งควรตรวจสอบภายในก่อนว่ามีวัตถุหรือสิ่งแปลกปลอมใดๆ อยู่หรือไม่ เช่น กรวด ทราย เป็นต้น

10. ออกกำลังกายบริเวณขาและเท้าอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 15 นาที เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดตามขาและเท้าดีขึ้น

11. ปรึกษาแพทย์ทันทีเมื่อมีบาดแผล เล็บขบ เชื้อราในซอกเท้า มีอาการปวดหรือบวมบริเวณกล้ามเนื้อน้องหรือเท้า

สิ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรปฏิบัติ คือ ไม่ควรเดินเท้าเปล่า ควรสวมรองเท้าเสมอแม้แต่อยู่ในบ้านเพราะอาจมีเศษวัสดุหรือของมีคมตกหล่นอยู่ อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดแผลได้โดยไม่รู้ตัว ไม่ควรวางกระเป๋าน้ำร้อนบนขาหรือแช่เท้าในน้ำอุ่นโดยเด็ดขาด เพราะผู้ป่วยเบาหวานอาจมีปลายประสาทเสื่อม ผิวหนังรับรู้อุณหภูมิได้ไม่ดี อาจผสมน้ำร้อนจนลวกเท้าพองโดยผู้ป่วยไม่รู้สึกร้อนหรือเจ็บเกิดเป็นแผลเรื้อรังได้ ไม่ควรตัดหนังแข็งๆหรือตาปลาออกเอง ควรปรึกษาแพทย์เพื่อให้การรักษา ไม่ควรสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดอุดตัน ทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 30-56 ไม่ดูแลรักษาความสะอาดเท้าและไม่ให้ความชุ่มชื่นเท้า ร้อยละ 40 เดินเท้าเปล่าออกนอกบริเวณบ้าน ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยไม่เคยบริหารเท้าและมีท่านั่งที่ไม่เหมาะสม ยิ่งไปกว่านั้นร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเบาหวาน

Copyright© by Mahidol University

ไม่เคยตรวจเท้าด้วยตนเอง (ตวงรัตน์ อิทรแสน, 2545) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของสภาวะเท้าและพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยที่มีสภาวะเท้าผิดปกติโดยมีความเสื่อมของประสาทส่วนปลายที่ส่งผลต่อการสูญเสียการรับความรู้สึกที่เท้ามีพฤติกรรการ เลือกสวมรองเท้าที่รูปร่างไม่เหมาะสมและรองเท้ามีขนาดเล็กเกินไป (Broussard, 2002) จากการของจันทรา บริสุทธิ์ (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักตัดเล็บโค้งตามรูปเล็บ และเมื่อเศษดิน สิ่งสกปรกติดตามซอกเล็บ ผู้ป่วยมักใช้กรรไกรตัดเล็บ ไม้หรือมีดแคะตามซอกเล็บ นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานจะตัดตาปลาย และหนังหนาด้วยตนเอง

5. การรับประทานยา

การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยต้องทราบฤทธิ์ของยาต่อการรักษาโรคเบาหวาน รับประทานยาได้ถูกต้องและทราบภาวะแทรกซ้อนของยา ซึ่งยาที่ใช้ในปัจจุบันแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล (Oral hypoglycemic agent) ได้แก่

1) Sulphonylurea ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินที่ใช้เฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 ควรเลือกใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ให้การรักษาโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายแล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับกลูโคสในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ หรือเลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนและระดับน้ำตาลในเลือด > 250 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อาจใช้ยานี้พร้อมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ควรเลือก ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ผอมเกินไป ถ้าผู้ป่วยอ้วนและอาการไม่รุนแรง อาจจะลองใช้ยากลุ่ม Biguanide ก่อน เมื่อไม่ได้ผลจึงใช้ยานี้

2) Biguanide ออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยไปกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน ทำให้การใช้กลูโคสเพิ่มขึ้นในเนื้อเยื่อต่างๆ ลดการดูดซึมจากอาหารลดลง และยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับ ในปัจจุบันยากลุ่มนี้มีเพียงตัวเดียว คือ Metformin ขนาดยาเม็ดละ 500 และ 850 มิลลิกรัมขนาดที่ใช้ได้ผลคือ 500 - 3,000 มิลลิกรัม / วัน โดยแบ่งเป็นให้วันละ 2 - 3 ครั้ง ข้อห้ามใช้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes) ผู้ป่วยโรคตับ โรคไตผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีการไหลเวียนล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเกิด Lactic acidosis

3) Alpha glucosidase inhibitor ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Alpha glucosidase ที่ Brush boraer menbrane ของ Microvili ในลำไส้ ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สำคัญต่อการย่อยสารอาหารประเภท Dextrin maltose และ Sucrose ให้เป็น Monosaccharide ขณะนี้มี 2 ชนิด คือ Acarbose ขนาดยาเม็ดละ 50,100 มิลลิกรัม และ Voglibose ขนาดยาเม็ดละ 0.2,0.3 มิลลิกรัม แนะนำให้กินพร้อมอาหารวันละ 3 ครั้งๆละ 1-2 เม็ดเป็นยาที่มีฤทธิ์อ่อน ส่วนใหญ่ได้ผลดีต่อการลดระดับน้ำตาล

หลังอาหารใน เบาหวานชนิดที่ 2 อาจใช้เดี่ยวๆ หรือร่วมกับยาเม็ดและอินซูลิน ในเบาหวานชนิดที่ 1 มักจะใช้ร่วมกับการฉีดอินซูลิน

4) Thiazoldinedione ได้แก่ โทรจิลทาโซน (Troglitazone) โรซิกลิทาโซน (Rosiglitazoneavandia) มีผลลดระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนและหลังอาหาร ใช้ได้ผลดีกับผู้ที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ออกฤทธิ์โดยลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน เพื่อความไวต่ออินซูลิน โดยเพิ่มการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อและลดการสร้างกลูโคสจากตับ ภาวะแทรกซ้อนคือ อาจเป็นพิษต่อตับ น้ำหนักเพิ่มขึ้นจากมีน้ำคั่ง (ภาวนา กีรติยุตวงศ์, 2544)

2. อินซูลิน ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการปล่อยกลูโคส เพิ่มการใช้กลูโคส โดยเนื้อเยื่อปลายทางที่ไวต่ออินซูลิน เช่น กล้ามเนื้อ ไขมัน นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการสะสมพลังงานในรูปไขมันในเบาหวานชนิดที่ 2 ถ้าจำเป็นต้องใช้ยา แพทย์ส่วนใหญ่นิยมเลือกใช้ยาเม็ดก่อนการฉีดยา เพราะสะดวกกว่าแต่ในบางกรณีก็ต้องฉีดยาตั้งแต่ต้น ผลข้างเคียงของอินซูลิน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ Lipodystrophy ภาวะแพ้ยา ในระยะแรกๆ ที่ฉีดยา ผู้ป่วยอาจมีอาการบวมเนื่องจากมีการกักเก็บโซเดียมเพิ่มขึ้น อาจมีอาการตามัวมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของกลูโคสภายในตา และน้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งน่าจะเป็นผลดีในคนที่ผอม แต่ในผู้ป่วยที่ไม่ผอมอาจไม่พอใจ สิ่งที่สำคัญในการเลือกใช้ยาลดระดับน้ำตาลต้องพิจารณาถึงชนิดของโรคเบาหวานข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการใช้ยาลดระดับน้ำตาลแต่ละชนิด ผลของการรักษา ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ความพึงพอใจและเศรษฐกิจ ฐานะของผู้ป่วย สำหรับเบาหวานชนิดที่ 2 การเลือกการรักษาจะเริ่มจากการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การใช้ยาชนิดรับประทาน การฉีดอินซูลินตามลำดับ

อันตรายจากการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน มีดังนี้

1. การใช้ยาเกินขนาด อาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ หมดสติ และเสียชีวิตได้ง่าย หลังจากรับประทานยา เมื่อมีอาการใจสั่น มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด แน่นหน้าออก ควรรับประทานของหวานทันทีการเพิ่มขนาดยาที่ได้ผลดีแล้วเพิ่มขึ้นไปอีกจะไม่สามารถเพิ่มสมรรถภาพของยาให้มากขึ้นตามขนาดที่เพิ่มแต่อาจเกิดพิษได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง (โฉมยง เหลาโชติ, 2536) ถ้าลืมรับประทานยา ควรรับประทานทันที ในเวลาไม่ชิดมื้ออาหารต่อไป กรณีนี้ไม่ควรลดหรือเพิ่มขนาดยา แต่ควรปฏิบัติตนตามปกติ

2. อันตรายจากการใช้ยาผิดเวลา (โฉมยง เหลาโชติ, 2536) กล่าวว่ายาเม็ดแต่ละชนิดต่างกัน เวลาเริ่มออกฤทธิ์ และออกฤทธิ์สูงไม่เท่ากันเพราะฉะ นั้นเมื่อเห็นคนอื่นรับประทานยาจะยืมยาหรือแลกเปลี่ยนยากันไม่ได้ ผู้ป่วยควรรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตามแพทย์สั่ง รับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้าประมาณ 30 นาที เพราะยาออกฤทธิ์ได้ดี เพื่อให้ยาดูดซึมเข้ากระแสเลือดพอดีกับกลูโคสในเลือดสูง จากการรับประทานอาหาร มิฉะนั้นจะทำให้เกิด

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ และต้องควบคุมอาหารและน้ำหนักควบคู่ไปด้วย หากมีการแพ้ยาควรหยุดยาและปรึกษาแพทย์

3. อันตรายจากการใช้ยาอื่นๆ ร่วมกับการรักษา เช่น การใช้สมุนไพรบางชนิดอาจช่วยเสริมฤทธิ์ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติได้ ดังนั้นเมื่อไปพบแพทย์ตามนัดควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับยาอื่นๆที่รับประทานร่วมด้วย ยารักษาโรคเบาหวานต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ ตับไต ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรซื้อยารับประทานเอง การรักษาผู้ป่วยเบาหวานมียาที่ใช้ในการรักษาหลายชนิด ซึ่งแพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นผู้วินิจฉัยและให้ยาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยเบาหวานต้องปฏิบัติตนในการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หลีกเลี่ยงการใช้ยาเกินขนาด การใช้ยาผิดเวลาและการใช้ยาอื่นร่วมในการรักษาโดยไปปรึกษาแพทย์

ซึ่งจากการศึกษาของ อุบล สุวรรณมณี (2548) และ กุลฤดี จิตตยานันต์ (2550) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักแสวงหาวิธีการรักษาอย่างผสมผสานระหว่างแพทย์พื้นบ้าน และ แพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะรักษาด้วยยาสมุนไพร ซึ่งได้รับการบอกต่อ มากจากเพื่อนบ้าน เครือญาติและคนรู้จักเพื่อเป็นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้ (2551) ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องคือผู้ป่วยปรับขนาดยาเองและเวลาในการรับประทานยาด้วยตนเอง รวมทั้งลืมรับประทานยาโดยเฉพาะยาหลังอาหารเย็น

นโยบายและการจัดการโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เบาหวานเป็นโรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายความร่วมมือขั้นพื้นฐานในการดูแลอย่างรอบด้าน ทั้งการรักษาที่ถูกต้อง การส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบ สหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งกายและใจ สามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอเพียงอย่างมีเหตุและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคม ซึ่งเป้าประสงค์ของการจัดคลินิกเบาหวาน มิใช่เพียงเพื่อตรวจเลือดและจ่ายยาเท่านั้น แต่แท้จริงแล้วเป็นโอกาสที่ผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัวได้ประเมินความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพร่วมกันและเรียนรู้การจัดการโรคเบาหวานรวมทั้งปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เสริมศักยภาพให้

ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่าง เหมาะสมและยั่งยืน ซึ่งตามแนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรคเบาหวาน

Copyright by Mahidol University

(เครือข่ายเวชปฏิบัติ, 2544) กล่าวถึง วัตถุประสงค์ของการรักษาโรคเบาหวานไว้ว่า รักษาอาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และ เรื้อรังทุกชนิดให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ใกล้เคียงกับคนปกติ มีการควบคุมให้เหมาะสมกับอายุและสภาวะของผู้ป่วย ให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อน แนะนำอาหารและการออกกำลังกายให้เหมาะสม มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง มีการติดตามและประเมินผลการรักษา ตรวจร่างกายอย่างละเอียด ปีละ 1 ครั้ง ตรวจตาปีละ 1 ครั้ง โดยจักษุแพทย์ ตรวจวัดความดันโลหิตปีละ 4 ครั้ง ประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมอาหารและการอกกำลังกาย ประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม สามารถลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ลดความกังวล และลดค่ารักษาพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างปกติสุข ใกล้เคียงกับคนปกติเนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกสูงและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรได้รับการวินิจฉัยและดูแลตั้งแต่ระยะแรก และต่อเนื่องตลอดชีวิต การรักษาต้องการความร่วมมือระหว่างแพทย์ ตัวผู้ป่วยเองและทีมสุขภาพอื่นๆ โดยเน้นการรักษาในระดับ Primary Medical care และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีปัญหาในการรักษา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถือเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด จึงมีความสำคัญในการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะฉะนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงจำเป็นต้องมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ ทั้งนี้จึงรวมถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วย

แนวคิดการทำงานในการดูแลกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง

สุขภาพนั้นเป็นสภาวะที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันตั้งแต่ขณะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง บางภาวะไม่มีอาการผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจ บางภาวะมีอาการขึ้นลงตามระยะอาการป่วย การดูแลสุขภาพและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามแม้จะมีพยาธิสภาพของโรคหรือปัญหาสุขภาพเรื้อรังก็สามารถมีสุขภาพที่ดีได้ ทั้งนี้จุดต่างของหลักการดูแลโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลัน คือการเน้นมิติการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

Copyright by Mahidol University

กรอบแนวคิด (Conceptual framework) และองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง



ที่มา: สุพัตรา ศรีสนิชชากร และคณะ, 2553 ซึ่งดัดแปลงมาจาก innovative care for chronic condition : building block for action, World Health organization, 2002

หุ้นส่วนสำคัญ 3 ส่วนคือผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนและระบบบริการสุขภาพ เป้าประสงค์การจัดคลินิกบริการอยู่ที่การให้โอกาสผู้ป่วย ครอบครัวได้ร่วมประเมินความเจ็บป่วยปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการโรคเบาหวาน รวมทั้งเรื่องอื่นๆ เพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล มีศักยภาพและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ยั่งยืน โดยแต่ละหุ้นส่วนมีความเชื่อมโยง เกื้อหนุนซึ่งกันและกันแม้จะมีบทบาทและศักยภาพที่แตกต่างกัน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่อย่างมีความสุข

Copyright by Mahidol University

บทบาทเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ทั้งด้านการรักษาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการการ ส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจการป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูผู้ป่วยทั้งนี้ต้องบนพื้นฐานของความทัดเทียมในการเข้าถึงบริการ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบสหวิชาชีพมุ่งเน้นให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งกายและใจสามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอเพียงอย่างมีเหตุผลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมเพื่อบรรลุเป้าหมายนี้สถานบริการ และพยาบาลเวชปฏิบัติจำเป็นต้องมีบทบาทหน้าที่ชัดเจนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังมักพบปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ผู้ป่วยและครอบครัวเต็มไปด้วยความเครียด วิถีการดำเนินชีวิติต้องเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีคุณภาพชีวิตเลวลงมาก มีความ เครียด ครอบครัวของผู้ป่วยมีแต่ความกลัว โกรธ หรือสับสนต่อภาระที่เพิ่มขึ้นในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ภาระนี้จะหนักมากและยาวนานสำหรับครอบครัว ครอบครัวต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลทั้งด้านความรู้ การฝึกทักษะและการสนับสนุนด้านกำลังใจ ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติจึงเป็นกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านต้องทำงานร่วมกับแพทย์และบุคลากรอื่นๆ จึงมีหน้าที่บทบาทดังนี้

1. มีความสามารถในการให้การดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน (Direct Clinical Practice)

โดยพยาบาลเวชปฏิบัติต้องสามารถประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานให้ครอบคลุมในทุกมิติ สามารถวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระ ความรู้ทางเภสัชวิทยา แนวทางป้องกันการส่งเสริมและการรักษา โดยส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมแบบบูรณาการ

2. มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

พยาบาลเวชปฏิบัติต้องใช้หลักการสร้างหุ้นส่วนกับประชาชน องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสหวิชาชีพในการศึกษาข้อมูลบุคคล ครอบครัว ชุมชน วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยดึงศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อเข้ามาวางแผนและออกแบบวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

3. มีความสามารถในการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment), การสอน (Education), การฝึก (Coaching), และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ

พยาบาลเวชปฏิบัติต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ฝึกและออกแบวิธีการฝึกทักษะต่างๆ เช่น การฉีกอินซูลิน การแปลกเปลี่ยนอาหารให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำกลับไปปฏิบัติได้จริง

Copyright© by Mahidol University

4. มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถพัฒนารูปแบบ หรือนวัตกรรมต่างๆในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้วิธีการทบทวนการปฏิบัติงาน บทเรียน ผลการวิจัย พลการวิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อวิเคราะห์และหาแนวทางการปรับปรุงในการทำงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถอย่างสูงในการให้การพยาบาล ต้องเป็นผู้ที่มีความละเอียดอ่อน ช่างสังเกต ตัดสินใจได้รวดเร็ว แก้ปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ และรับผิดชอบอย่างสูง จะช่วยให้การบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการต่อไป

การจัดบริการดูแลรักษาโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เป้าประสงค์ของการจัดคลินิกบริการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรังมิใช่เพียงเพื่อการตรวจเลือดและจ่ายยาเท่านั้น แต่แก่นที่แท้จริงน่าจะเป็นโอกาสที่ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย ครอบครัว ได้ประเมินความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการโรครวมทั้งปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้อง เสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

1. การเตรียมความพร้อมเรื่องข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายระบบยาและเวชภัณฑ์รวมทั้งบุคลากร

1.1 การเตรียมผู้ป่วยเบาหวาน

1.2 เตรียมความพร้อมของเวชภัณฑ์ยา วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

1.3 เตรียมความพร้อมของบุคลากรและทีมงานมีบุคลากรรับผิดชอบในการดำเนินการคลินิกเบาหวานโดยตรงรวมทั้งนำแนวทางมาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติที่จะใช้มาชี้แจงและทำความเข้าใจร่วมกันในกลุ่มบุคลากรที่มีส่วนในการให้บริการ ทั้งในส่วนของ รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่ายที่สนับสนุนเครือข่ายบริการรวมทั้งทีมงานอื่นๆที่สามารถเสริมการทำงานในเชิงรุกแลประสานเชื่อมต่อกับชุมชนได้

2. การประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วย

Copyright by Mahidol University

2.1 ประเมินศักยภาพผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวมผสมผสานแม้ผู้ป่วยจะเป็นโรคเบาหวานเหมือนกัน แต่ระดับความรุนแรงของโรคไม่เหมือนกัน รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีหรือไม่มากน้อยแตกต่างกันมาก ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายย่อมมีข้อแตกต่างต้องให้ความสนใจในเชิงลึกมากน้อยแตกต่างกันประเด็นการประเมินผู้ป่วยที่ มารับการตรวจรักษาในแต่ละครั้ง ควรจะประกอบด้วย

• สภาวะทางด้านคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด

• สภาวะด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ได้แก่ การประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้าเบื้องต้น

• พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

• ปัจจัยเสี่ยงหรือโรคที่พบร่วม ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง อ้วน การสูบบุหรี่

• ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ อาการของน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ในช่วงเวลาก่อนมารับการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ชาปลายมือปลายเท้า ตามัว อาการโรคไตวายเรื้อรัง อาการโรคหลอดเลือดหัวใจอาการหัวใจวายเรื้อรัง รวมถึงการได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี

• ความถูกต้องและสม่ำเสมอในการใช้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงของการใช้ยา ทั้งนี้ ควรประเมินถึงการรับรู้ ความเชื่อความรู้สึก ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อโรคที่เน้นสาเหตุของภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูง แรงจูงใจและปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง โดยสอดแทรกไปกับสภาพปัญหาที่พบแต่ละครั้ง

2.2 การจำแนกผู้ป่วยตามศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การจำแนกผู้ป่วยตามศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะมีประโยชน์ในกรณีที่ รพ.สต. มีผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลมาก มีภาระงานอื่นๆ มาก หรือ มีกำลังคนน้อย ทำให้สามารถวางแผนมุ่งเน้นที่จะให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหามากก่อน จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น

• ผู้ป่วยเบาหวานบางรายแม้ไม่ได้เข้มงวดในการควบคุมอาหารและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากรวมถึงใช้ยาขนาดต่ำ ยังคงสามารถควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี สามารถนัดมารับยาด้วยความถี่ที่ห่างกว่าปกติ และไม่ต้องประเมินอย่างเป็นองค์รวมทุกครั้งที่มารับบริการ

Copyright by Mahidol University

• ผู้ป่วยเบาหวานบางรายมีความตั้งใจและมีปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัวและสังคม สนับสนุนหรือมีปัจจัยเอื้อในการปฏิบัติตนและดูแลรักษาโรคของตนเองได้เป็นอย่างดีการดูแลเพียงแค่สนับสนุนให้กำลังใจและสามารถเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นๆ

• ผู้ป่วยเบาหวานบางรายมีระดับความรุนแรงของโรคมาก ต้องใช้ยาปริมาณมาก และผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ให้ความรู้ เข้าใจความคิด และให้กำลังใจเพื่อให้เข้มงวดในการควบคุมอาหารและปรับพฤติกรรมมากกว่าปกติ

• ผู้ป่วยเบาหวานบางรายมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดสมอง หรือ หัวใจหรือไตวายแล้ว จึงจำเป็นต้องได้รับยาหรือการดูแลด้านอื่นๆ มากกว่าผู้ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

• ผู้ป่วยเบาหวานบางรายมีบริบททางเศรษฐกิจสังคม และครอบครัวที่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลและปรับพฤติกรรมของตนเองผู้ดูแลจึงต้องลงเยี่ยมบ้านและ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยร่วมด้วย

3. การตรวจรักษาและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

3.1 การจัดให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์อย่างเหมาะสม ใน รพ.สต. บางแห่งที่ไม่มีแพทย์ประจำ หรือมีแพทย์ออกตรวจเป็นบางวัน จำเป็นต้องมีการจัดบริการที่คำนึงถึงการกระจายจำนวนผู้รับบริการ และจัดลำดับความจำเป็นให้ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามสภาพทางคลินิกได้เข้าตรวจกับแพทย์ และเพื่อให้แพทย์ได้มีเวลาที่จะประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดและให้การรักษาที่เหมาะสมจำเพาะกับผู้ป่วยได้ จำนวนผู้ป่วยในแต่ละวันควรจะมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่แพทย์ออกตรวจ

3.2 การจัดทำแนวปฏิบัติการตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายโรงพยาบาลแม่ข่ายและรพ.สต. จำเป็นต้องจัดทำแนวปฏิบัติการตรวจรักษาผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย (อาจเป็นแพทย์พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว หรือ เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต.) สามารถใช้เพื่อตัดสินใจการรักษาได้สะดวก แนวปฏิบัตินั้นควรมีการปรึกษาหรือทำความตกลงกับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยว ข้องทั้งหมด โดยต้องทำความเข้าใจและปฏิบัติได้ร่วมกัน รวมทั้งการใช้เพื่อติดตามความถูกต้องในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้น

3.3 การประเมินปัญหาและให้การดูแลแบบเป็นองค์รวม หลักการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบถ้วนเป็นองค์รวม ได้แก่ เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสั้นหรือ BATHE technique คือ การเน้นใช้ “คำถามปลายเปิด”เพียงไม่กี่คำถาม แต่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะสื่อสารกับผู้ให้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University

บริการ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ ที่แสดงให้เห็นความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และบริบทที่แสดงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

3.4 บทบาทของสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทโรงพยาบาลและ รพ.สต. นั้นเป็นส่วนที่ต้องเกื้อหนุนการจัดระบบดูแลซึ่งกันและกันระบบที่ดีในบริบท รพ.สต. ควรจะมีปัจจัยเอื้อสำคัญในการพัฒนาการดูแลคือ มีแพทย์และทีมงานที่เข้าใจธรรมชาติ สภาพปัญหาผู้ป่วยเรื้อรังอย่างแท้จริง เข้าใจชีวิตที่เป็นจริงของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นทีมที่เสริมบทบาทซึ่งกันและกัน ประกอบกับการมีระบบงานที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทและเป้าหมาย เพื่อไม่ให้ระบบบริการสร้างความทุกข์ให้กับคนทำงานจนไม่สามารถพัฒนาตนเองและพัฒนางานได้อย่างต่อเนื่องได้อีก นอกจากนี้ยังต้องมีทีมงานที่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของคนที่สามารถจะเรียนรู้และพัฒนาไม่ว่าจะเป็นทีมงาน ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ในชุมชนอย่างไรก็ตาม การรับรู้บทบาทหลัก บทบาทรองของกันและกันตลอดจนข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยทำให้ รพ.สต.และโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถทำงานร่วมกันได้

