

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจาก ตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่าง ๆ ในหัวข้อต่อไปนี้

- ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน
 - ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
 - ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน
 - องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน
 - ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน
 - การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน
- การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
 - ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
 - การประเมินระดับน้ำตาล
- การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิต
 - รูปแบบการพยาบาลที่ผ่านมา
 - โปรแกรมการจัดการตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม แสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหายที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด (The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2543 อ้างถึงใน ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2544: 26) ในปี 1998

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญการวินิจฉัยและการแบ่งประเภทของโรคเบาหวานได้แบ่งประเภทของโรคเบาหวานตามสาเหตุของการเกิดโรคออกเป็น 4 ประเภทคือ เบาหวานชนิดที่ 1 เบาหวานชนิดที่ 2 เบาหวานชนิดอื่น ๆ และเบาหวานที่เกิดจากการตั้งครรภ์ ด้านอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวานที่พบว่าสูงที่สุดคือ เบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่าสูงถึง 90-95% (Olson, 2000: 177)

เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม มักพบในคนอายุมากกว่า 35 ปี ที่มีความผิดปกติที่สำคัญ 2 ประการ (ภาวนา กิริติศตวงษ์, 2544: 28; สารัช สุขทรโยธิน, 2545: 26)

ประการแรกคือ มีการหลั่งอินซูลินน้อยกว่าปกติ ในภาวะที่ร่างกายมีการหลั่งอินซูลินน้อยกว่าปกติทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการแสดงของโรคเบาหวานแต่ยังไม่ทำให้เกิดภาวะคีโตอะซิโดซิส ทั้งนี้เพราะร่างกายยังพอมีอินซูลินอยู่ในระดับที่สามารถนำกลูโคสเข้าเซลล์ได้บ้าง จึงไม่สลายไขมัน และโปรตีนมาใช้เป็นพลังงาน ร่างกายจึงไม่เกิดภาวะกรดคั่ง แต่เกิดภาวะวิกฤตจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากแทน (Hyperglycemic Hyperosmolar Non-Ketotic Coma: HHNC)

ประการที่สองคือ เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance) คือ ภาวะที่รีเซพเตอร์ต่ออินซูลินที่เนื้อเยื่อมีจำนวนลดลง ทำให้มีการใช้น้ำตาลทางกล้ามเนื้อลดลง หรืออินซูลินจับกับรีเซพเตอร์ได้ แต่มีความผิดปกติในการทำปฏิกิริยาในเซลล์ ทำให้เนื้อเยื่อไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ นอกจากนี้ยังมีการผลิตน้ำตาลจากตับเพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดง

1. ปัสสาวะบ่อยและมาก (polyuria) เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือด สูงเกินขีดจำกัดของไต คือ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้น้ำตาลถูกขับออกทางปัสสาวะและดึงเอาน้ำออกมาด้วย เนื่องจากเกิดออสโมติกไดยูเรซิส (osmotic diuresis) บริเวณท่อไต (renal tubular) น้ำจึงเข้ามาบริเวณนี้มาก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก

2. คอแห้ง กระหายน้ำ (polydipsia) เมื่อร่างกายเสียน้ำ เนื่องจากปัสสาวะบ่อยและมาก ศูนย์ควบคุมความกระหายน้ำ (thirst center) ถูกกระตุ้นทำให้รู้สึกกระหายน้ำมาก จึงต้องดื่มน้ำเพิ่มขึ้น

3. หิวบ่อย กินจุ (polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงสลายเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้เป็นพลังงานเพื่อชดเชยภาวะนี้ ทำให้มีอาการหิวบ่อยรับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลด

4. น้ำหนักลด (Weight Loss) เนื่องจากร่างกายต้องสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อไปใช้เป็นพลังงานแทนกลูโคส ทำให้มีการสูญเสียเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อฝ่อลีบ น้ำหนักจึงลดลง

5. เป็นแผลง่ายแต่หายยาก เนื่องจากอัตราการสร้างโปรตีนลดลง ในขณะที่อัตราการสลายโปรตีนเพิ่มขึ้น ทำให้การซ่อมแซมเนื้อเยื่อเกิดขึ้นช้า และอาจมีอาการเนื้อเน่าตามปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า เนื่องจากหลอดเลือดตีบตันและการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท

6. คันตามผิวหนัง เนื่องจากผิวแห้ง หรือเป็นเชื้อราบริเวณซอกอับของร่างกาย เช่น ขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติ

7. ตาพร่ามัว ชาติตามปลายมือปลายเท้า และความรู้สึกทางเพศลดลง เนื่องจากการเสื่อมของเส้นประสาท

การรักษาโรคเบาหวาน

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานมี 2 กลุ่มใหญ่คือ ยาเม็ดลดน้ำตาลและยาฉีดอินซูลิน

1. ยาเม็ดลดน้ำตาลมีอยู่ 3 กลุ่ม คือ ยาที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (insulin secretagogues), ยาที่เพิ่ม insulin sensitivity (insulin sensitizer) และ ยาที่ลดการดูดซึมของกลูโคส (วิทยา ศรีดามา, 2545: 67-68)

กลุ่มที่ 1 ยาที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (insulin secretagogues)

ก. Sulfonylurea ใช้เมื่อรักษาโดยการควบคุม

อาหารและออกกำลังกายแล้วไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ หรืออาจใช้พร้อมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกายตั้งแต่แรก ออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ลด hepatic glucose output และเพิ่ม insulin sensitivity แต่การออกฤทธิ์ ส่วนใหญ่เกิดจากการกระตุ้นการหลั่งอินซูลินโดยผ่านทาง sulfonylurea receptor ซึ่งเป็น ATP-dependent K⁺channel ที่ plasma membrane ของ beta cell ทำให้ cytosolic calcium เพิ่มขึ้น เป็นผลให้มีการหลั่งอินซูลิน

ข. Non-Sulfonylurea insulin secretagogue ออกฤทธิ์เร็ว มี half life สั้นเพียง 1 ชม. ทำให้อุบัติการณ์ของน้ำตาลต่ำพบน้อย ออกฤทธิ์แบบเดียวกับ sulfonylurea ประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน เนื่องจาก half life สั้นจึงต้องรับประทานก่อนอาหารแต่ละมื้อประมาณ 15 นาที

กลุ่มที่ 2 ยาที่เพิ่ม insulin sensitivity (insulin sensitizer)

ก. Biguanide ใช้เมื่อรักษาด้วยยากกลุ่ม sulfonylureas ขนาดเต็มที่แล้วไม่ได้ผล อาจให้ biguanides ร่วมด้วย เพื่อทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงดียิ่งขึ้น (ไพบูลย์ สุริยวงษ์ไพศาล, 2539: 28; Lemone and Burke, 2000: 743) ออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยไม่กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน ยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับ ทำให้เนื้อเยื่อ

ต่าง ๆ ใช้กลูโคสมากขึ้นลดการดูดซึมกลูโคสจากทางเดินอาหาร ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ อ้วน และรักษาด้วย sulfonylureas แล้วไม่ได้ผล (Lemone and Burke, 2000: 743) ห้ามใช้ในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 1 (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539: 29)

ข. Thiazolidinedione ออกฤทธิ์เพิ่ม insulin sensitivity โดยเพิ่มการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อ และลดการสร้างกลูโคสจากตับ

กลุ่มที่ 3 ยาที่ลดการดูดซึมของกลูโคส

ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ glucosidase ที่ ผังลำไส้ ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สำคัญต่อการย่อยสารอาหารประเภทแป้