3.5 การจัดบริการตรวจภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนประจำปี เพื่อป้องกันความพิการจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเข้มงวดในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง หากไม่สามารถทำการตรวจให้ผู้ป่วยได้ทุกรายผู้ที่มีความเสี่ยงมากที่สุดควรได้รับการตรวจก่อน

4. การให้คำปรึกษาและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรม

4.1 การให้คำปรึกษารายบุคคลมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้โอกาสทำความเข้าใจเชิงลึกในการดูแลรักษาตนเอง พูดระบายความรู้สึกคับข้องใจทำให้ลดความเครียดและความวิตกกังวล ได้เข้าใจปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับตัวโรคของตนเองอย่างถ่องแท้ เข้าใจสาเหตุของผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย วิธีการรักษาหรือวิธีแก้ไขหรือวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้สามารถพัฒนาตนเอง และดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ควรมีการจำแนกผู้ป่วยที่พบว่ามีปัญหา ต้องการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง และให้เวลาในการให้คำปรึกษาพอสมควร หากไม่มีเวลาในวันตรวจรักษา อาจนัดมาให้คำปรึกษาในวันอื่นตามสะดวกหรือใช้การติดตามเยี่ยมบ้าน

4.2 การให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group) มีจุดประสงค์เพื่อใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยกันเองเพื่อเสริมความรู้ความเข้าใจโดยเฉพาะสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การรักษามากขึ้น ผู้ให้บริการจะเป็นเพียงผู้สนับสนุนให้กลุ่มเกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยน

Copyright © by Mahidol University

อย่างเหมาะสมและได้ประโยชน์สูงสุด ควรมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหา และผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างที่ดีได้ นำมาทำกลุ่มร่วมกันอย่างสม่ำเสมอโดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมและระยะเวลาตามความเหมาะสม

5. การจัดบริการด้านเภสัชกรรม สำหรับใน รพ.สต. ที่ไม่มีเภสัชกรที่ปรึกษาหรือร่วมจัดบริการเป็นประจำ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ควรมีความเข้าใจในหลักการของการควบคุมคุณภาพบริการเภสัชกรรม เน้นการจ่ายยาให้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง สามารถท้วงติงแพทย์ในกรณีเกิดความผิดพลาดในการสั่งยาของแพทย์ และสามารถให้ความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาที่ใช้บ่อยๆ แก่ผู้ป่วยได้ หากเป็นไปได้ จุดจ่ายยาแต่ละวันควรมี “ผู้จ่ายยา” และ “ผู้จัดยา” เพื่อสามารถทำการตรวจสอบความถูกต้องของการจัดยาได้สองครั้ง (double checking) ก่อนที่จะจ่ายยาให้ผู้ป่วย โดยผู้จ่ายยาควรเป็นเภสัชกรที่มาร่วมบริการ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับฝึกอบรมด้านการใช้ยา ซึ่งสามารถให้ข้อมูลและตอบคำถามใดๆ เพิ่มเติมได้ ส่วนผู้จัดยาจะเป็นเจ้าหน้าที่ใดก็ได้

6. การให้บริการต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการระหว่างหน่วยบริการและติดตาต่อเนื่องที่บ้าน รพ.สต. เปรียบเสมือนหน่วยบริการที่เป็น “แพทย์เจ้าของคนไข้” ซึ่งต้องติดตามดูแลคนไข้ของตนเองอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอจนสิ้นสุดการดำเนินของโรค รูปธรรมของการให้บริการต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยเบาหวานครอบคลุมการนัดรับยาต่อเนื่อง การติดตามกรณีขาดนัดการเยี่ยมดูแลที่บ้าน ภายใต้การบันทึกข้อมูลที่ต่อเนื่อง

7. การเชื่อมต่อบริการระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต. สามารถทำได้ด้วย

7.1 การพัฒนาให้มีแนวทางและมาตรฐานการรักษาเดียวกัน

7.2 การจัดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลด้านการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความรู้และทักษะการให้บริการการสนับสนุนระบบยาและเวชภัณฑ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติ การตลอดจนการรับส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน ตลอดจนการมีช่องทางให้คำ ปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมายในโรงพยาบาลได้สะดวก

7.3 การเอื้อให้เกิดกิจกรรมที่ดำเนินงานร่วมกัน เช่น การจัดกิจกรรมร่วมหรือ ช่วยให้มีบุคลากรจากโรงพยาบาลทำงานร่วมกับรพ.สต. แบบเพื่อนช่วยเพื่อนในการจัดบริการใน รพ.สต. การกำหนดปฏิทินตรวจสุขภาพตามห้วงเวลาเดียวกันทั้งเครือข่าย กิจกรรมการจัดการความเสี่ยง การจัดกิจกรรมเสริมศักยภาพในลักษณะต่างๆเช่น ชมรมหรือค่าย การมีทีมร่วมกันออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในเขตที่ รพ.สต. รับผิดชอบเมื่อต้องนอนที่โรงพยาบาล

7.4 การร่วมใช้ข้อมูลบริการและใช้ผลงานตามตัวชี้วัดร่วมกันเพื่อใช้ติดตาม พัฒนาทีมและระบบงาน ตลอดจนใช้เพื่อเทียบเคียง (benchmark) กับพื้นที่ใกล้เคียงที่มีการดำเนินงาน

Copyright by Mahidol University

8. การดำเนินการเชิงรุกร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การตรวจสอบว่าสิ่งที่ทำเป็นการทำงานเชิงรุกหรือไม่นั้นพิจารณาจากการเห็นเป้าหมายการทำงานชัดเจนรู้ว่าต้องการให้ชุมชนเป็นอย่างไร ไม่รอให้ปัญหาเกิดแล้วค่อยดำเนินการหรือมีปัญหาเกิดขึ้นได้ลงไปทำงานแก้ไขที่สาเหตุของปัญหาและทำให้ปัญหาที่เกิดเป็น“ปัญหาของชุมชน” การทำงานเชิงรุกในชุมชนคือการที่มุ่งเข้าไปจัดการที่ปัจจัยความเสี่ยงและเสริมปัจจัยที่สร้างสุขภาพในระดับชุมชน ที่จะเป็นแรงหนุนเสริมโอกาสให้กับระดับบุคคลในการปรับเปลี่ยนและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้โดยที่ชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาด้วยตนเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

โอเร็มเป็นบุคคลแรกที่นำทฤษฎีการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนาการพยาบาล ซึ่งเนื้อหาสาระ สำคัญของแนวคิดในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม คือ การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้นบุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ การพยาบาลจะเข้ามามีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยการกระทำแทน หรือกระทำให้ กับผู้ป่วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ หรือให้สุขภาพกลับดีขึ้น และอยู่ได้อย่างปกติสุข (Taylor, 1994)

จากสาระสำคัญของทฤษฎี ได้สะท้อนถึงความเชื่อเกี่ยวกับ คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล ดังนี้

คน (Person) โอเร็มมีความเชื่อว่า คนเป็นผู้ที่มีศักยภาพและสามารถกระทำตามที่ได้ตั้งใจไว้ (Deliberate action) มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และวางแผนจัดระบบการดูแลตนเองได้ คนมีลักษณะเป็นองค์รวม และทำหน้าที่ทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัตรคือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (Orem, 1995)

สิ่งแวดล้อม (Environment) โอเร็มเชื่อว่า คนกับเรื่องสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน สิ่งแวดล้อมแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางเคมี และชีวภาพ เช่น บรรยากาศของโลก ควันพิษ ภูมิอากาศ ที่อยู่อาศัย สัตว์ ไวรัส แบคทีเรีย เป็นต้น

Copyright by Mahidol University

2. สิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น ครอบครัว ขนาดความสัมพันธ์ ลักษณะและแหล่งประโยชน์ของครอบครัว

3. ชุมชน เช่น ประชากร แหล่งประโยชน์ในชุมชนระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

นอกจากนั้นโอเร็มยังกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการ คือ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลตั้งเป้าหมายและปรับพฤติกรรมให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่สามารถทำหน้าที่ได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นรอบข้าง

ซึ่งการทำหน้าที่ดังกล่าวทุกด้านมีความเกี่ยวพันกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และการที่จะมีสุขภาพดีได้นั้น บุคคลต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง นอกจากนั้นโอเร็มได้แยกความผาสุก (well-being) ออกจากสุขภาพ และให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะ เป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข สุขภาพกับความผาสุกมักจะมีความสัมพันธ์กัน ในบางครั้งคนที่เจ็บป่วยอาจรับรู้ถึงความผาสุกได้ (Orem, 1995)

การพยาบาล (Nursing) เป็นบริการแก่มนุษย์อย่างหนึ่งในสังคม โดยมีลักษณะเฉพาะคือ เป็นบริการสุขภาพที่มีจุดเน้นที่ความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล การพยาบาลนั้นเป็นการช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแทนบุคคลเมื่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำได้ และช่วยบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และมีความผาสุกของบุคคลนั้นๆ (Orem, 1995)

ทฤษฎีการพยาบาลทั่วไปของโอเร็มประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก ซึ่งเป็นแก่นของทฤษฎี คือ การดูแลตนเอง (Self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demang) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และมโนทัศน์ประกอบคือ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งมโนทัศน์ทั้งหมดประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแล และทฤษฎีการพยาบาล ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึงการดูแลตนเอง (Self-care)

โอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 คือ เป็นการกระทำและผลของการกระทำ ซึ่งโอเรมจำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองไว้ 3 สภานะคือ

Copyright by Mahidol University

1. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งศักยภาพและสุขภาพของบุคคลการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการเป็นการดูแลตนเองที่ เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จะเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีความผิดปกติเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งในงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรมในภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนซึ่งโอเรม ซึ่งประกอบด้วย

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถของตนเองที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

Copyright© by Mahidol University

โอเรม (1995) กล่าว่าการที่บุคคลจะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้บรรลุเป้าหมายนั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งทำให้บุคคลสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองให้บรรลุถึงความต้องการในการดูแลตนเอง ตลอดจนควบคุมกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยแสดงออกมาในรูปแบบการดูแลตนเองความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่

1. ความสามารถพื้นฐานและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundation Capabilities and Disposition) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับบุคคล เช่น ความจำ ความสามารถในการเขียน อ่าน หาเหตุผล นิสัยประจำตัว ฯ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Enabling Capabilities for Self-care) เป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของบุคคลที่เฉพาะเจาะจงเพื่อการดูแลตนเอง เช่น ความสนใจ เอาใจใส่ แรงจูงใจ ทักษะการตัดสินใจ ฯ

3. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care Operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง นอกจากองค์ประกอบทั้ง 3 ประการแล้ว โอเรม (1995) กล่าวว่าในการพิจารณาความต้องการในการดูแลตนเองนั้นยังต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning Factors) เป็นปัจจัยร่วมด้วย ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ลักษณะสังคมประเพณี ภาวะสุขภาพ (ระยะเวลาในการเป็นโรค) ปัจจัยระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ความพร้อมและความเพียงพอของแหล่งบริการด้วย

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning Factors)

ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเอง จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2544)

1. อายุ เพศ และระยะพัฒนาการ การประเมินปัจจัยทั้งสามอย่างจะช่วยให้ทราบถึง 1) ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ 2) ระยะของพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น ผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง 3) ศักยภาพริเริ่ม หรือกระทำอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาความสามารถตนเอง

2. สภาพที่อยู่อาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยจะช่วยให้ปรับวิธีการในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานต้องฉีดอินซูลินที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด จะฉีดยาตนเองอย่างไรให้ปลอดภัย

Copyright by Mahidol University

จากการติดเชื้อและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งวิธีการที่ฉีดจะต้องแตกต่างจากผู้ป่วยฐานะดี อาศัยอยู่ในบ้านที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกในการฉีดยา

3. ระบบครอบครัว สังคม ประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และช่วยบ่งบอกถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือผู้รับผิดชอบดุแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งประโยชน์ทั้งเงินทองและเวลาในการจัดระบบดูแลตนเอง

4. ระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ แต่กุญแจสำคัญคือการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างจริงจังเท่าที่ความสามารถของตนเองจะมีได้

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับระบบครอบครัว ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเอง ในการปฏิบัติพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลตนเองโอเรม ระบบครอบครัวถูกมองใน 3 รูปแบบคือ 1) ครอบครัวเป็น ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factor) ที่กำหนดความต้องการการดูแลของบุคคลและความสามารถในการดูแลตนเอง 2) ครอบครัวเป็นโครงสร้าง (Setting) ของ Dependent care unit และ 3) ครอบครัวเป็นหน่วยของการให้บริการ (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001)

ในรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งตัวบุคคลหรือผู้ป่วยเป็นหน่วยของการให้บริการ Orem ถือว่าครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐาน(Basic conditioning factor) และมองครอบครัวว่าเป็นปัจจัยที่กำหนดระบบครอบครัว (Self-care system), ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand), และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ของผู้ป่วย ระบบครอบครัวซึ่งสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวมีการทำหน้าที่ต่างๆกัน จัดว่าเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดขอบเขตของความต้องการการดูแลและการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยในครอบครัว Orem กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ภายในครอบครัว คุณค่าของการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisite) ถูกกำหนดโดยครอบครัว เช่น ขนาดของครอบครัว ความคาดหวังของครอบครัวต่อสมาชิกแต่ละคน แหล่งประโยชน์ภายในครอบครัวที่มีอยู่ ล้วนแล้วแต่มีผลในการกำหนดการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisite) และวิธีการตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisite) เหล่านั้นของสมาชิกแต่ละคน (Orem, Taylor & Renpenning, 2001) ตัวอย่างเช่น คนที่เติบโตในครอบครัวใหญ่อาจมีความต้องการความเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่แตกต่างจากคนที่เติบโตในครอบครัวเล็ก และอาจต้องได้รับการช่วยเหลือที่แตกต่างออกไปเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนั้น นอกจากนี้ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

Copyright© by Mahidol University

สำหรับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยใช้ในการจัดการความต้องการการดูแลของตนเอง ในทางกลับกัน ในบางสถานการณ์ ครอบครัวถูกมองว่ามีผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวอาจจะไม่สนใจในความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือไม่สามารถยอมรับความจำเป็นในการร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ หรือความจำเป็นในการร่วมมือในการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

นอกจากนี้ Orem ยังมองระบบครอบครัวเป็นหน่วยของการให้บริการพยาบาล บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า ครอบครัวเกิดจากการรวมกันเป็นหนึ่งเดียวของสมาชิก ทำให้เกิดโครงสร้างและการทำหน้าที่ของครอบครัวที่แตกต่างไปจากของบุคคล ในการจัดระบบการพยาบาลตามแนวคิดของ Orem พยาบาลต้องเข้าใจความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่าง บุคคลและผลของสภาวะความเป็นอยู่ของบุคคลนั้นๆ เพื่อการออกแบบระบบการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคคล พยาบาลจำเป็นต้องทราบถึง บทบาทของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ความสัมพันธ์ที่มีอยู่และที่เปลี่ยนแปลงไป องค์ประกอบและความเพียงพอของระบบการดูแลตนเอง รวมทั้งโครงสร้างครอบครัวและการหน้าที่ของครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยของการให้บริการ (Orem, Taylor & Renpenning, 2001)

ตามทฤษฎี self care deficit nursing theory ครอบครัวมีหน้าที่เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง และ การดูแลที่ได้รับจากบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพา (dependent-care) ของสมาชิกครอบครัวทุกคน ซึ่งอาจมีมากกว่าหรือแตกต่างๆไปจากการตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของสมาชิกแต่ละคน (Orem, Taylor & Renpenning, 2001) Taylor (1989) วิเคราะห์การทำหน้าที่ของครอบครัว ตาม General theory of nursing ของ Orem และสรุปว่าครอบครัวมีการทำหน้าที่ 4 ด้านคือ 1) การปฏิสัมพันธทางสังคมระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (self care agent) และ ความสามารถของผู้ที่ให้การดูแลบุคคลอื่น(dependent care agent), 2) การรับรู้ถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (theraputic self care demand) ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว และการพัฒนากลวิธีในการตอบสนองความต้องการเหล่านั้น, 3) การเข้าถึง การควบคุมและจัดการแหล่งประโยชน์ที่ต้องการในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self care demand) และความต้องการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว, และ 4) การบูรณาการการดุแลตนเองและ การดูแลที่ได้รับจากบุคคลที่เป็นที่พึ่งพา (dependent care) ในด้านต่างๆในแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่ครอบครัวพึงพอใจ

Copyright by Mahidol University

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของโอเรมมาเป็นกรอบแนวคิดและได้เลือกปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล (Basic Conditioning Factors) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวและการสนับสนุนจากครอบครัว โดยในเบื้องต้นผู้วิจัยขอกล่าวถึงความหมายของคำว่าครอบครัว โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

The United Stated Bureau of the Census (1988) แห่งอเมริกาได้ให้คำนิยามว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิด การแต่งงานหรือการรับบุตรบุญธรรมและอาศัยอยู่ร่วมกัน

คณะอนุกรรมการด้านครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ได้ให้คำนิยามว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์ จิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกันรวมทั้งการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต

ครอบครัวเป็นกลุ่มของบุคคลทีสมาชิกมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือการรับเข้าเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกอยู่ในครัวเรือนเดียวกันหรือบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีกรอบวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีของครอบครัวร่วมกัน (Burgess อ้างใน รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541)

มนัส วณิชชานนท์ (2550) กล่าวว่า ครอบครัวคือกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นสถาบันหลัก ครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบและหลากหลายลักษณะ โดยสรุปครอบครัวคือกลุ่มของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นทีมีความผูกพันกันทางอารมณ์ จิตใจมีการดำเนินชีวิตร่วมกัน พึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม

ครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นสถาบันที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ยิ่งในบริบทของสังคมไทยด้วยแล้วครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กันในระบบเครือญาติ เป็นจุดกำเนิดของความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) ครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน ให้กำลังใจ ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ให้ข้อเสนอแนะ ตักเตือนเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ (ดลิน ปิ่นน้อยและคณะ, 2005) ซึ่งครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวสามารถเป็นแหล่งที่เกื้อหนุนต่อการทุเลา การหาย และฟื้นฟูโรค (Suttiamnuaykul, 2002)

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวและ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้นพบว่า

โครงสร้างของครอบครัว (family structure)

โครงสร้างครอบครัวแบ่งได้หลายแบบ เช่นตามประเภทของสมาชิก ตามระบบย่อยของครอบครัว ตามโครงสร้างบทบาทของสมาชิก โครงสร้างอำนาจ โครงสร้างด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ โครงสร้างด้านค่านิยม ในการศึกษานี้ใช้โครงสร้างครอบครัวตามประเภทของสมาชิก (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) ได้แก่

ก. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตร ซึ่งในกรณีมีสามี หรือ ภรรยามากกว่า 1 คน (Polygamy) ก็รวมถึงสามีหรือภรรยานั้นพร้อมบุตร

ข. ครอบครัวขยาย (Extended family) หมายถึงครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวรวมญาติทั้งด้านสามีหรือ ภรรยาที่ร่วมอยู่ในครอบครัวด้วย

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกน้อยซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีด้วย (ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540) และจากการศึกษาของ อำไพ ชนะกอกและคณะ (2540) ศึกษาแบบแผนสุขภาพ ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จ.เชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านออกกำลังกายดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัฏฐพร ศรีฟ้า (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้หญิงในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวพบว่าหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว แต่การศึกษาของอุมากร ใจยั่งยืน (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลับ พบว่า โครงสร้างครอบครัว คือลักษณะครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

Copyright by Mahidol University

การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning)

McCuubbin และ Thompson (1991) ได้ให้ความหมายของคำว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวว่า เป็นกลุ่มของคุณลักษณะหรือคุณสมบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบครอบครัว (family system) ซึ่งสามารถใช้อธิบายลักษณะปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ รวมทั้งการปฏิบัติของครอบครัวนั้น ๆ เช่น การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว วิธีการแก้ไขปัญหา ความใกล้ชิดผูกพันกันในครอบครัว ฯลฯ ซึ่งคุณสมบัติต่าง ๆ ของครอบครัวได้

Hanson (2001) ได้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นบทบาทหรือวัตถุประสงค์ของครอบครัวที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวและสังคมที่ครอบครัวนั้นดำรงอยู่

การที่ครอบครัวจะผาสุก มีความเจริญรุ่งเรือง มีพัฒนาการของครอบครัวอย่างปกติสุข สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้นั้นสมาชิกต้องทำกิจกรรมร่วมกัน ภารกิจของครอบครัวที่ทุกคอบครัวควรกระทำ (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) ได้แก่

1. หน้าที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกด้านชีวภาพ โดยจัดหาสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตอย่างเพียงพอ เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้า ฯลฯ รวมทั้งการดูแลสุขภาพและการรับบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น

2. หน้าที่ในกาตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ โดยการให้ความความรัก ความเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งทำให้สมาชิกมีบุคลิกภาพมั่นคง

3. หน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสมาชิก ให้สามารถเป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม เป็นพลเมืองดีของชาติในอนาคต ต้องมีการอบรมสั่งสอน ให้คำแนะนำ ดูแลความประพฤติของสมาชิก รวมทั้งให้โอกาสในการเรียนรู้ และฝึกทักษะเพื่อให้สามารนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิตในอนาคตต่อไป

4. หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสภาพทางสังคม โดยการเตรียมสมาชิกที่มีวัยอันควรเข้าสังคม พร้อมทั้งสนับสนุนสมาชิกของตนให้มีเกียรติ เป็นที่ยอมรับในสังคม

5. หน้าที่ในการสืบเชื้อสายหรือการผลิตสมาชิกใหม่เป็นผู้สืบสกุลอย่างต่อเนื่อง โดยการ แต่งงานมีบุตรหรือรับบุตรบุญธรรม

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster Model (Epstein et al,1982 อ้างใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) กล่าวว่าครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open system) และมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอก ซึ่งแต่ละหน่วยในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกันดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้นไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลคนใดคนหนนึ่งเพียงลำพัง จำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์

ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย และรูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดการองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดกิจกรรมของสมาชิกแต่ละคน ซึ่ง McMaster ได้แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออก เป็น ด้านการแก้ปัญหา การสื่อสารบทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม

1. การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในแต่ละครอบครัวจะมีทักษะในกรแก้ไขปัญหาแตกต่างกัน บางครอบครัวสามารถแก้ปัญหาด้านวัตถุได้หมด แต่อาจแก้ปัญหาทางอารมณ์ลำบาก ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะแก้ปัญหาอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ ปัญหาที่มีจึงเป็นปัญหาที่เพิ่งเกิดใหม่ไม่ใช่ปัญหาเรื้อรัง ในทางตรงข้ามกันครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพมักแก้ปัญหาอย่างไม่เป็นระบบ จนกลายเป็นปัญหาเรื้อรังในที่สุด

2. การสื่อสาร หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสื่อสารโดยใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้อย่างชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้ากาสื่อสารมีความคลุมเครือมากเท่าใด ครอบครัวก็จะทำหน้าที่ได้ไม่ดี การสื่อสารแบบคลุมเครือและอ้อมค้อมจะทำให้อีกฝ่ายสื่อสารกลับมาในรูปแบบเดียวกัน ในครอบครัวปกติความสามารถในการสื่อสารในแต่ละด้านจะแตกต่างกันไป ในบางครอบครัวการสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาที่ขัดแย้งกันนั้นอาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย แต่จะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้นๆ และไม่ทำให้เกิดปัญหาแต่อย่างใด

3. บทบาท หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติซ้ำ ๆ เป็นประจำบทบาทแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ

3.1 บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วนเพื่อให้ครอบครัวดำรงได้อย่างปกติสุข นั่นคือ การจัดหาปัจจัย 4 ให้แก่สมาชิก การเลี้ยงดูฟูมฟักและให้การประคับประคองสนับสนุนสมาชิก การตอบสนองความต้องการของสมาชิกในด้านต่างๆ เป็นต้น

3.2 บทบาทอื่นๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจเป็นบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

4. การตอบสนองทางอารมณ์ คือ ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีหลายแบบทั้งอารมณ์เชิงบวก เช่นอารมณ์รัก และอารมณ์เชิงลบ เช่น กลัว โกรธ ในครอบครัวที่มีปัญหามักเกิดจากการแสดงอารมณ์ที่น้อยเกินไป หรือมากเกินไป

Copyright by Mahidol University

5. ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีให้ต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน ซึ่งหลายระดับ ได้แก่

5.1 ปราศจากความผูกพัน คือ ครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย

5.2 ผูกพันแบบไม่รู้สึก คือสมาชิกมีความสนใจกันเพียงเล็กน้อย โดยปราศจากความลึกซึ้งทางอารมณ์และความห่วงใยด้วยใจจริง

5.3 ผูกพันเพื่อตนเอง คือ ความสนใจอีกฝ่ายหนึ่งเป็นไปเพื่อตนเอง ไม่ใช่ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างจริงใจ

5.4 ความผูกพันอย่างมีความเข้าใจ เป็นความผูกพันที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง เป็นความผูกพันที่มีความเหมาะสมที่สุด

5.5 ผูกพันมากเกินไป เป็นความผูกพันเป็นไปอย่างปกป้องหรือจุ้นจ้านมากเกินไป จนอีกฝ่ายหนึ่งไม่มีความเป็นส่วนตัว

5.6 ผูกพันเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน เป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนทั้งคู่เหมือนเป็นบุคคลคนเดียวกันและของเขตระหว่างบุคคลนั้นไม่ชัดเจนจนแทบไม่มีเลย

6. การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมสิ่งที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในเขตที่เหมาะสม ไม่เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

การศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ประยุกต์ตามแนวคิดของ McCubbin และ Thompson อ้างในวรรณภา สุทธิอำนวยกุล (วิมลนันท์ พุฒิวนิชพงศ์), (2547) ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวนั้นยังมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ในด้านการแก้ไขปัญหาทักษะในการสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ บทบาทและการควบคุมพฤติกรรม และหน้าที่โดยทั่วไป จากการศึกษางานวิจัยพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับทำหน้าที่ของครอบครัวที่ส่งผลต่อการดูลตนเองของโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในประเทศไทยยังมีน้อยซึ่งจะเห็นว่าจากการศึกษาของสุชาติ ศุภปีติพร และ ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทไม่ต้องพึ่งอินซูลิน ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 127 รายที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ไขปัญหาการสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านบทบาทและการควบคุมพฤติกรรม และจากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณพบว่าการ

Copyright by Mahidol University

ปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ไขปัญหา และความผูกพันทางอารมณ์ สามารถร่วมทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในต่างประเทศที่แสดงให้เห็นถึงการทำหน้าหน้าที่ของครอบครัวนั้นยังส่งผลทางอ้อมกับการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2โดยผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 138 คน ผลจากงานวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวนั้นมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านการควบคุมอาหารและสนับสนุนจากครอบครัวในด้านการควบคุมอาหารจึงส่งผลต่อการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Wen et al., 2004) และจากการศึกษาของ แฮนสัน (1995) และ โคเนน (1993) ยังได้กล่าวว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้นมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองหรือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอีกด้วย

การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support)

การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นการสนับสนุนจากสังคมที่ได้จากบุคคลในครอบครัว และ มีผู้สนใจให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ดังนี้

House (1981) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านสิ่งของ

Procidano & Heller (1983) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนจากครอบครัว คือ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการสนับจากครอบครัวในด้าน จิตใจ อารมณ์และ การได้รับข้อมูลข่าวสาร

โดยสรุปการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว คือ การให้ความรัก ให้การดูแลเอาใจใส่และให้ความยกย่อง ให้ความช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งของ การให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจและยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยนั้น จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งหมายถึง การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี จากแนวคิดและความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวดังกล่าว ได้มีผู้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดดังกล่าวไว้คล้ายคลึงกันหลายท่าน ดังนี้

Schaefer, et al (1981) และสมจิต หนุเจริญกุล (2540) มีความเห็นสอดคล้องกันว่า แรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก หรือการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ไขปัญหาให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ และการบริการ

House (1981) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 4 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพันความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเองและเปรียบเทียบตนเอง กับผู้ที่อยู่ร่วมกันในสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้คำแนะนำ การให้ข้อเสนอแนะ ทิศทางและข้อมูลข่าวสารซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่อง เงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนจากครอบครอบครัวของ Procidano & Heller (1983) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยในด้าน การสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นได้มีการศึกษาไว้อย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งจากการศึกษาของ Zhang (1999) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญและในการศึกษาอื่นๆ ยังพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วย (พรทิพย์ ฉายเพิ่มศักดิ์, 2544) และการศึกษาของ Xiaolian (2001) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจอุดกั้น พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้การสนับสนุนจากครอบครัวยังมีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Thanakwang, K.& Soonthordhada,Ku., 2008) และยังมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ การสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง

Copyright by Mahidol University

ปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาพบว่ากาสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย (อรัญญา ลำพุทธา, 2548) จากการศึกษาของ Wang & Fenske (1996) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวละเพื่อนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนดีจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของสุพรรณี ศรีกงพาน (2550) พบว่า ผู้ป่วยเหวานมักรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวมักจัดเตรียมผลไม้ต่างๆ ตามฤดูกาลไว้ให้ นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังละเลยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ขาดการพูดคุยมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ขาดการยกย่องชมเชยกันและกันเมื่อผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดี เมื่อผู้ป่วยทำได้สักพัก ถ้ารู้สึกเบื่อก็จะหยุด รวมทั้งไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ จะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วย หรือเกิดความเรื้อรังของโรค ผู้ป่วยจะต้องการการช่วยเหลือหรือต้องการแรงสนับสนุนจากผู้อื่นเช่น จากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตและทางกฎหมาย ได้แก่ บิดา มารดา สามี บุตร หลาน เขยหรือสะใภ้ ซึ่งบุคคลกลุ่มดังกล่าวจะใช้เวลา และมีกิจกรรมร่วมกันมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าว สาร ให้การดูแลเอาใจใส่และให้ความรักซึ่งกันและกันจึงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

โดยจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวที่ศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศส่วนใหญ่ได้มีการศึกษาในปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแตกต่างกันไปส่วนใหญ่ที่พบมักเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนในปัจจัยอื่นๆ เช่น โครงสร้างของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว นั้นยังมีอยู่น้อย และส่วนใหญ่ยังศึกษามากในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นเด็กและวัยรุ่น การศึกษาในวัยผู้ใหญ่ยังมีอยู่น้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง โครงสร้างครอบครัว ทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัว กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ในช่วงเดือน มีนาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2553

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 7 แห่งในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 937 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่ง ในอำเภอบ้านโป่ง โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี
2. ต้องอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกับสมาชิกในครอบครัว อย่างน้อย 1 ปี
3. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาด้านสมอง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคทางจิตเวช หรือเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

Copyright by Mahidol University

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล Estimated effect size (Polit, 2003) เมื่อกำหนดให้ มีอำนาจในการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยมีระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ระดับอำนาจในการวิเคราะห์ .80 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล medium effect = .30 (ไม่มีงานวิจัยเฉพาะที่หาขนาด Effect size ได้) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 ราย

วิธีการคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขและกลุ่มตัวอย่าง

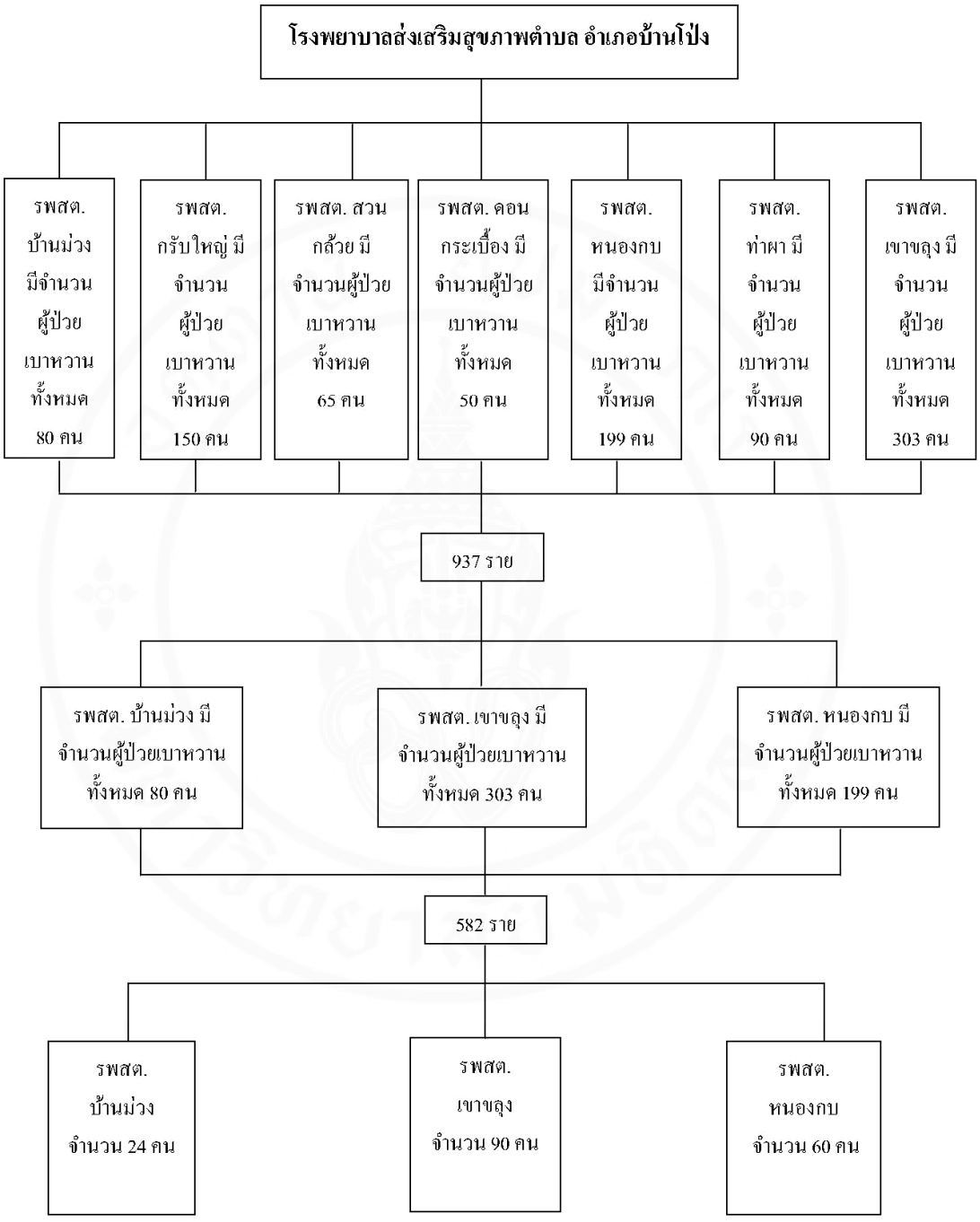
ผู้วิจัยทำการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3 แห่ง จากจำนวน 7 แห่ง ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาขลุง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกบ

ประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอบ้านโป่งที่ขึ้นทะเบียนเขารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 7 แห่ง ทั้งหมดจำนวน 937 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากเพื่อคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำนวน 3 แห่ง ได้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 582 คนนำมาคำนวณตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนตรวจรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง จำนวน 24 คน
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาขลุง จำนวน 90 คน
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกบ จำนวน 60 คน

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จับสลากรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานนัดที่เข้ารับบริการการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในวันที่ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด 174 ราย ดังแผนภูมิที่ 3.1

Copyright by Mahidol University



แผนภูมิที่ 3.1 แสดงวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

Copyright by Mahidol University

แหล่งเก็บข้อมูล

การเก็บรวมรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลในคลินิกโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นคลินิกผู้ป่วยนอกให้การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ฯ ที่ต้องรับการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง และลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ๆ โดยมีแพทย์และเภสัชกรจากโรงพยาบาลบ้านโป่งมาให้บริการร่วมกับเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเปิดให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน เวลา 8.30-12.00 โดยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงให้บริการในทุกวันพุธ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาขลุงให้บริการในทุกวันพฤหัสบดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกบให้บริการในทุกวันศุกร์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูม ซึ่งปรับเปลี่ยนมาจากศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ปฏิบัติบำบัดทางหัตการที่ไม่เป็นอันตราย เช่น เย็บแผล ผ่าฝี ถอดเล็บ ทำแผล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรัง วางแผนครอบครัว ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ให้บริการทุกวันตั้งแต่เวลา 8.30-20.00 น. ให้บริการทางทันกรรม 3 วันต่อสัปดาห์ (จันทร์-พุธ) คลินิกเด็กดีและฉีดวัคซีน ให้บริการในทุกวันที่ 10 ของทุกเดือน และตรวจรักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยทีมแพทย์จากโรงพยาบาลบ้านโป่ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เลา 8.00-12.00 น. มีผู้เข้ารับบริการตรวจรักษาเฉลี่ยวันละ 30-80 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และ โครงสร้างของครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบและให้ตอบเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย (Thai Family Functioning Scale (TFFS)) ของ วรรณภา สิทธิอำนวยกูล (2548) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 22 ข้อ และความหมายทางลบ 8 ข้อ ข้อคำถามในแบบเครื่องมือวัดนี้ประกอบด้วย 3 มิติ คือ

1. ความใกล้ชิด ผูกพันกันในครอบครัว (Cohesion) ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 7, 9, 11, 14, 17, 20, 24, 28, 29

2. การติดต่อสื่อสารกันในครอบครัว (Communication/ Feeling Expression) ได้แก่ ข้อ 4, 8, 12, 15, 18, 22, 26, 30

3. วิธีการแก้ไขปัญหาของครอบครัว (Problem Solving) ได้แก่ ข้อ 1, 6, 10, 13, 16, 19, 21, 23, 25, 27

โดยมีเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

ข้อที่ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29 คิดระดับคะแนนดังนี้

ไม่เคยเกิดขึ้นเลย = 0 คะแนน
เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง = 1 คะแนน
เกิดขึ้นบ่อยครั้ง = 2 คะแนน
เกิดขึ้นเป็นประจำ = 3 คะแนน

ข้อที่ 4, 8, 12, 15, 18, 22, 26, 30 คิดคะแนนดังนี้

ไม่เคยเกิดขึ้นเลย = 3 คะแนน
เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน
เกิดขึ้นบ่อยครั้ง = 1 คะแนน
เกิดขึ้นเป็นประจำ = 0 คะแนน

คะแนนรวมที่ได้จะมีค่าอยู่ในช่วง 0 - 90 โดยที่

0 - 30 คะแนน แสดงว่าองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (unhealthy or poor family function)

31 - 60 คะแนน แสดงว่าองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (moderate family function)

61 - 90 คะแนน แสดงว่าองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ดี (healthy or good family function)

Copyright by Mahidol University

คะแนนเฉลี่ยที่ได้เมื่อแยกเป็นรายด้าน 3 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิด ผูกพันกันในครอบครัว, การติดต่อสื่อสารกันในครอบครัว และ วิธีการแก้ไขปัญหาของครอบครัวอยู่ในช่วง 0-3 โดยที่

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีการทำหน้าที่ในครอบครัวรายด้านอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีการทำหน้าที่ในครอบครัวรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีการทำหน้าที่ในครอบครัวรายด้านอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว

แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวของ อุมากร ใจยั่งยืน (2551) ที่ได้พัฒนาเครื่องมือจาก Modified Perceived Social Support from Family scale (MPSS-Fa) (Zhang,1997) จำนวน 19 ข้อ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนในด้านจิตใจ อารมณ์ และ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการให้ข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนด้านการเงินและสิ่งของที่ได้รับจากครอบครัว โดยผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนข้อความ โดยตัดข้อคำถามออก 1 ข้อและเพิ่มข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ รวมเป็นข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 คิดคะแนนดังนี้

มาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ
ให้คะแนน = 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
ให้คะแนน = 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงบางส่วน
ให้คะแนน = 2 คะแนน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
ให้คะแนน = 1 คะแนน

Copyright by Mahidol University

และในข้อที่ 9, 15

มาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ
ให้คะแนน = 1 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
ให้คะแนน = 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงบางส่วน
ให้คะแนน = 3 คะแนน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
ให้คะแนน = 4 คะแนน

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.50 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน รับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน รับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน รับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเอง

แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเอง (The Summary of Diabetes Self-care Activities Measure (SDSCA)) เป็นแบบวัดกิจกรรมการดูแลตนเองของ ภาวนา กีรติยุตวงศ์ (2548) พัฒนามาจากแบบสอบถาม Toobert & Glasgow (2001) รวม 19 ข้อประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารข้อ 1-7, การออกกำลังกายข้อ 8-9, การประเมินตนเองข้อ 10-12, การดูแลเท้าและสุขอนามัยข้อ 13-17 และ การรับประทานยาข้อ 18-19 โดย

โดนมีเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

การคิดระดับคะแนน โดยข้อ 1, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19

0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ ระดับคะแนน = 0

1 หมายถึง ปฏิบัติ 1 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 1

2 หมายถึง ปฏิบัติ 2 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 2

3 หมายถึง ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 3

4 หมายถึง ปฏิบัติ 4 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 4

5 หมายถึง ปฏิบัติ 5 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 5

Copyright by Mahidol University

6 หมายถึง ปฏิบัติ 6 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 6

7 หมายถึง ปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 7

และในข้อ 2, 3, 4, 7 คิดระดับคะแนนเป็น

0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ ระดับคะแนน = 7

1 หมายถึง ปฏิบัติ 1 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 6

2 หมายถึง ปฏิบัติ 2 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 5

3 หมายถึง ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 4

4 หมายถึง ปฏิบัติ 4 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 3

5 หมายถึง ปฏิบัติ 5 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 2

6 หมายถึง ปฏิบัติ 6 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 1

7 หมายถึง ปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์ ระดับคะแนน = 0

โดยมีเกณฑ์การคิดคะแนน โดยการรวมจำนวนวันในการทำกิจกรรมในแต่ละหัวข้อ โดยการคิดแยกแต่ละหัวข้อ หรือ รวมทุกหัวข้อ จะได้คะแนนรวมทั้งหมด 133 คะแนน ซึ่งระดับคะแนนที่สูง จะแสดงถึงการดูแลตนเองที่ดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำนำแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวที่ผ่านการแก้ไข โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยวิธีหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

Copyright by Mahidol University

หลังจากที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความเหมาะสม ดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนข้อความ ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อเนื่องจากมีความหมายใกล้เคียงกันคือ ท่านรู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่กับครอบครัว และ ในยามที่ท่านอยู่กับครอบครัว ท่านมีความรู้สึกอบอุ่น และเพิ่มเติมข้อคำถามจำนวน 4 ข้อที่เกี่ยวกับการสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรค การกระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยาและการตรวจตามนัด และ ความสนใจการสอบถามผลการตรวจรักษาเพื่อให้สอดคล้องกับกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ตัดข้อคำถามอีก 1 ข้อเนื่องจากสามารถนำมารวมกับข้อคำถามอื่นได้ และเพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อที่เกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัวด้านการออกกำลังกาย และ การชมเชยผู้ป่วย รวมเป็นข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.81

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว และ กิจกรรมการดูแลตนเองไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82, 0.89 และ 0.80 ตามลำดับ และจากการหาความเชื่อมั่นจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 174 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.83, 0.91 และ 0.70 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงของการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการโดยความสมัครใจและมีการลงนามใบยินยอมเข้าโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อบริการและการตรวจรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ผู้วิจัยชี้แจ้งวิธีการเข้าร่วมวิจัยและการเก็บรักษาความลับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกเปิดเผยต่อบุคคลอื่น นอกจาก

คณะผู้วิจัย หรือบุคคลที่มีหน้าเข้ามาตรวจสอบการดำเนินการวิจัยในคน และก่อนเข้าร่วมในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยประการใดสามารถซักถาม โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและตอบข้อสงสัยนั้นจนกว่าจะเข้าใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล

2. หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงสาธารณสุข อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจ้งรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมแนบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แก่คณะผู้บริหารหน่วยงานที่รับผิดชอบทราบ ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ อำเภอบ้านโป่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3 แห่งที่สุ่มได้ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง เขาขลุง และ หนองกบที่ได้รับคัดเลือกในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบ้านโป่ง จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง หนองกบ และเขาขลุงโดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานจากรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่นัดมาตรวจรักษาในวันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ให้ให้เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ๆ ช่วยแนะนำตัวผู้วิจัย ขออนุญาตให้ผู้วิจัยพูดคุยพร้อมกับผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า แนะนำโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยแจกเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถามจนผู้ป่วยเข้าใจ จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงแยกกลุ่มตัวอย่างไปในสถานที่ที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัวภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อแจกแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบด้วยตนเองตามลำพัง และผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณนั้น หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีคำถามสามารถซักถามผู้วิจัยได้ทันที ในกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้เอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟัง ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น

ผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนจากผู้เข้าร่วมวิจัยทันทีหลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการคือ 174 ราย

6. รวบรวมนำแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่เก็บได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ (Data Analysis) โดยใช้โปรแกรม SPSS version 16 สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นโรคนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการวิเคราะห์ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูล

2. คะแนนรวมของการทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัว กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยใช้สถิติโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 กับ ปัจจัยด้านครอบครัวได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และ การสนับสนุนจากครอบครัว ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 3 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาขลุง, หนองกบ และ บ้านม่วง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 174 รายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอในรูปการบรรยายประกอบตารางแบ่งออกเป็นเป็น 3 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็น (ร้อยละ 77.60) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.27) มีช่วงอายุระหว่าง 60-69 (ร้อยละ 34.48) อายุเฉลี่ย 62.67 ปี (S.D. = 10.27 ปี) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 65.50) มีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 40.80) มีระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 60.34) และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 2-4 คน (ร้อยละ 64.93) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

Copyright© by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาในการเป็นโรค (n = 174)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=174)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	22.4
หญิง	135	77.6
อายุ (ปี)		
40-49	20	11.5
50-59	44	25.3
60-69	60	34.5
ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป	50	28.7
mean = 62.31, SD=10.27, min-max = 40-78		
สถานภาพสมรส		
โสด	13	7.5
หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่	37	21.2
คู่	124	71.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	52	29.9
ประถมศึกษา	114	65.5
มัธยมศึกษา	8	4.6
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	27	15.5
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	31	17.8
เพียงพอแต่มีหนี้สิน	45	25.9
เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	71	40.8

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาในการเป็นโรค (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=174)	ร้อยละ
ระยะในการเป็นโรคเบาหวาน (ปี)		
1-5	48	27.6
6-10	105	60.3
11-15	8	4.6
16-20	8	4.6
20 ปีขึ้นไป	5	2.9
mean = 7.70, SD=4.75, min-max = 1-25		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมตัวผู้ป่วยด้วย)		
2 - 4 คน	113	64.9
5 - 7 คน	53	30.5
8 – 10 คน	8	4.6
mean = 4.13, SD=1.67, min-max = 2-10		

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว และ กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 มีรายละเอียดดังนี้

โครงสร้างครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรโครงสร้างครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโครงสร้างครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยวจำนวน 99 คน (ร้อยละ 56.9) และครอบครัวขยายจำนวน 75 คน (ร้อยละ 43.1)

การทำหน้าที่ของครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ตัวแปร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ของครัวโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีจำนวน 119 คน (ร้อยละ68.4) รองลงมามีการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 12.6 คน (ร้อยละ31.1) และมีการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 1 คน (ร้อยละ0.6) โดยมีค่าเฉลี่ย 64.03 (SD=9.78) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ การทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	จำนวน (n=174)	ร้อยละ
การทำหน้าที่ของครอบครัว		
ระดับดี	119	68.4
ระดับปานกลาง	54	31.1
ระดับต่ำ	1	0.6
mean = 64.03, SD = 9.78		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ของครอบครัวเฉลี่ยแยกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้ถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านความใกล้ชิดผูกพันในครอบครัว เฉลี่ย 2.48 (SD = 0.64) ด้านการติดต่อสื่อสารกันในครอบครัว เฉลี่ย 1.72 (SD=0.929) และด้านวิธีการแก้ไขปัญหาของครอบครัว เฉลี่ย 2.05 (SD=0.78) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.3

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทำหน้าที่ของครอบครัวแยกเป็นรายด้าน

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การทำหน้าที่ของครอบครัว		
ความใกล้ชิดผูกพันในครอบครัว (0-3)	2.48	0.64
การติดต่อสื่อสารกันในครอบครัว (0-3)	1.72	0.93
วิธีการแก้ไขปัญหาของครอบครัว (0-3)	2.05	0.78

จากการวิเคราะห์การทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็นรายด้านพบว่า ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านความใกล้ชิดผูกพันกันในครอบครัวได้อย่างเป็นประจำ ยกเว้นในเรื่อง การทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี และ การพูดจากันด้วยความสุภาพไพเราะที่สามารถทำได้บ่อยครั้ง ในด้านการติดต่อสื่อสารส่วนใหญ่ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ของครอบครัวได้บ่อยครั้ง ยกเว้นเรื่อง การระบายความรู้สึกเศร้าหมองให้แก่กันฟังได้ที่สามารถทำได้อย่างเป็นประจำ และในด้านวิธีการแก้ไขปัญหาของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้บ่อยครั้ง ยกเว้นเรื่องการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผลที่สามารถทำได้เป็นประจำ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นรายด้าน (n=174)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	ไม่เคยทำเลย n (%)	ทำนาน ๆ ครั้ง n (%)	ทำบ่อยครั้ง n (%)	ทำเป็นประจำ n (%)
ด้านความใกล้ชิดผูกพันกันในครอบครัว				
- ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน	2 (1.1)	6 (3.4)	71 (40.8)	95 (54.6)
- การเชื่อฟังคำสั่งผู้อาวุโส	1 (0.6)	8 (4.6)	65 (37.4)	100 (57.5)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นรายด้าน (n=174) (ต่อ)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	ไม่เคยทำเลย n (%)	ทำนาน ๆ ครั้ง n (%)	ทำบ่อยครั้ง n (%)	ทำเป็นประจำ n (%)
- การพึ่งพากันได้ในยามยากลำบาก	0 (0)	16 (9.2)	58 (33.3)	100 (57.5)
- ผู้ที่มีอาวุโสมีความเมตตา กรุณา ปราณี	1 (0.6)	6 (3.4)	74 (42.5)	93 (53.4)
- การมีน้ำใจช่วยเหลือซึ่งกันละกัน	0 (0)	3 (1.7)	76 (43.7)	95 (54.6)
- การปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา	2 (1.1)	11 (6.3)	52 (29.9)	109 (62.6)
- การทำตัวเป็นแบบ อย่างที่ดี	0 (0)	23 (13.2)	82 (47.1)	69 (39.7)
- การมีเวลาให้กันในครอบครัว	3 (1.7)	12 (6.9)	66 (37.9)	93 (53.4)
- ความรักใคร่ปรองดองกันในครอบครัว	3 (1.7)	3 (1.7)	58 (33.3)	110 (63.2)
- ความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ	0 (0)	7 (4.0)	51 (29.3)	116 (66.7)
- การสื่อสารด้วยคำพูดสุภาพ ไพเราะ	7 (4.0)	14 (8.0)	80 (46.0)	73 (42.0)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นรายด้าน (n=174) (ต่อ)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	ไม่เคยทำเลย n (%)	ทำนาน ๆ ครั้ง n (%)	ทำบ่อยครั้ง n (%)	ทำเป็นประจำ n (%)
ด้านความใกล้ชิดผูกพันกันในครอบครัว(ต่อ)				
- การเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกัน	2 (1.1)	5 (2.9)	71 (40.8)	96 (55.2)
ด้านการติดต่อสื่อสารกันในครอบครัว				
- การไม่กล้าแสดงความรู้สึก	30 (17.2)	55 (31.6)	58 (33.3)	31 (17.8)
- การพูดระบายความรู้สึกเศร้าหมอง	1 (0.6)	26 (14.9)	73 (42.0)	74 (42.5)
- การเข้าใจความรู้สึกจากสิ่งที่พูดออกมา	21 (12.1)	55 (31.6)	62 (35.6)	36 (20.7)
- การหลีกเลี่ยงการพูดถึงความรู้สึกกลัว	20 (11.5)	53 (30.5)	71 (40.8)	30 (17.2)
- การไม่พูดคุยกันเมื่อรู้สึกโกรธเมื่อไม่พอใจ	32 (18.4)	41 (23.6)	61 (35.1)	40 (23.0)
- การไม่กล้าแสดงความรักต่อกันและกัน	24 (13.8)	45 (25.9)	65 (37.4)	40 (23.0)
- การเกิดความรู้สึกไม่ดีในครอบครัว	26 (14.9)	41 (23.6)	59 (33.9)	48 (27.6)
- การไม่สามารถพูดได้อย่างที่คิด	18 (10.3)	51 (29.3)	80 (46.0)	25 (14.3)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นรายด้าน (n=174) (ต่อ)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	ไม่เคยทำเลย n (%)	ทำนาน ๆ ครั้ง n (%)	ทำบ่อยครั้ง n (%)	ทำเป็นประจำ n (%)
ด้านวิธีการแก้ไขปัญหาของครอบครัว				
- ความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิต	6 (3.4)	36 (20.7)	86 (49.4)	46 (26.4)
- การแก้ปัญหาตามที่ครอบครัวตกลงไว้	3 (1.7)	17 (9.8)	92 (52.9)	62 (35.6)
- การแก้ไขจัดการเมื่อมีเรื่องฉุกเฉิน	2 (1.1)	31 (17.8)	94 (54.0)	47 (27.0)
- การหาวิธีในการแก้ไขปัญหา	7 (4.0)	26 (14.9)	86 (49.4)	55 (31.6)
- ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหา	5 (2.9)	27 (15.5)	98 (56.3)	44 (25.3)
- การพูดถึงผลของการแก้ไขปัญหา	14 (8.0)	45 (25.9)	77 (44.3)	38 (21.8)
- การพูดคุยปรึกษาถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ	4 (2.3)	25 (14.4)	78 (44.8)	67 (38.5)
- การแก้ไขปัญหาด้วยการใช้เหตุผล	4 (2.3)	14 (8.0)	67 (38.5)	86 (49.4)
- การเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์	7 (4.0)	43 (24.7)	75 (43.1)	49 (28.2)
- การแก้ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ	19 (10.9)	46 (26.4)	68 (39.1)	41 (23.6)

Copyright by Mahidol University

การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว 3.31 (SD=0.49) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูงจำนวน 145 คน (ร้อยละ83.4) รองลงมาได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางจำนวน53 คน (ร้อยละ12.6) และ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 4.0) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละของการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	จำนวน (n=174)	ร้อยละ
การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว		
ระดับสูง	145	83.4
ระดับปานกลาง	22	12.6
ระดับต่ำ	7	4.0
mean = 3.31 SD = 0.49 min-max= 1-4		

จากการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็นรายข้อพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในเรื่อง ครอบครัวให้ความรักความห่วงใย ให้การดูแลเอาใจใส่ และ กระตุ้นเตือนให้ไปตรวจตามนัด แต่ในเรื่อง ครอบครัวเป็นกำลังใจสำคัญในการดูแลตนเอง การแบ่งเบาเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน และ การมีส่วนร่วมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่รับรู้ว่าครอบครัวสามารถให้การสนับสนุนได้ในระดับปานกลาง ส่วนในเรื่องการเปิดใจและแสดงความคิดเห็นเมื่อไม่สบายใจ การช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และครอบครัวไม่มีความใกล้ชิดผูกพันกันกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าครอบครัวให้การสนับสนุนในระดับน้อย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.6

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ และ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ (n=174)

การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว	ไม่ใช่ n (%)	น้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก n (%)
- คนในครอบครัวเป็นกำลังใจในการดูแลตนเอง	0 (0)	4 (2.3)	104 (59.8)	66 (37.9)
- ครอบครัวให้คำปรึกษาเมื่อต้องตัดสินใจเรื่องการรักษาโรคเบาหวาน	2 (1.1)	6 (3.4)	75 (43.1)	91 (52.3)
- ครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่อาการเจ็บป่วย	4 (2.3)	1 (0.6)	59 (33.9)	110 (63.2)
- ครอบครัวให้ความรักและห่วงใย	5 (2.9)	0 (0)	47 (27.0)	122 (70.1)
- ครอบครัวเต็มใจรับฟังความคิดเห็น	4 (2.3)	5 (2.9)	82 (47.1)	83 (47.7)
- ครอบครัวมีส่วนร่วมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	4 (2.3)	4 ()2.3	98 (56.3)	68 (39.1)
- ครอบครัวเป็นที่พึ่งพาทางใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	4 (2.3)	5 (2.9)	96 (55.2)	69 (39.7)
- ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการผิดปกติ	3 (1.7)	9 (5.2)	94 (54.0)	68 (39.1)
- ไม่สามารถพูดคุยปรึกษากับคนในครอบครัวเมื่อไม่สบายใจ	28 (16.1)	49 (28.2)	57 (32.8)	40 (23.0)
- ครอบครัวเปิดใจและแสดงความคิดเห็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	2 (1.1)	10 (5.7)	96 (55.2)	66 (37.9)
- ครอบครัวสนใจ และสอบถามผลการตรวจรักษาหลังมาพบแพทย์	1 (0.6)	4 (2.3)	84 (48.3)	85 (48.9)
- ครอบครัวช่วยแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	6 (3.5)	18 (10.3)	75 (43.1)	75 (43.1)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ และ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ (n=174) (ต่อ)

การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว	ไม่ใช่ n (%)	น้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก n (%)
- ครอบครัว มีการทำกิจกรรมร่วมกัน	3 (1.7)	13 (7.5)	76 43.7 ()	82 (47.1)
- ครอบครัวมีการกระตุ้นเตือนให้ไปตรวจตามนัด	2 (1.1)	5 (2.9)	65 (37.4)	102 ()58.6
- คนในครอบครัวไม่ใกล้ชิดสนิทสนมกัน	39 (22.4)	27 (15.5)	32 (18.4)	76 (43.7)
- ครอบครัวให้การช่วย เหลือเมื่อต้องการ	0 (0)	9 (5.2)	84 (48.3)	81 (46.6)
- ครอบครัวดูแลเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน	6 (3.4)	7 (4.0)	104 (59.8)	57 (32.8)
- ครอบครัวช่วยเหลือในการเดินทางเพื่อมารับบริการรักษา	4 (2.3)	4 (2.3)	79 (45.4)	87 (50.0)
- ครอบครัวหาอุปกรณ์ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายเป็นเพื่อน	9 (5.2)	21 (12.1)	106 (60.9)	38 (21.8)
- ครอบครัวช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระหน้าที่ต่างๆ เพื่อให้ท่านได้พักผ่อน	4 (2.3)	7 (4.0)	101 (58.0)	62 (35.6)
- ครอบครัวจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน	1 (0.6)	6 (3.4)	108 (62.1)	59 (33.9)
- ครอบครัวชมเชยเมื่อมีการดูแลตนเองได้ดี	0 (0)	10 (5.7)	118 (67.8)	46 (26.4)
- ครอบครัวกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาตามเวลา	2 (1.1)	5 (2.9)	77 (44.3)	90 (51.7)

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมการดูแลตนเอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 174 ราย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในทุกด้านเฉลี่ย 4.38 วันต่อ สัปดาห์ (SD = 0.25) โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้าน การรับประทานยามากที่สุด เฉลี่ย 6.67 วันต่อสัปดาห์ รองลงมาคือการดูแลเท้าและสุขอนามัย ด้านการรับประทานอาหาร การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย และการประเมินตนเอง (ค่าเฉลี่ย 5.38, 3.3, 3.3 และ 3.25 วันต่อสัปดาห์ ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แยกเป็นรายด้าน

ตัวแปร	คะแนนพิสัย	Mean	SD
กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน			
การรับประทานอาหาร	0 – 7	3.33	0.16
การออกกำลังกาย	0 – 7	3.25	0.17
การประเมินตนเอง	0 – 7	3.25	0.16
การดูแลเท้าและสุขอนามัย	2 – 7	5.38	0.16
การรับประทานยา	3 - 7	6.67	0.60
mean = 4.38, SD = 0.25			

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายด้านพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารได้ 4-7 วันต่อสัปดาห์คือ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานและเหมาะสมกับการใช้แรงงานประจำวัน ส่วนด้านการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานอาหารแลกเปลี่ยน และ การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยปฏิบัติได้ 0-3 วันต่อสัปดาห์ ในเรื่องการรับประทานอาหารจุบจิบและการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารรสหวานกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถึง 4-7 วันต่อสัปดาห์ การปฏิบัติกิจกรรมด้านการออกกำลังกายส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ 2-4 วันต่อสัปดาห์ การปฏิบัติกิจกรรมด้านการประเมินตนเองส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ 2-4 วันต่อสัปดาห์ ยกเว้นเรื่องการตรวจร่างกายตามซอกอับ เช่นรักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ 0-1 วัน

Copyright© by Mahidol University

ต่อสัปดาห์ การปฏิบัติกิจกรรมด้านการดูแลเท้าและสุขอนามัย และ การรับประทานยาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ 5-7 วันต่อสัปดาห์ในทุกหัวข้อ ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวน ร้อยละ และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำแนกเป็นรายข้อ ตามด้าน (n=174)

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	7 วัน/สัปดาห์ n %	6 วัน/สัปดาห์ n %	5 วัน/สัปดาห์ n %	4 วัน/สัปดาห์ n %	3 วัน/สัปดาห์ n %	2 วัน/สัปดาห์ n %	1 วัน/สัปดาห์ n %	0 วัน/สัปดาห์ n %
การรับประทานอาหาร								
1. การกินอาหารในปริมาณ ที่เหมาะสม	37 (21.30)	10 (5.70)	77 (44.30)	26 (14.90)	21 (12.10)	2 (1.10)	0 (0)	1 (0.60)
2. การกินอาหารจุบจิบ ระหว่างมื้อ	9 (5.20)	7 (4.00)	42 (24.10)	32 (18.40)	30 (17.20)	34 (19.50)	2 (1.10)	18 (10.30)
3. การกินอาหารที่น้ำตาล มาก	39 (22.40)	12 (6.90)	38 (21.80)	13 (7.50)	11 (6.30)	36 (20.70)	4 (2.30)	21 (12.10)
4. การกินอาหารไขมันสูง	17 (9.80)	22 (12.60)	30 (17.20)	28 (16.10)	22 (12.60)	30 (17.20)	13 (7.50)	12 (6.90)
5.การกินอาหารตรงเวลา	91 (52.30)	14 (8.00)	19 (10.90)	39 (22.40)	7 (4.00)	0 (0)	0 (0)	4 (2.30)
6.การใช้หลัก การแลกเปลี่ยนอาหาร	4 (2.30)	1 (0.60)	11 (6.30)	14 (8.00)	63 (36.20)	24 (13.80)	8 (4.60)	49 (28.20)
7.การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	93 (53.40)	5 (2.90)	4 (2.30)	3 (1.70)	2 (1.10)	3 (1.70)	3 (1.70)	61 (35.10)
การออกกำลังกาย								
8.การออกแรงทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	52 (29.90)	4 (2.30)	14 (8.00)	33 (19.00)	20 (11.50)	40 (23.00)	7 (4.00)	4 (2.30)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.8 จำนวน ร้อยละ และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำแนกเป็นรายข้อ ตามด้าน (n=174) (ต่อ)

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	7 วัน/สัปดาห์ n %	6 วัน/สัปดาห์ n %	5 วัน/สัปดาห์ n %	4 วัน/สัปดาห์ n %	3 วัน/สัปดาห์ n %	2 วัน/สัปดาห์ n %	1 วัน/สัปดาห์ n %	0 วัน/สัปดาห์ n %
การออกกำลังกาย (ต่อ)								
9.การออกกำลังกายที่เฉพาะ เจาะจง	21 (12.10)	2 (1.10)	8 (4.60)	16 (9.20)	19 (10.90)	43 (24.70)	15 (8.60)	50 (28.70)
การประเมินตนเอง								
10. การทบทวนตนเองในเรื่องการกินอาหาร	24 (13.80)	9 (5.20)	38 (21.80)	28 (16.10)	41 (23.60)	23 (13.20)	4 (2.30)	7 (4.00)
11.การสังเกตตนเอง	11 (6.30)	3 (3.40)	6 (3.40)	53 (30.50)	16 (9.20)	37 (21.30)	31 (17.80)	17 (9.80)
12.การตรวจร่างกายตนเอง ตามซอกอับ	40 (23.00)	0 (0)	15 (8.60)	20 (11.50)	18 (10.30)	7 (4.00)	7 (4.00)	67 (38.50)
การดูแลเท้าและสุขอนามัย								
13.การตรวจเท้า	63 (36.20)	12 (6.90)	20 (11.50)	18 (10.30)	7 (4.00)	14 (8.00)	5 (2.90)	35 (20.10)
14. การตรวจ เศษหิน ทราย หรือของมีคมอยู่ที่รองเท้า	78 (44.80)	9 (5.20)	11 (6.30)	13 (7.50)	6 (3.40)	9 (5.20)	0 (0)	48 (27.60)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.8 จำนวน ร้อยละ และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำแนกเป็นรายข้อ ตามด้าน (n=174) (ต่อ)

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	7 วัน/สัปดาห์ n %	6 วัน/สัปดาห์ n %	5 วัน/สัปดาห์ n %	4 วัน/สัปดาห์ n %	3 วัน/สัปดาห์ n %	2 วัน/สัปดาห์ n %	1 วัน/สัปดาห์ n %	0 วัน/สัปดาห์ n %
15.การทำความสะอาดเท้า	131 (75.30)	8 (4.60)	12 (6.90)	8 (4.60)	10 (5.70)	5 (2.90)	0 (0)	0 (0)
16.การเช็ดซอกเท้าให้แห้ง	117 (67.20)	1 (0.60)	22 (12.60)	10 (5.70)	7 (4.00)	9 (5.20)	4 (2.30)	4 (2.30)
17. การดูแลความสะอาดของผิวหนัง	105 (60.30)	40 (23.00)	15 (8.00)	2 (1.10)	6 (3.40)	7 (4.00)	0 (0)	0 (0)
18.การกินยาเบาหวานครบทุกมื้อ	162 (93.10)	2 (1.10)	2 (1.10)	6 (3.40)	2 (1.10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
19 การกินยาเบาหวานได้ตรงเวลา	132 (75.90)	2 (1.10)	38 (21.80)	2 (1.10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า

โครงสร้างครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .053$, $p = .487$)

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .245$, $p < .01$)

การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .291$, $p < .01$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=174)

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเอง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับนัยทางสถิติ (p)
โครงสร้างครอบครัว	0.053	0.487
การทำหน้าที่ของครอบครัว	0.245**	0.001
การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว	0.291**	0.000

** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5
อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความสัมพันธ์ระหว่าง โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยขอนำเสนอใน 2 ประเด็น คือ ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดย เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 77.6 มีอายุเฉลี่ย 62.3 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (วีรยุทธ ชัยพรสุไพศาลและคณะ, 2550 ; ฉายศรี สุพรศิลป์ชัยและคณะ, 2550 ; เวธกา กลิ่นวิชิต,2546 ; ภาวนา กีรติยุตวงศ์, 2542) อาจเนื่องจากเพศหญิงมีดัชนีมวลกาย และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายมากกว่าผู้ชาย (McCollum et al., 2005) ประกอบกับนิสัยการรับประทานของผู้หญิงมักชอบรับประทานอาหารจุบจิบจึงเป็นเหตุให้พบผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้หญิง มากกว่าผู้ชาย ส่วนในเรื่องของรายได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สินคิดเป็นร้อยละ 40.8 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีเศรษฐานะที่ดี อาจเนื่องจากประชากรในเขตอำเภอบ้านโป่งส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม (ไร่อ้อย) ซึ่งเป็นพืชเศรษฐกิจที่มีราคาดี มีที่ดินเป็นของตนเองจึงทำให้ไม่จำเป็นต้องกู้หนี้ยืมสิน มีโรงงานที่รองรับเมื่อถึงฤดูเก็บเกี่ยวจึงทำให้ได้กำไรจากการทำไร่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.5 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท และ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และเป็นผู้สูงอายุจึงทำให้มีการศึกษาน้อย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.9 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกระหว่าง 2-4 คน อาจเป็นเพราะสมาชิกในครอบครัวออกไปทำงานในจังหวัดใกล้เคียงอันเนื่องมาจากอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ใกล้กับกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน

อยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ60.3) อาจเกิดจากผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง อีกทั้งระดับน้ำตาลในกระแสเลือดยังไม่คงที่ผู้ที่รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกจึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตัวแปรด้านครอบครัว

โครงสร้างครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานในเขตชนบทภาคกลาง อาศัยอยู่แบบครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยายเล็กน้อยร้อยละ 56.9 ลักษณะครอบครัวเดี่ยวคือ อาศัยอยู่แบบสามี ภรรยา หรือสามี ภรรยาและบุตร อาจเนื่องจาก อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดที่ใกล้กับกรุงเทพมหานคร และเป็นจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมหลายแห่งทำให้บุตร หลาน ออกไปทำงานตามโรงงานต่าง ๆ หรือไปทำงานต่างจังหวัด หรือ เมื่อแต่งงานแล้วจะแยกครอบครัวออกไป จึงเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอบ้านโป่งอาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าและมีขนาดครอบครัวเล็กลงคือประมาณ 2-4 คนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ครอบครัวไทยในปัจจุบันที่อัตราการเกิดลดลง เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมไปอย่างรวดเร็วโครงสร้างครอบครัวไทยจึงมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมซึ่งเคยเป็นครอบครัวขยายที่ประกอบ ด้วย พ่อ แม่ ลูก และเครือญาติกลายเป็นอาศัยอยู่แบบครอบครัวเดี่ยวมากยิ่งขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545)

การทำหน้าที่ของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนภาพรวมของการทำหน้าที่ของครอบครัว อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 68.4) เมื่อศึกษาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านความใกล้ชิดผูกพันกันในครอบครัวมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ 2.48 (SD = 0.64) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าครอบครัวสามารถทำหน้าที่ด้านความใกล้ชิดผูกพันในทุกหัวข้อได้อย่างเป็นประจำ ยกเว้น ด้านครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับสมาชิกคนอื่น ๆ และ สมาชิกในครอบครัวพูดจากันสุภาพไพเราะที่ทำหน้าที่ของครอบครัวที่ทำได้บ่อยครั้ง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทซึ่งโดยวัฒนธรรมของชาวชนบทมักใช้คำพูดสื่อสารแบบตรงไปตรงมา ไม่ใช้คำพูดสุภาพไพเราะกันภายในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิด

Copyright by Mahidol University

การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านวิธีการแก้ไขปัญหาของครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในระดับดี 2.05 (SD = 0.78) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าครอบครัวสามารถทำหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาได้บ่อยครั้ง ยกเว้นเรื่องครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาด้วยการใช้เหตุผลที่ทำได้เป็นประจำ เนื่องจากอาจเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ง่ายที่สุด ในด้านการติดต่อสื่อสารกันในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ย 1.72 (SD = 0.93) พฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัตินานๆครั้ง ได้แก่ การไม่กล้าแสดงความรู้สึกรักและเอ็นดูต่อกัน ไม่สามารถบอกได้ว่าสมาชิกในครอบครัวรู้สึกอย่างไร และไม่สามารถพูดคุยอย่างที่ใจคิด อาจเป็นเพราะลักษณะครอบครัวชนบทที่ไม่ค่อยสื่อสารกันอย่างเปิด เผย เพราะไม่อยากทำให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวไม่สบายใจ วัฒนธรรมสังคมไทยที่จะไม่ค่อยแสดงออกซึ่งความรักโดยภาษากาย เช่นการโอบกอด หรือการพูดชมเชยต่อหน้าเพราะกลัวว่าลูก หลานจะได้ใจ อีกประการหนึ่งคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่ครอง และลูกที่มีภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูครอบครัวจึงอาจทำให้มีการพูดคุย สื่อสารกันในครอบครัวน้อยลง

การการสนับสนุนจากครอบครัว

การการสนับสนุนจากครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ย 3.31 (SD = 0.49) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีระหว่าง 3.01-4.00 คะแนน จำนวน 145 คน (ร้อยละ 83.3) มีการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวรายข้อ 3 ลำดับแรก คือ การรับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวให้ความรักความห่วงใย (ร้อยละ 70.1) ให้การดูแลเอาใจใส่อาการเจ็บป่วย (ร้อยละ 63.2) และครอบครัวมีการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยไปตรวจตามนัด (ร้อยละ 58.6) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ และเป็นโรคเบาหวานมาเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี ซึ่งเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนของโรค สมาชิกในครอบครัวจึงมีความห่วงใยและให้การดูแลเอาใจใส่ต่อความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างมากเป็นพิเศษ และในด้านสมาชิกในครอบครัวไม่ใกล้ชิดสนิทสนมกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนในด้านการให้คำปรึกษาเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจในระดับต่ำอาจเป็นเพราะธรรมชาติของสังคมไทย ผู้สูงอายุจะมีความเกรงใจต่อบุตรหลาน ไม่อยากนำความไม่สบายใจหรือความยุ่งยากใจแก่ สมาชิกในครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาจึงเก็บไว้คนเดียวและครอบครัวในสังคมไทยไม่ค่อยแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย การสัมผัส การบอกรักกันในครอบครัว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าครอบครัวให้การสนับสนุนด้านความใกล้ชิดสนิทสนมกันในระดับต่ำ และในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว อาจทำให้ไม่ค่อยมีความใกล้ชิดกับลูกหลาน หรือสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว ส่วนในเรื่องจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน เช่นการหลีกเลี่ยงอาหารรสหวานและไขมัน การจัดหาอุปกรณ์การออกกำลังกาย การแบ่งเบาภาระ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าครอบครัวให้การสนับสนุนเพียงระดับปานกลางอาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกใน

Copyright by Mahidol University

ครอบครัวเพียง 2-4 คน (ร้อยละ 64.9) ซึ่งถือว่าเป็นครอบครัวที่มีขนาดเล็กจากการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอบ้านโป่ง หลายแห่งพบว่าสมาชิกครอบครัวทุกคนมีภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติในด้านการประกอบอาชีพไร่อ้อย สมาชิกในครอบครัวต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวจึงอาจทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะให้การสนับสนุนในด้านดังกล่าว นอกจากนี้การรับประทานอาหารของสังคมไทยส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารพร้อมกัน และใช้สำรับเดียวกัน เมื่อครอบครัวไม่มีเวลาเพียงพอในการจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องรับประทานอาหารประเภทเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัว

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินตนเอง การดูแลสุขภาพเท้าและสุขอนามัย และการรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมการดูแลตนเองโดยรวม มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยทุกด้านเท่ากับ 4.38 วันต่อสัปดาห์ (SD = 0.25) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองยังไม่เหมาะสม โดยเพื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาได้มากที่สุด เฉลี่ย 6.67 วันต่อสัปดาห์ (SD = 0.60) โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ครบทั้ง 7 วันต่อสัปดาห์ในด้านการรับประทานยาเบาหวานครบทุกมื้อตามที่แพทย์กำหนด (ร้อยละ 93.1) และ รับประทานยาตรงเวลา (ร้อยละ 75.90) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมด้านการใช้ยาที่ดี อาจเป็นเพราะการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่ายด้วยตัวผู้ป่วยเอง ไม่ต้องรับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจกลัวอาการกำเริบจากการรับประทานยาไม่ครบและไม่ถูกต้องรวมทั้งการเน้นย้ำ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงความสำคัญในการรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคเบาหวานจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติด้านนี้ได้ดีกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2551) ที่พบว่าโดยทั่วไปผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์เนื่องจากเห็นว่าสะดวก และยาสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เลือกวิธีการรับประทานยามากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lerman l ,et al, 2004 ; Lerman l, 2004) กิจกรรมการดูแลตนเองที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีรองลงมาคือการดูแลเท้าและสุขอนามัย เฉลี่ย 5.38 วันต่อสัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเองได้ดีในเรื่องการทำความสะอาดเท้าอย่างทั่วถึง (ร้อยละ 75.3) การเช็ดซอกเท้าให้แห้งหลังทำความสะอาด (ร้อยละ 67.2) และการดูแลความสะอาดผิวหนังตามซอกอับต่าง ๆ (ร้อยละ 60.3) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าและสุขอนามัยอยู่ใน

Copyright by Mahidol University

เกณฑ์ดี อาจเป็นเพราะในอำเภอบ้านโป่งมีผู้ที่ต้องสูญเสียอวัยวะจากการเกิดแผล ร้อยละ 30.3 (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลบ้านโป่ง,2550) จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเห็นความสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิด้านการดูแลเท้ามากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บุบผา ลาภทวี (2547) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลเท้าได้ 4-6 วันต่อสัปดาห์

กิจกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้เฉลี่ย 3.33 วันต่อสัปดาห์ (SD = 0.16) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารไม่ดีเท่าที่ควร โดยหัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้มากที่สุดคือ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ 7 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 52.3) ซึ่งถือว่าเป็นกิจวัตรประจำวันที่คนส่วนใหญ่ทำอยู่แล้วและสามารถปฏิบัติได้ง่าย ส่วนในหัวข้อการรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสม การรับประทานอาหารจุบจิบ การรับประทานอาหารหวาน อาหารไขมันสูงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้น้อยกว่าคือ 3-5 วันต่อสัปดาห์ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 63 ปี) จึงไม่สามารถจัดหาหรือประกอบอาหารได้เอง ต้องรับประทานอาหารตามที่สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้จัดหามาให้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lerman และคณะ (2005) ที่พบว่าวัฒนธรรมการรับประทานอาหารภายในครอบครัวและความไม่ร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การรับประทานอาหารสำรับเดียวกัน ไม่ได้แยกสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และสมาชิกในครอบครัวมักจัดเตรียมผลไม้ต่าง ๆ ตามฤดูกาลไว้ให้เนื่องจาก (สุพรรณี ศรีกงพาน, 2550) ในสังคมไทยลูกหลานมีความเอื้ออาทรต่อบิดามารดา โดยเตรียมอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาเตรียมไว้ เพื่อให้ถ้าหากสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการการควบคุมอาหารเบาหวานก็จะส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องแก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นโรค 6-10 ปี (ร้อยละ 60.3) อาจมีการละเลยในการดูแลตนเองด้านควบคุมอาหาร อาจเกิดจากความเบื่อหน่าย หรือความเคยชินกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่และรับรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลฤดี จิตตยานันท์ (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักควบคุมอาหารในระยะเริ่มต้นของการเป็นโรคแต่ต่อมาจะละเลย บางรายจะควบคุมแต่ปริมาณอาหารเพียงอย่างเดียวโดยที่ไม่ได้ควบคุมชนิดของอาหาร สำหรับการปฏิบัติกิจกรรมด้านรับประทานด้านการรับประทานอาหารแลกเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ 0-3 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 82.8) อาจเป็นเพราะเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยากหรือไม่เข้าใจหลักและวิธีการปฏิบัติ

Copyright by Mahidol University

อย่างเพียงพอจนนำไปปฏิบัติได้ และ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุดังนั้นลูกหลานจะเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้หากลูกหลานไม่ได้รับข้อมูลหรือการสอนเรื่องอาหารแลกเปลี่ยนก็จะไม่สามารถจัดอาหารแลกเปลี่ยนได้ จะเห็นว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อกิจกรรมด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจึงควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา โดยเฉพาะการให้ความรู้ด้านการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การปรับวิถีชีวิตของครอบครัวในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยอาจแยกอาหารของผู้ป่วยเบาหวานออกจากอาหารปกติเพื่อให้ผู้ป่วย

การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ เฉลี่ย 3.25 วันต่อสัปดาห์ (SD = 0.17) โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที ครบ 7 วันต่อสัปดาห์ ได้เพียงร้อยละ 29.9 และ ออกกำลังกายแบบเฉพาะเจาะจง โดยการแอรโรบิก ว่ายน้ำ วิ่ง หรือขี่จักรยาน ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ 0-3 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 73) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้เกิดความลำบากในการออกกำลังกาย (กุลฤดี จิตตยานันต์และคณะ, 2550) ข้อคำถามเกี่ยวกับชนิดของการออกกำลังกายแบบแอร์โรบิก ว่ายน้ำ หรือขี่จักรยานไม่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มประชากรซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถาม แต่กลุ่มตัวอย่างอาจมีการออกกำลังกายแบบอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในข้อคำถามได้ หรืออาจขาดการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน และทั้งนี้อาจเนื่องจากการออกกำลังกายเป็นประจำเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะ และเป็นกิจกรรมที่บุคคลส่วนใหญ่รับรู้ว่าทำยาก (Lerman et al., 2005) ทำให้ยากต่อการปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณภา ศรีธัญรัตน์ (2540) และ สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ (2540)ที่พบว่า ความสามารถการดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ได้รับการพัฒนา โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่า ไม่สามารถทำได้ อายุมาก เหนื่อยเพลียจากโรค และขาดการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว

ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการประเมินตนเองกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้เฉลี่ย 3.25 วันต่อสัปดาห์ (SD = 0.16) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมด้านการประเมินตนเองไม่ดีเท่าที่ควร ทั้งในหัวข้อการทบทวนตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ และการตรวจร่างกายตนเอง อาจเป็นเพราะการประเมินตนเองเป็นการระมัดระวังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ยังไม่เกิดขึ้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างจึงให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติน้อย อีกทั้งอาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกร โดยกิจวัตรแล้วจะต้องตื่นแต่เช้าหุงหาอาหาร ออกไปทำไร่กว่าจะกลับมาถึงบ้านก็เย็นมากเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานจึงไม่มีเวลาที่จะสังเกตหรือตรวจร่างกายของตัวเองเท่าที่ควรซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของ รัชนี โชติมงคล,

Copyright by Mahidol University

อัมพรพรรณ ธีรานุตร, และ สุวรรณา บุญยะลีพรรณ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักไม่ตรวจสอบร่างกายตนเองบริเวรซอกอับ รักแร้ (ร้อยละ 69) ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าที่ไม่ทำเพราะเป็นความเคยชิน

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = .245$, $p < 0.01$ และ $r = .291$, $p < 0.01$) เมื่อวิเคราะห์แต่ละตัวแปรพบว่า

การทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นบทบาทหรือวัตถุประสงค์ของครอบครัวที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวและสังคมนั้นดำรงอยู่ (Hanson, 2001) ซึ่งครอบครัวเป็นระบบเปิด และมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอก ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ ของครอบครัว การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคลใดบุคคลหนึ่งเพียงลำพังจำเป็นต้องพิจารณาบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย (Epstein et al, 1982 อ้างใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวจึงส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วย การศึกษาครั้งนี้พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับต่ำ ($r = .245$, $p<0.01$) หมายความว่าหากครอบครัวของผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติ ศุภปีติพร และ ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทไม่ต้องพึ่งอินซูลิน พบว่าครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีจะมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี และ การศึกษาของ Wen และคณะ (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานด้วย

การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านต่าง ๆ คือการได้รับความรัก ความเอาใจใส่และให้การยกย่อง ให้ความช่วยเหลือด้านเงินทองและสิ่งของ การให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยนั้นจากสมาชิกใน

Copyright by Mahidol University

ครอบครัวจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความจริงเกี่ยวกับโรคที่เป็น สามารถจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลตนเองกับโรคที่เป็นได้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับต่ำ ($r = .291$, $p < 0.01$) นั่นหมายความว่าถ้าผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับดีก็จะมีการดูแลตนเองได้ดีซึ่งอธิบายได้ว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang & Fenske (1996) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวและเพื่อนจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มุทิตา ชมพูศรี, วิจิตร ศรีสุพรรณ, และดิลก ไตรไพบูลย์ (2551) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดลำปางพบว่าการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในด้านการควบคุมอาหาร และด้านการใช้ยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Skinner และคณะ (2000) เกี่ยวกับ การสนับสนุนจากสังคม และรูปแบบส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวทำนายการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร และการศึกษาของภัณฑิลา อิฐรัตน์ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาล พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และการศึกษาของ Kang และคณะ (2010) ที่ศึกษาการเปรียบเทียบระหว่างการดูแลแบบใช้ครอบครัวมีส่วนร่วมกับการดูแลแบบปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ส่วนโครงสร้างครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรโครงสร้างครอบครัวในมิติลักษณะการอยู่อาศัยหลายรุ่นอาจไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองมากเท่ากับจำนวนสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากหากมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากทำให้มีเวลาที่จะดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลตนเองมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะพรรณ เทียนทอง (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกน้อยซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีด้วย

Copyright by Mahidol University

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมากร ใจยั่งยืน (2551) พบว่า โครงสร้างครอบครัว คือ ลักษณะครอบครัว แบ่งออกเป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของ อำไพ ชนะกอกและคณะ (2540) ศึกษาแบบแผนสุขภาพ ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุเขตชนบท จ.เชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านออกกำลังกายดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว และการศึกษาของ อัฏฐพร ศรีฟ้า (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้หญิงในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวพบว่าหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว

Copyright by Mahidol University

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาจากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะควบคุมโรคได้ ตัวผู้ป่วยเองต้องเห็นความสำคัญในการควบคุมโรค เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยยับยังการดำเนินไปของโรคและลดการคุกคามของภาวะเจ็บป่วย ทำให้อาการหรือการดำเนินไปของโรคเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation study) เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และหาความสัมพันธ์ระหว่าง โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว และ กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี อายุ 40 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาด้านสมอง เช่น โรคสมองเสื่อม หรือโรคทางจิตเวช หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น อัมพฤต อัมพาต และ ไม่เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านม่วง รพ.สต.หนองกบ และรพ.สต.เขาขลุง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้เข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 3 แห่งจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 174 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว และส่วนที่ 4 แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนนำเครื่องมือไปใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย ผู้วิจัยได้นำ แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวไปตรวจสอบเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน รวมทั้งได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว ได้ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.81 แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามประชากรที่

Copyright by Mahidol University

ศึกษา และคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82, 0.89 และ 0.80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตจากหน่วยงานต้นสังกัดของสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า จากรายชื่อผู้ป่วยที่นัดเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันที่ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล ในวันพุธถึงวันศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. โดยประสานงานกับเจ้าหน้าประจำ รพ.สต. เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามต้องการ เจ้าหน้าที่ประจะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะขออนุญาตผู้ป่วยให้ผู้วิจัยเข้าชี้แจงโครงการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจึงเข้าไปแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย พร้อมทั้งอธิบายพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณนั้น หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีคำถามสามารถซักถามผู้วิจัยได้ทันที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการทำแบบสอบถามรายละประมาณ 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นโรคนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการวิเคราะห์ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูล

2. คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนรวมและคะแนนรายด้านโดยการหาพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง โครงสร้างครอบครัว กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยใช้สถิติโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

Copyright by Mahidol University

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.6 อายุเฉลี่ย 63 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 71.3 เรียนในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 65.5 มีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 40.8 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.3 และ อาศัยอยู่แบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 56.9 และครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 52.1 โดยส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน คิดเป็นร้อยละ 64.9

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำหน้าที่ในครอบครัวโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 68.39 เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ในครอบครัวด้านความใกล้ชิดผูกพันกันในครอบครัว และ การแก้ไขปัญหาของครอบครัว อยู่ในระดับดี แต่ ในด้านการติดต่อสื่อสารกันในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับดีคือ 3.31

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในทุกด้านเฉลี่ย 4.38 วัน ต่อ สัปดาห์ (SD = 0.25) โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้าน การรับประทานยามากที่สุด เฉลี่ย 6.67 วันต่อสัปดาห์ รองลงมาคือการดูแลเท้าและสุขอนามัยดี ด้านการรับประทานอาหาร การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย และการประเมินตนเองมีค่าเฉลี่ย 5.38, 3.3, 3.3 และ 3.25 วันต่อสัปดาห์ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า โครงสร้างครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ การทำหน้าที่ของครอบครัว และ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = .245$ และ .291 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ ซึ่งหมายความว่าถ้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการทำหน้าที่ของครอบครัว และ การสนับสนุนจากครอบครัวดีก็จะมีกิจกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเอง ภาวนา กีรติยุตวงศ์ (2548) ซึ่งแบ่งแบบสอบถามเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย, การประเมินตนเอง, การดูแลเท้าและสุขอนามัย และ การรับประทานยา โดย

Copyright by Mahidol University

แบบสอบถามในหัวข้อการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายที่เฉพาะเจาะจง เช่น การเต้นแอโรบิก ว่ายน้ำอาจไม่เหมาะสมกับบริบทสังคมที่เป็นชนบท ซึ่งอาจส่งผลให้การตอบข้อคำถามของกลุ่มตัวอย่างมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

2. การวิจัยนี้เลือกศึกษาตัวแปรโครงสร้างครอบครัวในมิติเดียวคือ ลักษณะการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว โดยแบ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว และ ครอบครัวขยาย โดยไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของขนาดครอบครัวร่วมด้วยทำให้เกิดข้อจำกัดในการสรุปผลการศึกษาตัวแปรโครงสร้างครอบครัว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการประเมินตนเองที่ยังไม่เหมาะสม และยังพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการกำหนดแนวทางในการพัฒนางานดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการประเมินตนเองยังไม่เหมาะสมดังนั้นควรจัดกิจกรรมหรือแนวปฏิบัติให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองในด้านต่างๆ ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพราะฉะนั้นในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับการนำสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยตั้งแต่การให้ความรู้จนถึงการฝึกทักษะ และพยาบาลควรส่งเสริมให้แต่ละครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพและให้การสนับสนุนผู้ป่วยในทุก ๆ ด้านที่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. การศึกษาในครั้งนี้ได้ศึกษาความเกี่ยวกับปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัวในด้านการอยู่ร่วมกันของสมาชิกครอบครัว แบบครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย ที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผลการวิจัยยังมีความขัดแย้งกับงานวิจัยอื่นๆ ที่ผ่านมา จึงควรมีการศึกษาปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัวอื่นๆ ต่อไป

Copyright© by Mahidol University

4. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ เช่น ในเขตชุมชนเมือง หรือเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตชนบทในภาคกลาง

5. ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสามารถในทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำไปพัฒนางานวิจัยแบบ Intervention ต่อไป

Copyright by Mahidol University

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
FAMILY FACTORS ASSOCIATED WITH DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

นวลอนงค์ ศรีสุกไสย 5036781 NSFN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุพินดา เรืองจิรัษเฐียร, Ph.D. (NURSING),
นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกระบุว่า ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 170 ล้านคนและจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2030 ปี และจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นจำนวน 3.2 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 6 คนในทุกๆ 1 นาที ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และมักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (WHO, 2008) ในประเทศไทยพบว่าปี 2551 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 388,551 ราย และคาดว่าทั่วประเทศจะมีคนเป็นเบาหวานมากกว่า 3 ล้านคนโดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยังมีผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 ที่ยังไม่รู้ตัวว่าเป็นโรค และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปีพ.ศ. 2552 ประมาณ 7,019 คน หรือประมาณวันละ 19 คน เฉพาะในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ที่นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคนี้ 558,156 ครั้ง หรือประมาณวันละ 1,529 ครั้ง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553)

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตะบอลิสมซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง และเมื่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมีระดับสูงเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมาทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง (เทพ หิมะทองคำ, 2547) ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) น้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) โรคของระบบหลอดเลือดขนาดใหญ่ (macro-

vascular disease) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคของระบบหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular disease) เช่น โรคไต โรคแทรกซ้อนที่จอตา และความผิดปกติของเส้นประสาท ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการควบคุมเบาหวานให้ดีจะเกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยเบาหวานทั้งที่เกิดในระยะสั้นและระยะยาว ล้วนแต่มีผลเสียอย่างมากในแง่การเจ็บป่วย (morbidity) และการสูญเสียชีวิต (mortality) อันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในปัจจุบัน (กรมการแพทย์, 2442) ซึ่งในปี พ.ศ. 2549 จังหวัดราชบุรี มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวนทั้งสิ้น 39,428 คน และโรคนี้ถือเป็นสาเหตุของการตายในลำดับที่ 6 รองจาก โรคมะเร็ง โรคระบบไหลเวียน อุบัติเหตุ โรคทางเดินหายใจ และโลหิตเป็นพิษ (รายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง, 2550) นอกจากนี้ข้อมูลในระดับอำเภออำเภอบ้านโป่ง จ. ราชบุรีพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 5,641 คน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติถึงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศอำเภอบ้านโป่ง, 2550) ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวานเข้านอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเฉลี่ยเดือนละ 100 ราย ด้วยโรค ไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย และ อัมพาต นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ต้องสูญเสียอวัยวะจากการเกิดแผล ร้อยละ 30.26 (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลบ้านโป่ง, 2550)

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ที่เกิดในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคและระดับการควบคุมโรคเบาหวาน กล่าวคือ ยิ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานนานเท่าใดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีจะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากและเร็วขึ้นกว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หากผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรกก็จะช่วยลดและชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้นได้ (วิทยา ศรีมาดา, 2545; Funnell et al., 2007; Keeratiyutawong, 2005)แต่ปัญหาที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการควบคุมอาหาร(กุลฤดี จิตตยานันต์และคณะ, 2550)และยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะรับรู้ว่าโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงปฏิบัติตัวที่สวนทางกับคำแนะนำของแพทย์และการแสวงหาวิธีการรักษาอื่นๆ ด้วยตนเอง (ฉันทิกา นามวงษา และคณะ, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักไม่ออกกำลังกายเนื่องจากอายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยทำให้เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย (กุลฤดี จิตตยานันต์และคณะ, 2550) การดูแลเท้าเป็นการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยเบาหวานมักไม่ดูแลรักษาความสะอาดเท้าและไม่ทำให้เท้าชุ่มชื่น เดินเท้าเปล่าออกนอกบริเวณบ้าน ไม่เคยบริหารเท้า และไม่เคยตรวจเท้าด้วยตนเองส่งผลให้เกิดแผลที่เท้าจนต้องตัดขา (ตวงรัตน์ อิทรแสน, 2545 ; Broussard, 2002 ;

Copyright by Mahidol University

Sawanjai, 2006) จะเห็นได้ว่าการละเลยการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

ครอบครัวคือหน่วยของสังคมและวัฒนธรรมที่ขนาดใหญ่กว่าบุคคล ครอบครัวจึงเปรียบ เสมือนสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยระบบครอบครัวจึงมีอิทธิพล หรือมีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ปัจจัยในระบบครอบครัวมีมากมาย เช่น ความคาดหวังและความเชื่อ และแหล่งประโยชน์ของครอบครัว (Taylor, 1989 อ้างใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2544) ระบบความเป็นอยู่ในครอบครัว วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมของครอบครัว (Orem, 1983) เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในครอบครัว สถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในครอบครัว (Hass, 1990 อ้างใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2544) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบริบท และอาจมีอิทธิพลทั้งในด้านบวกและด้าน ลบ ครอบครัวจึงถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและยังมีส่วนสำคัญต่อปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การลดภาระในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นโดยผู้ป่วยจำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน โดยที่ไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาของการเป็นโรค เพียงต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์เป็นระยะๆ ชีวิตส่วนใหญ่จึงต้องอยู่ที่บ้านโดยต้องได้รับการควบคุมโรคอยู่ตลอดเวลา (นิตย์ เสรยศสกล และ ศุภวดี ลิมปพานนท์, 2540) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน หากผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การการประเมินตนเอง การดูแลเท้าและสุขอนามัย และการรับประทานยา จะส่งผลต่อการควบคุมโรค เพราะฉะนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวที่เข้าใจปัญหา สนับสนุนช่วยเหลือ คอยเป็นกำลังใจ ส่งเสริมการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการควบคุมโรค ครอบครัวจึงเป็นส่วนสำคัญที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (วรรณี นิธิยานันท์, 2550) การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งได้แก่ ปัจจัยโครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานผลการวิจัยยังมีน้อยและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่วนใหญ่พบว่าเป็นงานวิจัยต่างประเทศ ซึ่งบริบทของครอบครัว และบริบทของสุขภาพมีความแตกต่างจากสังคมไทย ดังนั้น

Copyright by Mahidol University

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัวที่บ้าน จึงสนใจที่จะศึกษาบริบทของครอบครัวที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรค และเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนางานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยในโรคอื่นๆ ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่

วัตถุของประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 กับ ปัจจัยด้านครอบครัวได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และ การสนับสนุนจากครอบครัว

สมมติฐาน

โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Copyright by Mahidol University

กรอบแนวคิด

ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองเนื่องจากมีภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เมื่อได้รับการวินิจฉัย โดยต้องแสวงหาความช่วยเหลือด้านการรักษา ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา เอาใจใส่ ตะหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน รวมทั้งต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคผู้ป่วยเบาหวานคือ การวางแผนโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย รับประทานยาให้ถูกต้องและสม่ำเสมอ ดูแลเท้าและประเมินตนเอง (วิทยา ศรีมาดา, 2545; Funnell et al., 2007; Keeratiyutawong, 2005)

ในการศึกษาครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดจากทฤษฎีการพยาบาล ของ Dorothea Orem (1995) ในทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) โอเรมอธิบายว่าทำไมคนจึงดูแลตนเอง และมีวิธีการดูแลตนเองอย่างไร โดยให้ความหมาย การดูแลตนเอง (Self-care) ว่าคือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองอย่างจงใจและมีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสุด ในแนวคิดของโอเรม (Orem, 1985 อ้างใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2541) ในทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเรมประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก คือ การดูแลตนเอง (self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และมโนทัศน์ประกอบคือ ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งมโนทัศน์ทั้งหมดนี้มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing systems)

โอเรม (2001) กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ว่ามีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ระบบครอบครัว วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และระบบบริการสุขภาพ (Orem, 1991) ตามทฤษฎีของโอเรม ระบบครอบครัว (family system) เป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อการดูแลตนเอง ครอบครัวเป็นปัจจัยกำหนดความต้องการการดูแลของบุคคลและความสามารถในการจัดการดูแลตนเองของบุคคล ระบบครอบครัวมีความหมายรวมถึงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว ในด้าน ขนาดและลักษณะการ

Copyright by Mahidol University

อยู่ร่วมกันของครอบครัว รวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในครอบครัวที่สนับสนุนการดูแลตนเองของสมาชิก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลในกำหนดความต้องการการดูแลตนเองของสมาชิกครอบครัว และวิธีการตอบสนองต่อความต้องการนั้นของสมาชิกครอบครัว

นอกจากนี้ โอเรมยังมองระบบครอบครัวเป็นหน่วยของการให้บริการ (family as a unit of service) บนพื้นฐานความเชื่อว่า ครอบครัวเกิดจากการอยู่ร่วมกันของสมาชิก ทำให้เกิดโครงสร้างและการทำหน้าที่ของครอบครัวที่แตกต่างไปจากบุคคล ดังนั้นครอบครัวจึงมีหน้าที่บางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ซึ่งในการจัดระบบพยาบาล ต้องเข้าใจถึงบทบาทของสมาชิกแต่ละบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวที่มีอยู่และที่เปลี่ยนแปลงไป องค์ประกอบและความเพียงพอของระบบการดูแลตนเอง รวมทั้งโครงสร้างของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัวด้วย (Orem, 2001)

จากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมและการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และ การสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากพบว่ามีการศึกษาปัจจัยเหล่านี้อย่างแพร่หลายในโรคเรื้อรังอื่น ๆ แต่ยังพบน้อยในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน อีกทั้งผลการวิจัยยังมีความขัดแย้ง ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน นำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

Copyright by Mahidol University

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณา เพื่อศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมด้วยตนเองจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี ต้องอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกับสมาชิกในครอบครัว อย่างน้อย 1 ปี ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาด้านสมอง เช่น โรคสมองเสื่อม หรือโรคทางจิตเวช ที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอบ้านโป่งจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกบ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาขลุง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากจากกรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานนัดที่เข้ารับบริการการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันที่ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล estimated effect size โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล medium effect = .30 เมื่อกำหนดให้ มีอำนาจในการวิเคราะห์ทางสถิติโดยมีระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ระดับอำนาจในการวิเคราะห์ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

Copyright by Mahidol University

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวาน โครงสร้างของครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว และ จำนวนสมาชิกในครอบครัว

2. แบบสอบถามองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย (Thai Family Functioning Scale (TFFS)) ของ วิมลนันท์ พุฒิวนิชพงศ์ (2548) จำนวน 30 ข้อ แบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ด้านความใกล้ชิด ผูกพันกันในครอบครัว (Cohesion) การติดต่อสื่อสารกันในครอบครัว (Communication/ Feeling Expression) วิธีการแก้ไขปัญหาของครอบครัว (Problem Solving)

3. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว แบบวัดการรับรู้สนับสนุนจากครอบครัวเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวของ อุมากร ใจยั่งยืน (2551) ที่ได้พัฒนาเครื่องมือจาก Modified Perceived Social Support from Family scale (MPSS-Fa) (Zhang,1997) จำนวน 19 ข้อ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนในด้านจิตใจ อารมณ์ และ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการให้ข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนด้านการเงินและสิ่งของที่ได้รับจากครอบครัว
แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเอง

4. แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเองโดยใช้แบบวัดกิจกรรมการดูแลตนเองของภาวนา กีรติยุตวงศ์ (2548) โดยพัฒนามาจากแบบสอบถาม รวม 19 ข้อประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารข้อ, การออกกำลังกายข้อ, การประเมินตนเองข้อ, การดูแลเท้าและสุขอนามัยข้อ และ การรับประทานยาข้อ

ประสิทธิภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบเครื่องมือโดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว ได้ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.81 แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามประชากรที่ศึกษา และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามแบบสอบถามองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82, 0.89 และ 0.80 ตามลำดับ

Copyright by Mahidol University

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล และทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงของการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการโดยความสมัครใจและมีการลงนามใบยินยอมเข้าโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อบริการและการตรวจรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ผู้วิจัยชี้แจ้งวิธีการเข้าร่วมวิจัยและการเก็บรักษาความลับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกเปิดเผยต่อบุคคลอื่น นอกจากคณะผู้วิจัย หรือบุคคลที่มีหน้าเข้ามาตรวจสอบการดำเนินการวิจัยในคน และก่อนเข้าร่วมในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยประการใดสามารถซักถาม โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและตอบข้อสงสัยนั้นจนกว่าจะเข้าใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลทำหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากจากกรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานนัดที่เข้ารับบริการการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันที่ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่เก็บได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ (Data Analysis) โดยใช้โปรแกรม SPSS version 16 สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นโรคนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการวิเคราะห์ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูล

Copyright by Mahidol University

2. คะแนนรวมของการทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัว กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยใช้สถิติโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

ผลการวิจัย

ข้อมูลด้านลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็น (ร้อยละ 77.6) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.2) มีช่วงอายุระหว่าง 60-69 (ร้อยละ 34.5) อายุเฉลี่ย 62.67 ปี (S.D. = 10.27 ปี) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 65.5) มีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 40.8) มีระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ60.3) และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 2-4 คน (ร้อยละ 65)

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

โครงสร้างครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโครงสร้างครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยว จำนวน 99 คน (ร้อยละ 56.9) และครอบครัวขยายจำนวน 75 คน (ร้อยละ 43.1)

การทำหน้าที่ของครอบครัวเฉลี่ยแยกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้ถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านความใกล้ชิดผูกพันในครอบครัว เฉลี่ย 29.71 (SD = 0.637) ด้านการติดต่อสื่อสารกันในครอบครัว เฉลี่ย 13.78 (SD=0.929) และด้านวิธีการแก้ไขปัญหาของครอบครัว เฉลี่ย 20.49 (SD=20.49)

การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว 3.31 (SD=0.49) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับดี จำนวน 145 คน (ร้อยละ 83.3) รองลงมาได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 53 คน (ร้อยละ12.6) และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อยที่สุด จำนวน 7 คน (ร้อยละ 4)

Copyright© by Mahidol University

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 174 ราย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในทุกด้านเฉลี่ย 4.38 วัน ต่อ สัปดาห์ (SD = 0.25) โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้าน การรับประทานยามากที่สุด เฉลี่ย 6.67 วันต่อสัปดาห์ รองลงมาคือการดูแลเท้าและสุขอนามัยดี ด้านการรับประทานอาหาร การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย และการประเมินตนเอง (ค่าเฉลี่ย 5.38, 3.3, 3.3 และ 3.25 วันต่อสัปดาห์) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ของ

ครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า

โครงสร้างครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = 0.053$, $p = 0.487$)

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับต่ำ ($r = 0.245$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับต่ำ ($r = 0.291$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.000

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 77.60 มีอายุเฉลี่ย 62.31 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (วีรยุทธ ชัยพรสุไพศษลและคณะ, 2550, ฉายศรี สุพรศิลป์ชัยและคณะ, 2550, เวธกา กลิ่นวิชิต, 2546, ภาวนา กีรติยุตวงศ์, 2542) อาจเนื่องจากเพศหญิงมีดัชนีมวลกาย และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายมากกว่าผู้ชาย (Mccollum et al.,2005) ประกอบกับนิสัยการรับประทานของผู้หญิงมักชอบรับประทานอาหารจุบจิบจึงเป็นเหตุให้พบผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนในเรื่องของรายได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สิน

Copyright by Mahidol University

คิดเป็นร้อยละ 40.8 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีเศรษฐานะที่ดี อาจเนื่องจากประชากรในเขตอำเภอบ้านโป่งส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม (ไร่อ้อย) ซึ่งเป็นพืชเศรษฐกิจที่มีราคาดี มีที่ดินเป็นของตนเองจึงทำให้ไม่จำเป็นต้องกู้หนี้ยืมสิน มีโรงงานที่รองรับเมื่อถึงฤดูเก็บเกี่ยวจึงทำให้ได้กำไรจากการทำไร่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.5 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายและเป็นผู้สูงอายุจึงทำให้ได้รับการศึกษาน้อย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.9 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกระหว่าง 2-4 คน อาจเป็นเพราะสมาชิกในครอบครัวออกไปทำงานในจังหวัดใกล้เคียงอันเนื่องมาจากอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ใกล้กับกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ60.3) อาจเกิดจากผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง อีกทั้งระดับน้ำตาลในกระแสเลือดยังไม่คงที่ผู้ที่รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกจึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = 0.245$, $p < 0.01$ และ $r = 0.291$, $p < 0.01$) เมื่อวิเคราะห์แต่ละตัวแปรพบว่า

การทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นบทบาทหรือวัตถุประสงค์ของครอบครัวที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวและสังคมนั้นดำรงอยู่ (Hanson, 2001) ซึ่งครอบครัวเป็นระบบเปิด และมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอก ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ ของครอบครัว การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคลใดบุคคลหนึ่งเพียงลำพัง จำเป็นต้องพิจารณาบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย (Epstein et al, 1982 อ้างใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวจึงส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วย การศึกษาครั้งนี้พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่ำกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับต่ำ ($r = 0.245$, $p<0.01$) หมายความว่าหากครอบครัวของผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติ ศุภปีติพร และศิริลักษณ์ ศุภปีติพร (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทไม่ต้องพึ่งอินซูลิน พบว่าครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัว

Copyright by Mahidol University

ได้ดีจะมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี และ การศึกษาของ Wen และคณะ (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานด้วย

การได้รับสนับสนุนจากครอบครัวในด้านต่างๆ คือการได้รับความรัก ความเอาใจใส่และให้การยกย่อง ให้ความช่วยเหลือด้านเงินทองและสิ่งของ การให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจและยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยนั้นจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลตนเองกับโรคที่เป็นได้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับต่ำ ($r = 0.291$, $p < 0.01$) นั่นหมายความว่าถ้าผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับดีก็จะมีการดูแลตนเองได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang & Fenske (1996) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุน จากครอบครัวและเพื่อนดีจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มุทิตา ชมพูศรี, วิจิตร ศรีสุพรรณ, และดิลกา ไตรไพบูลย์ (2551) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปางพบว่าการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในด้านการควบคุมอาหาร และด้านการใช้ยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Skinner และคณะ (2000) เกี่ยวกับ การสนับสนุนจากสังคม และรูปแบบส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวทำนายการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร และการศึกษาของภัณฑิลา อิฐรัตน์ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 312 ราย พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และการศึกษาของ Kang และคณะ (2010) ที่ศึกษาการเปรียบเทียบระหว่างการดูแลแบบใช้ครอบครัวมีส่วนร่วมกับการดูแลแบบปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ส่วนโครงสร้างครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรโครงสร้างครอบครัวในมิติลักษณะการอยู่อาศัยหลายรุ่นอาจไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองมากเท่ากับจำนวน

Copyright by Mahidol University

สมาชิกในครอบครัวเนื่องจากหากมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากทำให้มีเวลาที่จะดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลตนเองมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยพรรณ เทียนทอง (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกน้อยซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีด้วย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมากร ใจยั่งยืน (2551) พบว่า โครงสร้างครอบครัว คือลักษณะครอบครัว แบ่งออกเป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของ อำไพ ชนะกอกและคณะ (2540) ศึกษาแบบแผนสุขภาพปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุเขตชนบท จ.เชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านออกกำลังกายดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว และการศึกษาของ อัฏฐพร ศรีฟ้า (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้หญิงในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวพบว่าหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเอง ภาวนา กีรติยุตวงศ์ (2548) ซึ่งแบ่งแบบสอบถามเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย, การประเมินตนเอง, การดูแลเท้าและสุขอนามัย และ การรับประทานยา โดยแบบสอบถามในหัวข้อการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายที่เฉพาะเจาะจง เช่น การเต้นแอโรบิกว่ายน้ำอาจไม่เหมาะสมกับบริบทสังคมที่เป็นชนบท ซึ่งอาจส่งผลให้การตอบข้อคำถามของกลุ่มตัวอย่างมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

2. การวิจัยนี้เลือกศึกษาตัวแปรโครงสร้างครอบครัวในมิติเดียวคือ ลักษณะการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว โดยแบ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว และ ครอบครัวขยาย โดยไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของขนาดครอบครัวร่วมด้วยทำให้เกิดข้อจำกัดในการสรุปผลการศึกษาตัวแปรโครงสร้างครอบครัว

Copyright by Mahidol University

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการประเมินตนเองที่ยังไม่เหมาะสม และยังพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการกำหนดแนวทางในการพัฒนางานดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการประเมินตนเองยังไม่เหมาะสมดังนั้นควรจัดกิจกรรมหรือแนวปฏิบัติให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองในด้านต่างๆ ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพราะฉะนั้นในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับการนำสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยตั้งแต่การให้ความรู้จนถึงการฝึกทักษะ และพยาบาลควรส่งเสริมให้แต่ละครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพและให้การสนับสนุนผู้ป่วยในทุกๆ ด้านที่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. การศึกษาในครั้งนี้ได้ศึกษาความเกี่ยวกับปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัวในด้านการอยู่ร่วมกันของสมาชิกครอบครัว แบบครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย ที่สัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผลการวิจัยยังมีความขัดแย้งกับงานวิจัยอื่นๆ ที่ผ่านมา จึงควรมีการศึกษาปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัวอื่นๆ ต่อไป

4. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่นๆ เช่น ในเขตชุมชนเมือง หรือเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตชนบทภาคกลาง

5. ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสามารถในทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำไปพัฒนางานวิจัยแบบ Intervention ต่อไป

Copyright by Mahidol University

FAMILY FACTORS ASSOCIATED WITH DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

NUANANONG SRISUKSAI 5036781 NSFN/M

M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPINDA RUANGJIRATAIN, PhD. (NUSING), NUNTAWON SUWONNAROOP, PhD. (NUSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

The incidence of type 2 diabetes mellitus has been increasing all over the world. The World Health Organization has estimated that there are as many as 170 million patients with type 2 diabetes mellitus around the world and that this number will double in the year 2030. Every year, the number of patients who died from type 2 diabetes mellitus is as high as 3.2 millions, or six people per minute. As for patients with diabetes mellitus, 95% of them are stricken with type 2 diabetes mellitus, which is mostly found in those who are older than 40 years old (WHO, 2008). In Thailand, in 2004, the number of patients who were newly diagnosed with type 2 diabetes was equal to 388,551. It is estimated that the number of patients with type 2 diabetes is more than three millions all over the country. Moreover, the number of patients with type 2 diabetes tends to continue to increase, and there are approximately half of the patients who do not realize that they have type 2 diabetes mellitus. In 2009, the number of patients who died from type 2 diabetes mellitus was 7,019, or about 19 patients per day. Also in 2009, the number of admissions at hospitals under the Ministry of Public Health caused by type 2 diabetes mellitus was 558,150, or about 1,529 cases per day (Office of Non-Communicable Diseases, B.E. 2553).

Copyright by Mahidol University

Diabetes mellitus is a metabolic disease which results in an increase in plasma glucose levels. When this condition persists for a long time, both acute and chronic complications will follow (Thep Himathongkam, B.E. 2547) such as hyperglycemia, hypoglycemia, macro-vascular diseases including cardiovascular disease and cerebrovascular disease, and microvascular diseases such as kidney disease, retinal complications, and neurological abnormalities. Patients who cannot successfully control diabetes mellitus will suffer from severe complications, which can be either short-term and long-term, and which may be lead to morbidity and mortality. Therefore, diabetes mellitus is considered a major public health problem of the country at present (Department of Medicine, B.E. 2542). In 2006, there were 39,428 patients with type 2 diabetes mellitus, which was the sixth leading cause of death after cancer, circulatory diseases, accidents, respiratory diseases, and septicemia (Report on Surveillance of Chronic Illnesses, B.E. 2550). In addition, on a district level, it was reported that the number of patients with type 2 diabetes mellitus who were registered under the public health offices of Ban Pong District, Ratchaburi Province, was equal to 5,641 in 2007. Of these, 30% were unable to control their plasma glucose levels at a normal level (Ban Pong District Information Center, B.E. 2550). At Ban Pong Hospital, on average about 100 patients were hospitalized at the Inpatient Department due to complications from diabetes mellitus including chronic renal failure, myocardial infarction, and paralysis. Moreover, about 30.26% became an amputee due to diabetic ulcers (Information Center of Ban Pong Hospital, B.E. 2550).

Chronic complications in patients with type 2 diabetes mellitus are related to the duration of the disease and control of plasma glucose levels. That is, the longer the duration of diagnosis of type 2 diabetes mellitus, the more likely the patients will suffer from complications. In particular, patients who have poor control of plasma glucose levels are more likely to develop complications faster than those who have good control of plasma glucose levels. If patients with type 2 diabetes mellitus are able to perform appropriate and correct self-care since the beginning, they can prolong or prevent such complications (Wittaya Sridama, B.E. 2545; Funnell et al., 2007 Keeratiyutawong, 2005). However, it has been reported that one of the most commonly found problems in patients with type 2 diabetes mellitus is their inability to continuously perform self-care, especially dietary control (Kulruedee Jittayanan et al.,

Copyright by Mahidol University

B.E. 2550). It has also been found that since patients with type 2 diabetes mellitus perceive that the disease is incurable, they may not adhere to the doctor's suggestions and search for other alternative treatments by themselves (Chantika Namwongsa et al., B.E. 2550). Furthermore, patients with type 2 diabetes mellitus do not like to exercise as their old age is an obstacle when they want to work out (Kulruedee Jittayanan et al., B.E. 2550). Also, foot care is another important problem because patients with type 2 diabetes mellitus do not like to take care of their feet or keep their feet moisturized. They sometimes walk outside the house with no shoes on, never do foot exercise, and never perform foot examination, which can lead to foot ulcer and subsequent foot amputation (Tuangrat Indrasan, B.E. 2545; Broussard, 2002; Sawanjai, 2006). It can be seen that ignorance of various self-care practices makes patients with type 2 diabetes mellitus unable to control their plasma glucose levels, hence development of diabetic complications.

Family is a family and cultural unit that is larger than an individual. Family can be compared to social and cultural environment of individuals. A family factor therefore has an influence or effect on the needs for self-care and self-care efficacy of individuals. There are various family factors such as expectation and belief and sources of resources of the family (Taylor, 1989, cited in Somjit Hanucharunkul, B.E. 2544). Living conditions in the family, cultures, physical and social environments (Orem, 1983), changes in the family, marital status, and number of family members (Hass, 1990 cited in Somjit Hanucharunkul, B.E. 2544) are related to individuals' needs for self-care and self-care efficacy in different contexts, and they can have either positive or negative influence. As a result, family is considered an environment which is close to the patients and influences patients' self-care practices.

At present, the number of patients with type 2 diabetes mellitus continuously increases. Reducing burdens of care for these patients can be done by promoting the patients' self-care efficacy to prevent possible complications by enabling patients to control their plasma glucose levels within the normal levels. In fact, type 2 diabetes mellitus is a chronic illness and the patients should be able to perform self-care by themselves at home without having to be hospitalized all through the period of the disease. They only need to be examined by the doctor on a periodical basis. Thus, they live their life at home most of the time but they have to control their

disease all the time (Nit Serayasakol & Supawadee Limpaphanon, B.E. 2540). Self-care practices of patients with type 2 diabetes mellitus, therefore, are a key to diabetic control. If the patients are able to effectively perform self-care practices in five aspects of dietary control, exercise, self-assessment, foot and hygiene care, and medication intake, they should be able to control their disease condition. In other words, control of type 2 diabetes mellitus depends on cooperation from patients and family members who understand the problems and are ready to provide encouragement and support to promote self-care practices of the patients to enable them to effectively control the disease. Consequently, family plays an important role to enable patients with type 2 diabetes mellitus to efficiently and effectively perform self-care practices (Wannee Nithiyanan, B.E. 2550).

A review of related literature and research has shown that there are few studies on family factors of family structure, family functioning, and family support and their relationship with self-care practices and that the findings of these studies are inconclusive. Most of the studies were conducted abroad, where the family and health contexts are different from those in Thailand. Therefore, the researcher who is a family nurse practitioner and who is responsible for provision of care to the health of the patients and their family at home was interested in investigating family factors affecting self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus in hope that better understanding of the relationship between family factors including family structure, family functioning, and family support and self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus would be obtained. It was anticipated that the findings of the study could be used as a guideline to promote self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus and to further develop a body of empirical knowledge on the relationship between family factors and self-care activities of patients with other diseases.

Research Questions

- What are self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus?
- What is the relationship between family factors of family structure, family functioning, and family support and self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus?

Copyright by Mahidol University

Research Objectives

- To investigate self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus
- To determine the relationship between family factors of family structure, family functioning, and family support and self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus

Research Hypothesis

Family structure, family functioning, and family support are associated with self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus.

Conceptual Framework of the Study

Patients with type 2 diabetes require self-care due to health deviation. After the diagnosis of type 2 diabetes, they need to seek for medical assistance and adhere to the treatment plan. In addition, they need to be aware of the effects of type 2 diabetes and continuously perform necessary self-care to control their blood sugar levels at a normal or close to normal level to prevent possible complications. The self-care activities necessary for patients who have been diagnosed with type 2 diabetes include good nutrition plans, exercises, correct and consistent medication intake, diabetic foot care, and self-assessment (Witaya Sridama, B.E. 2545; Funnell et al., 2007; Keeratiyutawong, 2005).

In the present study, the theory of self-care proposed by Dorothea Orem (1995) was employed as the conceptual framework of this study. Orem explains why and how individuals perform self-care. According to Orem, self-care is defined as the performance of activities intentionally initiated by individuals with an aim to maintain their own life, health, and security. When self-care is effectively carried out, it will enable individuals' structures, functioning, and developments to reach their highest potential. According to Orem's concept (1985, cited in Somjit Hanucharunkul, B.E.

Copyright by Mahidol University

2541), the general nursing care theory consists of the following concepts: self-care, therapeutic self-care demand, self-care agency, self-care deficit, and nursing agency, while the confounding concept refers to basic conditional factors. All of these concepts are interrelated and together they are combined into the theory of self-care, theory of self-care deficit, and theory of nursing systems.

Orem (2001) points out that basic conditioning factors have an influence on individuals' therapeutic self-care demand and self-care agency. Basic conditioning factors include age, gender, developmental stage, health status, cultures and traditions, family system, lifestyles, environments, sources of support, and healthcare provision system. Orem's theory regards family system as one of the basic conditioning factors that have both positive and negative effects on self-care. Family is a factor that determines the needs for care of individuals and their self-care efficacy. The family system also refers to other factors that are related to family including family structures in terms of size and living condition of the family, as well as sources of resources within the family that support self-care practices of family members. These factors have an effect on the self-care needs of family members as well as their responses to such needs.

In addition, Orem sees the family system as a unit of service based on the belief that family results from co-habitation of the members which result in structures and functioning that are different from those of individuals. Therefore, family has some duties related to self-care practices. The nursing system has to take into account the roles of individual members of the family, existing and changing relationships among family members, components and sufficiency of self-care systems, and family structures, functioning, and support (Orem, 2001).

Based on the nursing theory of Orem and an extensive review of literature on family factors in patients with various chronic illnesses, the researcher selected to investigate three family factors of family structure, family functioning, and family support. This is because these three studies have been widely investigated among patients with other chronic illnesses, but there are few studies conducted with patients with type 2 diabetes mellitus. Furthermore, the research findings are contradictory and inconclusive. Thus, the researcher was interested in investigating family factors related to self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus. The conceptual framework of the present study is illustrated in Figure 1 below.

Copyright by Mahidol University

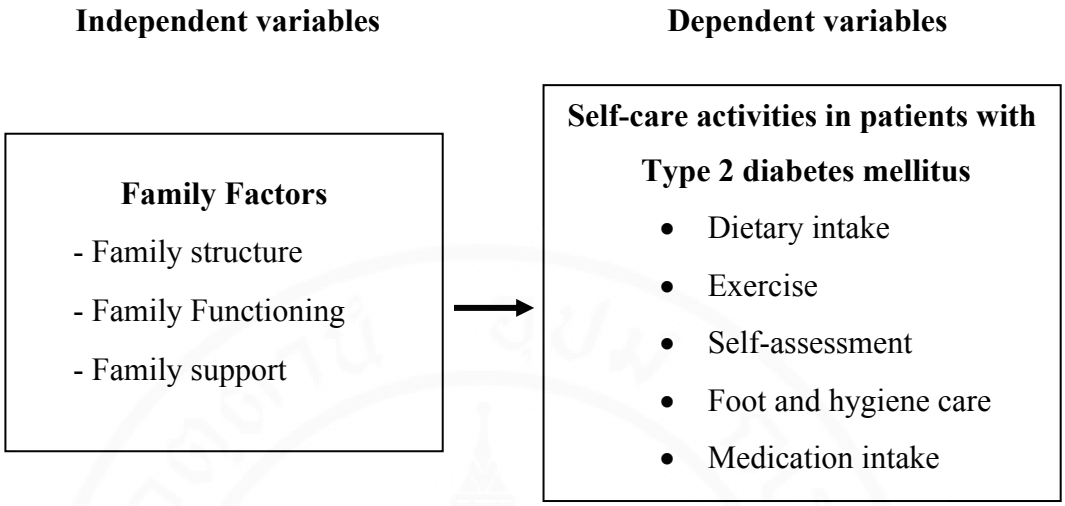


Figure 1 Conceptual Framework of the Study

Research Methodology

The present study was descriptive research which aimed at investigating self-care activities of patients with type 2 diabetes and the relationship between family factors of family structure, family functioning, and perceived family support and self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus. Data were collected by means of the questionnaires by the researcher from the patients with type 2 diabetes mellitus who sought treatment at three Tambon health promoting hospitals in Ban Pong District, Ratchaburi Province.

Population and Sample

The population of the study were patients 40 years old and older who had been diagnosed with type 2 diabetes mellitus for at least one year and they had been living with family members for at least one year. In addition, they were not diagnosed with brain problems such as dementia or psychiatric illnesses. They were registered for treatment at three Tambon health promoting hospitals--Tambon Ban Muang health promoting hospital, Tambon Nong Gob health promoting hospitals, and Khao Khlung health promoting hospital. The subjects were selected by means of stratified random

Copyright by Mahidol University

sampling by simply drawing the names of the patients with an appointment for examinations and treatments at the hospitals on the days of data collection.

The sample size of the study was calculated by using the estimated effect size with the medium effect = .30. When the power of statistical analysis was set with the confidence level of 95% and the power of analysis of .80, the resulting sample size was 174 subjects.

Instruments

The instruments used to collect data in this study consisted of four questionnaires as follows:

1. Demographic characteristics questionnaire elicited data regarding age, gender, marital status, educational background, sufficiency of income, duration of diagnosis of type 2 diabetes mellitus, and family structure including type of family and number of family members.

2. The Thai family functioning scale (TFFS) was developed by Wimolnan Putthivanichpong (B.E. 2548). It was composed of 30 items which were categorized into three aspects of family cohesion, family communication/feeling expression, and family problem solving.

3. The perceived family support questionnaire was adapted by the researcher from the perceived family support questionnaire of Umakorn Jaiyangyuen (B.E. 2551) which was adapted from the original Modified Perceived Social Support from Family Scale (MPSS-Fa) constructed by Zhang (1997). The questionnaire consisted of 19 items which elicited data regarding the diabetic patients' perception of mental, emotional, informational, financial, and tangible support from their family as well as feedback.

4. The self-care activities questionnaire was adopted from the questionnaire on self-care activities of Pawana Keeratiyuttawong (B.E. 2548). It consisted of 19 items regarding self-care activities of dietary intake, exercise, self-assessment, foot and hygiene care, and medication intake.

Copyright by Mahidol University

Validation of Instruments

The content validity of the questionnaires was examined by a panel of experts who were two nursing instructors and one advanced nurse practitioner specializing in diabetic care. The IOC Index was calculated, and the content validity of the perceived family support questionnaire was equal to 0.81. The instrument was then tried out with a group of subjects who shared similar characteristics with the subjects of the main study. Cronbach's alpha coefficient of the instrument was also calculated to determine the reliability of the Thai family functioning scale, the perceived family support questionnaire, and the self-care activities questionnaire, which was 0.82, 0.89, and 0.80, respectively.

Protection of the Rights of Human Subjects

In this study, data collection commenced after the study proposal was approved by the Institutional Review Board of Mahidol University. The rights of the study subjects were carefully protected. The researcher began by approaching the prospective subjects to introduce herself and explained the research objectives, benefits, and risks involved in participation in the study. The subjects were asked to participate in the study on a voluntary basis. They were informed that they had the rights to refuse to participate in the study or to withdraw from the study at anytime if they wished without any effects on the treatment and care they would receive from the hospitals. They were also assured that the data collected from them would be kept strictly confidential and would be reported only as group data. The researcher gave the subjects the opportunity to ask questions to clarify their doubts or misunderstanding, and they were asked to sign the informed consent form to show their willingness to take part in the study.

Copyright by Mahidol University

Data Collection

Data collection began after approval was granted by the Institutional Review Board of Mahidol University. The subjects were recruited by means of simple random sampling by drawing the names of the patients who sought treatment at one of the three Tambon health promoting hospitals on the days of data collection.

Data Analysis

The data collected from the study subjects were analyzed using the SPSS computer package version 16 as follows:

1. Descriptive statistics were used to analyze data regarding demographic characteristics of the subjects including age, gender, marital status, type of family, number of family members, sufficiency of income, and duration of the disease in terms of frequency, mean, percentage, and standard deviation.

2. Point Biserial Correlation Coefficient was used to analyze data regarding family structure and self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus.

3. Pearson's Product Moment Correlation Coefficient was employed to determine the relationship between family functioning and perceived family support and self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus.

Findings

Demographic characteristics of the subjects

The findings indicated that more than three quarters of the subjects (77.60%) were female, and 71.2% were married. The largest group (34.5%) ranged in age from 60 to 69 years old, with the mean age of 62.67 years (SD = 10.27 years). As for educational background, 65.5% completed elementary education, 40.8% had sufficient income without any debts, and 60.3% had been diagnosed with type 2 diabetes mellitus for six to ten years. Finally, close to two-thirds, or 65%, had two to four family members.

Copyright by Mahidol University

Family factors

According to the study findings, more than half of the subjects, or 99 of them (56.9%), lived in a nuclear family, while 75 subjects (43.1%) lived in an extended family.

When considering each aspect of family functioning, it was found that the mean score of perceived cohesion of 29.71 (SD = 0.637), family communication/ feeling expression of 13.78 (SD = 0.929), and family problem solving of 20.49 (SD = 20.49).

With regard to perceived family support, the subjects' mean score of perceived family support was equal to 3.31 (SD = 0.49). Most of the subjects, or 83.3%, had a good level of perceived family support, 12.6% had a moderate level of perceived family support, and only 4% had a poor level of perceived family support.

The study findings revealed that, in terms of self-care activities of the subjects with type 2 diabetes mellitus, they had all five aspects of self-care activities on 4.38 days per week on average (SD = 0.25). Medication intake ranked first, at 6.67 days per week on average, followed by foot and hygiene care, dietary intake, exercise, and self-assessment, with the mean of 5.38, 3.3, 3.3, and 3.25 days per week on average, respectively.

Relationship between family factors and self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus

The findings regarding the relationship between family structure, family functioning, and perceived family support and self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus are as follows:

Family structure was not associated with self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus ($r = 0.053$, $p = 0.487$).

Family functioning was positively associated with self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus at a low level ($r = 0.245$) with statistical significance at $p < 0.01$ level.

Perceived family support was positively associated with self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus at a low level ($r = 0.291$) with statistical significance at $p < 0.01$ level.

Copyright by Mahidol University

Discussion of Findings

More female than male patients with type 2 diabetes mellitus participated in this study as more than three-fourths, or 77.60%, were female. Their mean age was 62.31 years. Such findings were consistent with the findings of studies conducted with patients with type 2 diabetes mellitus in Thailand which have shown that there are more female than male patients and that most of them are elderly persons (Weerayuth Chaipornsupaisal et al., B.E. 2550; Chaisri Supornsilpchai et al., B.E. 2550; Wethaga Klinvichit, B.E. 2546; Pawana Keeratiyuttawong, B.E. 2542). This may be because females have more body mass index and more restrictions in physical activities than males do (Mccollum et al., 2005). Also, females are more likely to enjoy munching on snacks, so there are more female than male patients with type 2 diabetes mellitus. As regards income, it was found that 40.8% of the study subjects had sufficient income with no debts, so they were considered having a good economic status. One plausible explanation is that residents of Ban Pong District tend to work as agriculturists growing sugar cane which are major economic crops that generate good income, so they have their own land and there is no need for them to ask for a loan from others. There are factories to accommodate their crops during the harvest season, so they can enjoy the profits from their agricultural products. Furthermore, more than two-thirds of the subjects (65.5%) completed only elementary education. This could be explained that most of the subjects lived in a rural area and worked in the fields, and there were more females than males and were elderly persons, so they did not have a chance to be highly educated. Moreover, 64.9% of the subjects lived in a family with two to four members. This may be because the family members left to work in a nearby province. In fact, Ban Pong District, Ratchaburi Province, is close to Bangkok. Finally, nearly two-thirds of the subjects, or 60.3%, had been living with type 2 diabetes mellitus for six to ten years. These patients who had acknowledged their diabetic status may have concern about their own illness and their blood sugar levels were not yet stable or controlled. As a result, the patients who learned that they were at the initial stage of type 2 diabetes mellitus tended to choose hospitals for their treatment rather than Tambon Health Promoting Hospital.

Copyright by Mahidol University

Relationship between family factors and self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus

The study findings indicated that family functioning and perceived family support were positively associated with self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus at a low level ($r = 0.245$, $p < 0.01$ and $r = 0.291$, $p < p < 0.01$, respectively). Such findings can be explained as follows:

Family functioning is generally a role or objective of the family for its members and the society in which the family live (Hanson, 2001). Family is an open system which is related to other external systems. Therefore, one family member's behaviors will have an influence on the other members in the family. Understanding of one member of the family cannot be achieved without analyzing that particular member alone, but it requires consideration of that member with the whole family (Epstein et al., 1982, cited in Umaporn Trangkasombat, B.E. 2554). Thus, family functioning as an effect on self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus. In the present study, it was found that family functioning was positively associated with self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus at a low level ($r = 0.245$, $p < 0.01$). This means that if the family of the patients has good functioning, the patients are likely to have good self-care activities. Likewise, Suchart Suppapeetiporn and Siriluck Suppapeetiporn (B.E. 2548) investigated the relationship between family functioning and control of plasma glucose levels of diabetic patients with no insulin dependence and found that patients with good family functioning had good control of plasma glucose levels. Finally, Wen et al. (2004) explored the factors related to obstacles in food consumption of patients with type 2 diabetes mellitus and reported that social functioning was associated with self-care practice in food consumption of elderly patients with type 2 diabetes mellitus.

In general, family support refers to reception of love, care, attention, financial and material assistance, and information from family members. Put another way, family support encompasses both physical and psychological support individuals receive from their family members, as well as acceptance of individuals' behaviors. It is believed that when patients receive family support from their family members, they are more likely to continue to practice self-care activities that benefit their chronic illnesses. In this study, it was discovered that perceived family support was positively

Copyright by Mahidol University

associated with self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus at a low level ($r = 0.291$, $p < 0.01$). This means that if the patients had a good level of perceived family support, they were likely to have good self-care activities. Similar findings have been reported by Wang and Fenske (1996) who studied the relationship between support from family and friends and self-care behaviors of diabetic patients with no insulin dependence. They found that patients who received a good level of support from their family and friends tended to have better self-care behaviors. In addition, Mutita Chompoosri, Vichit Srisupan, & Dilaka Tripaiboon (B.E. 2551) investigated the factors associated with behaviors to control plasma glucose level of diabetic patients at primary healthcare units in Sobprab District, Lampang Province, and found that there was a positive relationship between family support and behaviors to control plasma glucose in terms of dietary control and medication intake. Furthermore, Skinner et al. (2000) conducted a study on social support and individual patterns of patients with type 2 diabetes mellitus. They found that family support was a predictor of self-care activity of dietary intake. Similarly, Phanthila Itharat (B.E. 2541) explored the factors related to self-care practices of 312 elderly patients with type 2 diabetes mellitus at community hospitals and found that family support could predict self-care practices of elderly persons with type 2 diabetes mellitus with statistical significance at 0.01 level. Finally, Kang et al. (2010) compared care involving family participation and routine care in patients with type 2 diabetes mellitus who were unable to control their blood sugar levels and reported that family support affected self-care behaviors and control of blood sugar levels.

However, the study findings indicated that there was no relationship between family structure and self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus. This may be because, in the present study, the family structure dimension that was selected was the living condition with several generations of family members, which may not have so important effects on self-care as the number of family members. In fact, when there are more members in the family, these members will have more time to take care of and support self-care practices of patients than when they are fewer family members. Likewise, Piyapan Tianthong (B.E. 2540) explored the factor of family support and healthcare behaviors of patients with type 2 diabetes mellitus and found that patients who lived in a family with more members received

more support than those who lived in a family with smaller numbers of family. In brief, patients who lived in a large family had better self-care behaviors than those who lived in a small family.

Similar findings have been reported by Umakorn Jaiyangyuen (B.E. 2551) that family structure including type of family (nuclear family and extended family) and number of family members were not associated with health promoting behaviors of elderly patients with hypertension. In contrast, Umpai Chanakok et al. (B.E. 2540) carried out a study to investigate health patterns, problems, and needs of elderly persons belonging to an elderly club in rural areas in Chiang Mai Province and found that elderly persons living in an extended family had better self-care practice of exercises than those living in a nuclear family. Similarly, Athaporn Srifa (B.E. 2540) studied the roles of women in healthcare behaviors and reported that women who lived in an extended family were more likely to have better healthcare behaviors than those living in a nuclear family.

Limitations of the Study

1. In this study, data were collected using the self-care activities questionnaire developed by Pawana Keeratiyuttawong (B.E. 2548) which was divided into five aspects of self-care including food consumption, exercises, self-assessment, diabetic foot care, and medication intake. Some specific items in the exercises dimension such as items on aerobic exercises or swimming may not be appropriate for the study subjects who lived in a rural area, so their responses may not absolutely be accurate.

2. In this study, only one dimension of the family structure variable, co-habitation of family members—nuclear family and extended family—was selected. The dimension of family size was not included in the study. Therefore, there are certain restrictions in concluding the research findings regarding the family structure variable.

Copyright by Mahidol University

Recommendations

The study findings revealed that patients with type 2 diabetes mellitus still had inappropriate self-care activities of dietary intake, exercise, and self-assessment. It has also been found that family functioning and perceived family support affected self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus. Based on such findings, the following recommendations can be made:

1. The study findings showed that the subjects' self-care practices in terms of food consumption, exercises, and self-assessment were not yet appropriate. Therefore, activities and practice guidelines should be devised to enable patients to adjust their self-care behaviors to suit their lifestyles so as to enable them to more appropriately perform different self-care activities.

2. Family functioning and family support were found to be associated with self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus. Therefore, nurse practitioners who are public health officials in charge of provision of care to these patients should realize the significance of family involvement in every step of self-care practices of patients including provision of knowledge and skill practices. Nurses should promote effective family functioning in each family and provide support to patients in all aspects to enhance their self-care activities to ensure their appropriateness and effectiveness.

3. In this study, family structure in terms of living condition as nuclear family or extended family was investigated to determine its relationship with self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus. However, the study findings are contradictory to the findings reported by previous studies. Therefore, the factor of family structure should be further investigated to better understand its relationship with self-care practices of patients.

The analysis of the study variables has suggested that family functioning and family support have an effect on self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus. Therefore, healthcare staffs should encourage family members of patients to take part in provision of care. In addition, appropriate family functioning and family support should be promoted to facilitate appropriate self-care activities of patients to ensure their efficiency and effectiveness.

Copyright by Mahidol University

4. As the present study was carried out with patients with type 2 diabetes mellitus who lived in a rural community, studies should be conducted with other groups of population such as patients with type 2 diabetes mellitus who are living in an urban or suburban the community.

5. Studies should also be carried out to determine family factors that can predict self-care activities in patients with type 2 diabetes mellitus so as to subsequently develop intervention research to gather empirical findings.

Copyright by Mahidol University

รายการอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพ ฯ : องค์การทหารผ่านศึก.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องโรคเบาหวาน*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : บริษัทกราฟฟิคแมส จำกัด.

กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กุลา ศรีสวัสดิ์, สุทิน ศรีอัษฎาพร. (2548). *การดูแลรักษาและป้องกันแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน* ใน : สุทิน ศรีอัษฎาพร และ วรรณี นิธิยานันท์, บรรณาธิการ. โรคเบาหวาน. กรุงเทพ ฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

กุลฤดี จิตยานันต์ และ คณะ. (2550). *รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา ตำบลบ่อกวางทอง อ.กวางทอง จ.ชลบุรี*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช.

ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ. (2546). *รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาและการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน*. ขอนแก่น. ขอนแก่นการพิมพ์.

ขนิษฐา ศรีสว่าง. (2549). *การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง : การศึกษาแบบกรณีศึกษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร. (2543). *สภาวะสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพ ฯ : หมอชาวบ้าน.

จันทรา บริสุทธิ์. (2540). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

จารุวรรณ นิพพานนท์. (2543). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข*. กรุงเทพ : คราฟแมน เพลส.

Copyright by Mahidol University

จิตรกร วิเศษปัสสา, วรางคณา ส่งสิทธิสวัสดิ์, วิทัศน์ จันทรโพธิศรี, สภลักษณ์ โคตรดง. (2549). การติดตามเยี่ยมบ้านกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6*(1), 150-160

จิราภรณ์ ใจสบาย. (2553). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

จารุวรรณ เสน่ห์วงศ์. (2548). *การสนับสนุนจากครอบรัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จุฬาภรณ์ โสตะ. (2541). *การสุขศึกษาในสถานบริการสาธารณสุข*. ขอนแก่น : ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. (2542). *โรคเบาหวาน*. *ศรีนครินทร์สาร, 14*(1), 50-61.

ฉันทิกา นามวงษา และคณะ. (2549). *การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่*. Retrieved December 15, 2008, from http://gotoknow.org/blog/community2 nurse/63792.

ฉายศรี สุพรศิลป์ชัยและคณะ. (2550). เบาหวานในไทย : บทเรียนจากนโยบายของประเทศพัฒนา. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2*(1), 168-179.

โฉมยง เหลาโชติ. (2536). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชนาธิป ศรีพรหม. (2550). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชัชวาล ฤทธิ์ฐิติ. (2551). การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลโช่พิสัย จังหวัดหนองคาย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2*(2) 1301-1314

ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้ และคณะ. (2551). *รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.

ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์. (2548). *10 โรคคุกคามคนไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพ ฯ : ใกล้หมอ.

Copyright by Mahidol University

ดลิน ปิ่นน้อย และ คณะ. (2548). ผลของโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวต่อความเจ็บปวดและการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 23*(3), 24-33.

ตวงรัตน์ อินทรแสน. (2545). การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

เทพ หิมะทองคำ. (2547). *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยาพัฒน์จำกัด.

ธิติ สนับบุญ. (2549). *การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีรญา วชิรเมธาวี. (2550). *ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นรีรัตน์ วิทยาคุณ. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. *ลำปางเวชสาร, 24(3)*, 147-155.

นิตย์ เสรยศสกลและ ศุภวดี ลิมปพานนท์. (2540). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 1*(1), 92-98.

นพวรรณ อัศวรัตน์ และ ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2544). *เกริ่นนำแนวพัฒนากิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพระบบไหลเวียนเลือด*. กรุงเทพ : องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์.

บุญทิพย์ สิริธรังศรี, พิบูลย์ กาญจนพิบูลย์, จินดา ศรีสไว. (2544). *รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพฯ. สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ.

บุบผา ลาภทวี. (2547). *ปัจจัยทำนายสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.

เบญจวรรณ เกิดแพร. (2549). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. Retrieved December 15, 2008, from http://hpc9.anamai.moph.go.th/htm/research/49_13.htm.

Copyright by Mahidol University

ประไพ สุบรรณนารถ และกิตติศักดิ์ ห่อทรัพย์. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวานตำบลหนองปรือ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปิยะพรรณ เทียนทอง. (2540). *ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน*. ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผกากรอง พันธุ์ไพโรจน์และคณะ. (2551). *รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสงขลา*. โรงพยาบาลสงขลา.

พัชรินทร์ พันจรรยา. (2543). *การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์สาขาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พินทอง รัตนภุชงค์. (2550). *การดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรทิพย์ เพิ่มฉายศักดิ์. (2543). *การสนับสนุนของครอบครัวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณี ทิพย์ธราดร. *แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการจัดการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ : องค์การทหารผ่านศึก.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข,บรรณาธิการ. ศุภวรรณ มโนสุนทร , ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2542). *ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง : การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. นนทบุรี:ส่วนพฤติกรรมและสังคม สำนักพัฒนาและวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ไพบูลย์ จาตุรปัญญา. (2546). *เบาหวานกับการรักษาตนเอง*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: รวมทรรศน์.

ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2539). *แนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ภัณฑิลา อิฐรัตน์. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 21*(3), *22-31*.

ภาวนา กีรติยุตวงศ์และคณะ. (2542). *รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาข้อมูลทางคลินิก ความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเองและคุณภาพการบริการ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา*. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภาวนา กีรติยุตวงศ์. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชลบุรี: พี. เพรส.

มยุรา อินทรบุตรและเบญจา มุกตพันธ์. (2550). การรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 22(3), 283-290.*

มุทิตา ชมพูศรี, วิจิตร ศรีสุพรรณ และดิลก ไตรไพบูลย์. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. *พยาบาลสาร, (35)*4, 120-131

เยาวเรศ สมทรัพย์. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รุจา ภู่ไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว : แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้. กรุงเทพ ฯ : วี เจ พริ้นติ้ง.

วนัสนันท์ รุจิริพัฒน์. (2550). รายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด พ.ศ. 2549. กรุงเทพ ฯ : สำนักระบาดวิทยา.

วรัญญา เชื้อทอง และ ฤทัยชนก กุลสืบ. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์สาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

วรรณี นิตยานันท์. (2550). *การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน*. กรุงเทพ : เรือนแก้วการพิมพ์

วรรณภา สุทธิอำนวยกูล. (2547). แนวคิดหลักการเกี่ยวกับองค์ประกอบและแบบโครงสร้างในการทำหน้าที่ของครอบครัว. *วารสารศึกษาพยาบาล, 15*(3), 8-19.

วิชัย เอกพลากร. (2549). การประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย, 2(8)

วิทยา ศรีมาดา. (2545). *การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543). *โภชนบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. สงขลา : ชานเมือง.

วิมลรัตน์ จงเจริญและคณะ. (2550). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 26*(1), 71-84

วิลาวัลย์ ผลพลอย, อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, วิมลรัตน์ จงเจริญ และ สุวิณา รัตนชัยวงศ์. (2539). การส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์,(16)*1, 18-35.

วีรชัย ชัยพรสุไพศาลและคณะ. (2550). โรคเบาหวาน ภาวะก่อนเบาหวาน และควบคุมจัดการผู้ป่วยเบาหวานคนไทย พ.ศ. 2547. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, (1)*3-4, 299-312.

Copyright by Mahidol University

เวธกา กลิ่นวิชิต และคณะ. (2546). *การเปรียบเทียบพฤติกรรม การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับบริการตรวจรักษาที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี*. ภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูพา.

รัชนี โชติมลคล, อัมพรพรรณ ธีรานุตร, และสุวรรณา บุญยะลีพรรณ. (2551). *รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์*. คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รัสนา เลิศรุ่งชัยสกุล. (2540). การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. *วาสารวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและกีฬา*, 1(2), 93-95

รุจา ภู่ไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎีการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ : คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลำยอง ทับทิมศรี. (2541). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริโรรัตน์ โชติกสถิต, เสาวนีย์ พงผึ้ง และ วรรณวิมล มาศทรง. (2551). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 22*(3), 14-23

ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์. (2544). *ผลของการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. (2550). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศอำเภอบ้านโป่ง. (2550). รายงานโครงการควบคมโรคไม่ติดต่อในเขตอำเภอบ้านโป่ง. Retrieved December 15, 2008, from http://203.157.146. 43/e50 /report_m.php.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2543). *ทฤษฎีการดูแลตนเอง* ในสมจิตหนุเจริญกุล, วัลลา ตันติโยทัย และ รวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ). การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติทางการพยาบาล. นครศรีธรรมราช :

สมจิต หนุเจริญกุล, ภาวนา กีรติยุตวงศ์, สุรเกียรติ อาชานุภาพ, วิรัตน์ โพคะรัตน์ศิริ, อนงค์ สุขยิ่ง. (2540). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล,* 115-136.

สมใจ วินิจกุล. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชนเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์, 15(2).*

สมศักดิ์ ค้าธัญญมงคล. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *พุทธชินราชสาร, 15(3)*:189-196,

สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2543). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน.* กรุงเทพฯ : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

สายฝน ม่วงคุ้ม. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าและสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดราชบุรี.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุทิน ศรีอัษฎาพร และ วรรณี นิติยานันท์. (2548). *โรคเบาหวาน*. กรุงเทพ ฯ: แก้วการพิมพ์

สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ. (2553). *การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ : สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง จำกัด.

สุพรรณี ศรีกงพาน. (2550). *การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและองค์กรในพื้นที่: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลพันดอน อำเภอภุมวาปี จ. อุดรธานี*. รายงานศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลครอบครัว) มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุมาลี เชื้อพันธ์. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2544). *ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป/หลักการวินิจฉัยโรค/280โรคและการดูแลรักษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพ. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สดใส ศรีสะอาด. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำนาจเจริญ.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). คุณภาพชีวิตของคนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Copyright by Mahidol University

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. *สถิติสาธารณสุข ปี 2552*. กรุงเทพ ฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำเริง แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. (2545). *ศูนย์สุขภาพชุมชน หนทางสู่บริการที่พึงประสงค์*. นครราชสีมา : แสงโชคมาเก็ตติ้ง.

อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. (2548). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. *รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์, 36*(47), 826-828.

อัฏฐพร ศรีฟ้า. (2541). *บทบาทของผู้หญิงในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ศึกษากรณีชุมชนซอยพิพัฒน์ 2 เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อรัญญา ลำพุทธา. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ไดรับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อินทราพร พรมปราการ. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบล สุวรรณมณีและคณะ. (2548). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. รายงานการวิจัยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (สสส.) และชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. ภาควิจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้าพริ้นติ้ง.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว. ใน จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัวจำกัด.

อุไร ขลุ่ยนาค. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรัวสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอื้อมพร สกุลแก้ว และ คณะ. (2548). *คู่มือเบาหวาน*. กรุงเทพ ฯ : สำนักพิมพ์ใกล้หมอ.

อำไพ ชนะกอกและคณะ. (2540). แบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร. 19(3),* 1-15

Albrigth, L.T., Parchman, M., Burge, K.S. (2001). Predictor of Self-care behavior in Adults with Type 2 Diabetes : An RRNeST Study. *Family Medicine, 33*(5), 354-360.

Copyright by Mahidol University

American Diabetic Associate. (2008). Executive summary: Standards of Medical Care in Diabetes 2008. *Diabetes Care, 31*(1)*,* s5-s11.

American Diabetic Associate. (2004). Preventive foot care in diabetes. *Diabetes Care, 27*(1), s63-s64.

American Diabetic Associate. (2008). Standards of Medical Care in Diabetes 2008. *Diabetes Care, 31*(1), s12-s44.

Anderson, B.J. (2003). Diabetes self-care: Lessons from research on the family and broader contexs. *Current Diabetes Reports*. 3, 134-140.

Ary, D., Toobet, D., Wilson, W., Glasgow, R. (1986). Patient perspective on factors contributing to nonadherence to diabetes regimen. *Diabetes care, 9*(2), 168-172.

Bandura, A.G., Charles, W.G., & Sharon, K. (2001). Family support in advance cancer. *CA Cancer Journal Clinic, 51,* 213-231.

Bastiaens, H., Sunaert, P., Wens, J., Sabbe, B., Jenkins, L., Nobel., et al. (2009). Supporting diabetes self-management in primary care : pilot-study of a group-base programe focusing on diet and exercise. Retrieve June 24, 2009 from hip://www. elsevier.com//locate/pcd.

Beradis, G.D., Pellegrini, F., Franciosi, M., Belfiglio, M., Nardo, B.D., Greenfield, S., et al. (2005). Are type 2 diabetes patient offered adequate foot care?; The role of physician and patient characteristics. *Journal of Diabetes and Its Complication, 19*, 319-327.

Bernal, H., Woolley, S., Schensul, J.J. & Dickinson, J.K. (2000). Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adult with diabetes. *The diabetes Educator, 26*(4), 673-680.

Best, J.W. (1997). Research in education (3rd ed.). NJ: Prentice-Hall.

Betz, N.E., & Hackett, G. (2006). Career self-efficacy theory: Back to the future. *Journal of career Assessment, 14*(1), 3-11.

Broussard, C.L.(2000). *Loss of protective foot sensation and shoe wearing habits in persons with diabetes mellitus*. Doctoral Dissertation, Science of Nursing, Taxas woman's University Collage of Nursing.

Carbone, E.T., Rosal, M.C.,Torres, M.I., Goins, K.V., & Bermudez, O.I. (2007). Diabetes self-management: Perspective of Latino patients and their health care provider. *Patient Education and Counseling, 66,* 202-210.

Copyright by Mahidol University

Catharine, H.J-B, Lewis, M.A., & Garg, S. (2002). Self-efficacy impacts self-care and HbA1c in young adult with 1 diabetes. Psychosomatic Medicine, 64, 43-51.

Chesla, C.A, Fisher, L., Skaff, M.M., Mullan, J.T., Gilliss L.C., & Kanter, R. (2003). Family Predictor of Disease Management Over One Year in Latino and European American Patients with Type 2 Diabetes. *Family Process, 42*(3), 375-390.

Cobb, S. (1976). *Social support as a Moderator of life stress*. Retrieve June 26, 2009 from www.psychomatricmedicine.org/cgi/content/short/3/5/300.

Conhen, S., & Mckay, G. (1984). In Baum A., Taylor S.E., Singer J.E. (Eds). *Handbook of Psychology and Health.* NJ : Hillsdale.

Conhen, S., & Syme, S.L.. (1985). *Social support and Health*. San Francisco: Academic Press.

Coleman, M.T., & Newton, K.S. (2005). Supporting self-management in patient with chronic illness. *American Family Physician, 7,* 1503-1510.

Cotrona, C.E., & Russell, D.W. (1990). *Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching.* In Sarason I.G. & Pierce G.P. (Eds.). Social support: An interactional view. NY: John Wiley & sons.

Debra, H-J., Glasgow, R.E. & Tibb, T.L. (1999). Smoking and Diabetes. *Diabetes Care, 22(11)*, 1878-1898.

Decoste, K.C., & Scott, L.K. (2004). Diabetes update. AAOHN journal, 52(8) : 344-355.

Dulmem, A.M.V. (2002). Different perspectives of doctor and patient in communication. *Internal Congress Series, 1241*, 243-248

Esper, A.M., Moss, M., & Martin, G.S. (2009). *The effect of diabetes mellitus on organ dysfunction with sepsis: an epidemiological study.* Retrieve Feb 13, 2009 from *http://ccformum.com/content/13/1/R18.*

Faulkner, M.S., Chang, L.(2007). Family Influence on Self-care, Quality of Life, and Metabolic Control in School-Age Children and Adolescent with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing, 22*(1), 59-68.

Fisher, L., Chesla, C.A., Skaff, M.M., Gilliss, C., Mullan, J.T., Bartz, R.J. et al. (2000). The family and disease management in Hispanic and European-American patient with type 2 diabetes. Diabetes Care, 23(3), 267-272.

Copyright by Mahidol University

Friedmam, M.M. & King, K.B. (1994). *The relationship of Emotional amd tangible Support to Psychological Well-being Among Older Women with Heart Failure*. Research in nursing & Health, 17, 433-440.

Funnell, M.M & Anderson, R.M. (2000). The problem with compliance in diabetes. *Journal of American Medical Association*, 284, 1709.

Gottlieb, BH. (1985). Social support and the study of personal relationship. *Journal of Social and Personal Relationship, 2,* 351-375.

Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 157-165.

Goegorg, R.S., Babara, R.S. & Irwin, G.S (1996). *Handbook of social support and the family*. NY: Plenum.

Gulliford, M.C., & Mahabir, D. (2002). Diabetes foot disease and foot care in Caribbean community. *Diabetes Research and Clinical Practice, 56,* 35-40.

Harris, M.A., et al. (2002). Validation of suction of structured interview for the assessment of diabetes self-management. *Diabetes Care, 23(9),* 1301-1304

Heo,S., Moser, D.K., Lennie, T.A., Riegel, B., & Chung, M.L. (2008). Gender differences in and factors relate to self-care behavior: A cross-sectional, correlates study of patients with heart failure. *International Journal of nursing Study, 45,* 1807-1815.

Hess, M.L. (1999). *Heart Disease in Primary care*. Pensyvania: Williams & Wikins.

Hopkin, D. (2004). Exercise-induced and other daytime hypoglycemia event in patients with diabetes: prevention and treatment. *Diabetes Research and Clinical Practice. 65s*, S35-S39.

House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Retrieve January 10, 2009 from http://www.isss.org/lumLVB.htm.

House, J.S. (1985). *The nature of social support*. In M.A. Reading (Ed), Work stress and social support. Philadelphia : Addison Wesley.

House, J.S., Kandis, K.R., & Umberson, D. (1988). *social relationships and health*. Retrieve April 23, 2009 from http://www.sciencemag.org

Copyright by Mahidol University

Hurst, C., Montgomery, A.J., Davis, B.L., Killion,C., & Baker, S. (2005). The Relationship Between Social Support, Self-care Agency, and Self-care Practices of Afican American Women are HIV – positive. The journal of Multicaltural nursing & health, 11(3), 11-22.

Jaiyungyuen, U. (2008). Factors Influencing health-promotion behavior of elderly people with hypertension. Unpublished of master' s degree, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Kamel, M.H., Ismail, M.A., Deib, A.R., & Khattab, M.S. (2003). Predictors of Self-care Behavior in Adult with Type 2 Diabetes Mellitus in Abu Khalifa Village-Ismailia-Egypt. Suez Canal Univ Med J, 6(2), 185-195.

Keeratiyutawong, P. (2005). *A Self-management Program for Improving Knowledge, Self-care activities, Quality of life, and Glycoylated HbA1c in Thais with Type 2 Diabetes Mellitus.* Unpublished degree of doctor, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Kokanovic, R., & Manderson, L. (2006). Social support and self-management of type 2 diabetes among immigrant woman. *Chronic Illness, 2,* 291-301.

Leymarie, F., Richard, G., Janet, D., Joseph, R.S, Janes, P., Tracy, O.C., et al. (1997). Diabetes self-management: Self-reported recommendation and patterns in a large population. *Diabetes Care, 20(4),* 567-576.

Mark, R., & Shive, S.E. (2008). Ethics and patient-provider communication. *Health Promotion Practice,* 9(1), 29-33.

Marteau, T.M., Bloch, S.,& Baum, L.C.(1987). Family life and diabetic control. *Child Psychology and Phychiatry, 28*, 823-833.

Mccollum, M., Hansen, L.B., Lu, L., & Sullivan, P.W. (2005). Gender difference in diabetes mellitus and effects on self-care activity. *Gender medicine, 2(4),* 246-254.

Nation Institutes of health. (2008). *Prevent diabetes problem: Keep your skin healthy*. Retrieve April 15, 2009 from www. Diabetes. niddk. nih.gov.

Navuluri, R.B. (2000). Gender differences in the factors related to physical activity among adults with diabetes. *Nursing and Health Sciences, 2,* 191-199

Copyright by Mahidol University

Parchman, M.I., Flannagan, D., Ferrer, R.L., & Matamoras, M. (2009). *Communication competence, self-care behaviors and glucose contole in patients with type 2 diabetes.* Retrieve June 22, 2009 from www. Elsevier.com/locate/pateducou.

Piette, Z., & Vischer, U. (2007). Diabetes foot disease in the elderly. *Diabetes & Metabilism, 33,* s56-s65.

Pintong, V., (2005). Associated with Glycemic control in Type 2 Diabetes Mellitus patients in Pattananicom Hospital. Unpublished of master' s degree, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Polit, Dennise F., Hungler, Bernadette P. (1997). *Essentials of nursing research : methods*, Appraisal, and utilization. Philadelphia : Lippincott.

Polit, Dennise F. (2003). *Nursing Research : Principle and Methods*. Philadelphia : Lippincott.

Procidano, M.E., & Heller, K. (1993). Measures of perceive Social support from Friends and form Family: Three Validation Studies. *American Journal of Community Psychology, 11*(1), 1-24.

Pun, PY. S. (2008). Bariers to the self care of type 2 diabetes from both patients' and providers perspectives : literature review. *Journal of Nursing and Healthcare of chronic Illness*, 1, 4-9

Orem, D.E. (1991). *Nursing concepts of practice*. (4th ed). Philadelphia : Mosby year book.

Orem, D.E. (1995). *Nursing concepts of practice*. (3th ed). New York : MC Crew Hill.

Orem, D.E., Taylor, S.G. & Renpenning, K. (2001). *Nursing concepts of practice*. Philadelphia : Mosby year book.

Sawangjai, Su. (2006). *A study of foot care behaviors in type 2 diabetes patient*. Unpublished of Master' s degree Nursing Science (Adult Nursing) Graduate. Mahidol University

Schaefer, C., Coyne, J., Lazarus. (1981). The Health Related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine,* 4, 381-406.

Seeman, T., et al. (1998). Social support & Social conflict section one social support. Retrieve March 2, 2009 from www. Riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi52.exe/

Singh, N., Armstrong, D.G., & Lipsky, B.A. (2005). Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA, 293*, 217-228.

Copyright by Mahidol University

Skinner, T.C., John, M. & Hampson, S.E. (2000). Social support and personal model of diabetes as predictors of self-care and well-being: A longitudinal study of adolescent with diabetes. *Journal of pediatric Psychology, 25(4),* 257-267.

Skulpant, N. (1992). *The relationship between social support, related factors and self-care behavior of diabetic patient.* Retrieve Aug 19, 2009 from www. Riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi52.exe/

Sullivan-bolyai, S. (2008). Familias Apoyadas: Latino families supporting each other for diabetes care. *Journal of pediatric Nursing*, 1-6

Suppapitiporn Su, Suppapitiporn Si. The family function and glycemic control of non-insulin dependent diabetes mellitus. *Chula Med J 2005 May* ; 49(5) : 269-80.

Suttiamnuaykul WP. (2002). Measuring family function in Thailand : Developing the Thai Family Functioning Scale (TFFS) and comparing its psychometric properties to those of The Thai version of the Family Assessment Device (FAD). New York : University at Buffalo, State University of New York.

Sousa, D.S, Zauszniewski, A.J. (2006). Toward a Theory of Diabetes Self-care Management. *The journal of theory Construction & testing, 9*(2), 61-67

Talor, K. (2007). Social support. Retrieve March 2, 2009 from http://en.wikipedia.org/ wiki/social_support.

Taylor, M.G., & Lynch, S.M. (2004). Trajectories of impairment, social support and depressive symtoms in later life. Journal of Gerontology, 59B(4), S238-S246.

Toljamo, D.J., & Hentinen, M., (2001). Adherence to self-care and social support. Journal of Clinical Nursing, 10, 618-627.

Thanakwang, K., Soothordhada, K. (2008). Family Relation and Health-Promotion Behavior among Older people in Nan Province. *J med assoc Thai*, 91, 1102-1108.

Toobert,D.J.; Hampson, S.E., & Glasgow, R.E. (2000). The Summary of Diabetes self-care activities measure. *Diabetes Care, 23*(7), 943-949.

Unachukwu, C., Babatunde, S. & Ihekwaba, A.E. (2007). Diabetes, hand and/or foot ulcer: A cross-sectional hospital-base study in Port Harcourt, Nigeria. *Diabetes Research and Clinical Practice, 75*, 148-152.

Copyright by Mahidol University

Wang, C., & Fenske, M.M. (1996) Self-care of adult with non-insulin-dependent diabetes mellitus : Influence of family and friend. *Diabetes Educator,22*, 65-70

Wen, L.K., Shepherd, M.D., & Parchman, M.L. (2004). Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educator, 30*(6), 980-993.

Wong. M.BA., Gucciardi, E., Li L., & Grace, S. (2005). Gender and nutrition management in type 2 diabetes. *Canadian Journal of diabetes practice and research, 60(4),* 215-220.

World Health Organization [homepage on the Internet]. Diabetes. Retrieved December, 16, 2008, from: http//www.Who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/diabetes/en/.

Wright, L,M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and Families.* F.A.Davis: Philadelphia.

Xiaolian, J. (2002). Family support and sel-care behavior of Chinese chronin obctructive disease patients. *Nursing and Health Sciences, 4*, 41-49

Xu, Y., Toobert, D., Savage,C., Pan, W.,Whitmer. (2008). Factors Influencing Diabetes Self-management in Chinese People With Type 2 Diabetes. *Nursing & Health*, May, 1-12

Zhang, H. (1999). Family support and Self-care Behavior of Brest cancer patients receiving combined therapy at six teaching hospital Meijing. Master degree Nursing Science Medical and Surgical Nursing Graduate. Chang Mai University.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือ กาเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของผู้ให้ข้อมูล

1. อายุ…….ปี

2. เพศ ☐ ชาย
   ☐ หญิง

3. สถานภาพสมรส ☐ โสด
   ☐ คู่
   ☐ หม้าย หย่า หรือแยก

4. ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน
   ☐ ประถมศึกษา
   ☐ มัธยมศึกษา
   ☐ ปริญญาตรี
   ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ……..

5. ความเพียงพอของรายได้ ☐ ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
   ☐ ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน
   ☐ เพียงพอและมีหนี้สิน
   ☐ เพียงพอ และไม่มีหนี้สิน

Copyright© by Mahidol University

6. ระยะเวลาที่ตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวาน……ปี
7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมทั้งตัวท่านด้วย)……คน
8. ท่านอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกับ (สามารถ / ได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ บิดา-มารดา
☐ สามี-ภรรยา
☐ บุตร
☐ หลาน
☐ ญาติ-พี่-น้อง
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ……..

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัว
คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความเห็นของท่านเกี่ยวกับครอบครัวของท่านเอง โปรดตอบคำถามโดยพิจารณาว่าครอบครัวของท่านได้มีการปฏิบัติตามที่กล่าวไว้ในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยการทำเครื่องหมาย ตรงช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับครอบครัวของท่านมากที่สุด ซึ่ง

ไม่เคยทำเลย หมายถึง ครอบครัวของท่านไม่ได้กระทำพฤติกรรมดังกล่าว
ทำนาน ๆ ครั้ง หมายถึง ครอบครัวของท่านกระทำพฤติกรรมดังกล่าวนาน ๆ ครั้ง
ทำบ่อยครั้ง หมายถึง ครอบครัวของท่านกระทำพฤติกรรมดังกล่าวบ่อย ๆ
ทำเป็นประจำ หมายถึง ครอบครัวของท่านกระทำพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประจำสม่ำเสมอ

ข้อความ	ไม่เคยทำเลย	ทำนานๆครั้ง	ทำบ่อยครั้ง	ทำเป็นประจำ
1. ครอบครัวของฉันสามารถแก้ปัญหาในชีวิต ประจำวันที่เกิดขึ้นในบ้านได้เป็นส่วนใหญ่				
2.ครอบครัวของฉันไว้วางใจซึ่งกันและกัน				
3.สมาชิกในครอบครัวของฉันเชื่อฟังคำสั่งตามลำดับอาวุโส				
4.ครอบครัวของฉันไม่ค่อยกล้าแสดงความรู้สึกรักและเอ็นดูต่อกันและกัน				
5. . .				
30. บ่อยครั้งที่สมาชิกในครอบครัวของฉันไม่สามารถพูดได้อย่างที่เราคิด				

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงการรับรู้ของท่านเกี่ยวกับการได้รับความรัก ห่วงใย เอาใจใส่ กำลังใจ หรือความช่วยเหลือต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัวของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกและประสบการณ์ของท่านมากที่สุด ซึ่ง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
น้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงบางส่วน
ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
มาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ใช่	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. สมาชิกในครอบครัวของท่านเป็นกำลังใจสำคัญในการที่ท่านดูแลตนเอง				
2. สมาชิกครอบครัวของท่านให้คำปรึกษาเมื่อท่านต้องตัดสินใจเรื่องการรักษาโรคเบาหวาน				
3. สมาชิกในครอบครัวของท่านให้การดูแลเอาใจใส่อาการเจ็บป่วยของท่าน				
4. สมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยท่าน				
5.				
23. สมาชิกในครอบครัวมีการกระตุ้นเตือนให้ท่านรับประทานยาตามเวลา				

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง
แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ถามท่านเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ถ้าในช่วง 7 วันที่ผ่านมาท่านเจ็บป่วยไม่สบายท่านเจ็บป่วย ให้นึกย้อนหลังไปอีก 7 วันก่อนช่วงที่ท่านเจ็บป่วย กรุณาใส่เครื่องหมายวงกลม ◯ ลงในหมายเลขที่ตรงกับจำนวนวันที่ท่านดูแลตนเอง โดยที่

0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลยใน 7 วันที่ผ่านมา
1 หมายถึง ปฏิบัติ 1 วันใน 7 วันที่ผ่านมา
2 หมายถึง ปฏิบัติ 2 วันใน 7 วันที่ผ่านมา
3 หมายถึง ปฏิบัติ 3 วันใน 7 วันที่ผ่านมา
4 หมายถึง ปฏิบัติ 4 วันใน 7 วันที่ผ่านมา
5 หมายถึง ปฏิบัติ 5 วันใน 7 วันที่ผ่านมา
6 หมายถึง ปฏิบัติ 6 วันใน 7 วันที่ผ่านมา
7 หมายถึง ปฏิบัติ 7 วันใน 7 วันที่ผ่านมา

ตัวอย่าง

1. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาท่านรับประทานอาหารประเภทผักใบเขียว กี่วัน

0 1 2 3 (4) 5 6 7

หมายความว่า ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาท่านรับประทานอาหารประเภทผักใบเขียวจำนวน 4 วัน

การรับประทานอาหาร

1. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านกินอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน และเหมาะกับการใช้แรงงานประจำวันของท่านกี่วัน

Copyright© by Mahidol University

0 1 2 3 4 5 6 7

2. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านกินอาหารจุบจิบระหว่างมื้อกี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

3. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาท่านกินอาหารที่น้ำตาลมาก เช่น น้ำหวาน หวานเย็น ผลไม้รสหวานจัด เช่น ทุเรียน มะม่วง ลำไย ลิ้นจี่ ละมุด โดยไม่คำนึงถึงปริมาณที่กินได้ กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

4.
5.
6.
7.

การออกกำลังกาย

8. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีการออกแรงทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที เช่น ถูบ้านจนเหงื่อออก ทำสวน เดิน กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

9. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีกิจกรรมออกกำลังกายที่เฉพาะเจาะจง เช่น เต้นแอร์โรบิก ว่ายน้ำ วิ่ง ขี่จักยาน กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

การประเมินตนเอง

10. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านทบทวนตนเองในเรื่องการกินอาหาร ว่ากินมากเกินไป หรือน้อยเกินไปกี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

11.
12.

Copyright by Mahidol University

การดูแลเท้าและสุขอนามัย

13. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านตรวจเท้าอย่างละเอียดกี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

14. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนใส่รองเท้าท่านตรวจดูที่รองเท้าว่ามีเศษหิน ทราย หรือของมีคมอยู่ที่รองเท้า กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

15.

16.

17.

การรับประทานยา

18. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาเบาหวานครบทุกมื้อ และตามที่แพทย์กำหนดกี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

19. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาเบาหวานได้ตรงเวลาครบทุกมื้อกี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก จ
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่อ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ชื่อผู้วิจัย นางนวลอนงค์ ศรีสุกไสย

สถานที่วิจัย ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเขาขลุง, หนองกบ และบ้านม่วง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ที่เบอร์โทรศัพท์สำนักงาน 032-344954-6 ต่อ 119

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 089-7429848

ผู้ให้ทุน ไม่มี

ครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่า โครงสร้าง การทำหน้าที่ และการสนับสนุนจากครอบครัวทีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างไร

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยเพราะเป็นโรคเบาหวานมาอย่างน้อย 1 ปี สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว และการดูแลตนเองของท่านได้ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะช่วยให้พยาบาลนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคนอื่น ๆ เช่นเดียวกับท่าน ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ท่านจะมีส่วนร่วมในงานวิชาการด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่จะไปใช้ประโยชน์ต่อส่วนรวมต่อไป

Copyright© by Mahidol University

การศึกษาครั้งนี้จะมีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 174 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านจะตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง

ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ, ส่วนที่ 2 แบบวัดองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของสังคมไทย จำนวน 30 ข้อ, ส่วนที่ 3 การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 23 ข้อ, ส่วนที่ 4 กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 19 ข้อ รวมทั้งหมด 80 ข้อ โดยการตอบแบบสอบถามท่านจะตอบด้วยตนเองเพียงลำพัง โดยท่านอาจตอบคำถามหรือไม่ตอบข้อใดก็ได้ หรือยุติตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามความสมัครใจของท่าน จะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 60 นาที การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทน และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

โครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามไม่มีการปฏิบัติใด ๆ ต่อตัวท่าน แต่อาจทำให้ท่านเสียเวลา รู้สึกเบื่อหน่าย เครียด และคำถามบางข้ออาจทำให้ท่านไม่สบายใจ ซึ่งท่านสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาหรือไม่ตอบข้อก็ได้

การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไขและไม่ต้องให้เหตุผลในการถอนตัว ท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ จากการถอนตัวจากการวิจัย ท่านจะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนตามปกติ หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม อาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ เป็นต้น

โครงการนี้ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ ซึ่งสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพ ฯ หมายเลขโทรศัพท์ 02-4197466-80 ต่อ 1500, 1503 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ หรือผู้แทนได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่ ...../...../.....

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ฉ
หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่……..เดือน……พ.ศ…….

ข้าพเจ้า……อายุ…….ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่……
ถนน……ตำบล……..อำเภอ……
จังหวัด…….รหัสไปรษณีย์…….โทรศัพท์……..

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียด จุดประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและได้รับคำตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงยินดีสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางนวลอนงค์ ศรีสุกไสย เบอร์โทรศัพท์ 089-7429848 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฯหรือผู้แทนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C ชุดสายพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 02-4197466-80 ต่อ 1500,1503 ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และข้อเสียจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคตและยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล จะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

Copyright by Mahidol University

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ……..ผู้ร่วมวิจัย/วันที่……..

(……)

ลงชื่อ……..หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่……

(……)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ

……จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ……พยาน/วันที่……..

(……)

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ช

ใบอนุญาตให้เก็บข้อมูล

COA.No.MU-IRB/C 2010/ 35.2304 (Renewal)

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board (Nursing)

Title of Project:	**FAMILY FACTORS ASSOCIATED WITH DIABETES SELF- CARE ACTIVITIES OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS.**
Project Number:	**MU-IRB/C 2010/ 48.0302**
Principle Investigator:	**Mrs. NaunAnong Srisuksai**
Name of Institution:	**Faculty of Nursing Mahidol University**
Approval includes	1) MU-IRB/C Submission form version received date 23 April 2010 2) Participant Information sheet version date 23 April 2010 3) Consent form version date 23 April 2010 4) Questionnaire version received date 23 April 2010

Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Renewal date(1st): **25 May 2011**

Expired date: **24 May 2012**

Signature of Chair: Pornsri Sriussadaporn.

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing Fongcum Tilokskul

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

Office of Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing, 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ซ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ของแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตยา สินสุกใส
   อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์
   คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. นางอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ
   อาจารย์ประจำภาคงานการพยาบาลอายุรศาสตร์
   คณะแพทย์ศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

3. นางจันทร์ฉาย ตระกูลดี
   พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน)
   โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล นางนวลอนงค์ ศรีสุกไสย

วัน เดือน ปีเกิด 24 ธันวาคม 2522

สถานที่เกิด จังหวัดจันทบุรี

วุฒิการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พ.ศ. 2541-2545
พยาบาลศาสตร์บัณฑิต
การพยาบาลและการผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2550-2555
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช จังหวัดราชบุรี
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

ที่อยู่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ตำบลลาดบัวขาว
อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 70110
Email: power_of_bent@hotmail.com
โทรศัพท์ : 0894109773

Copyright by Mahidol University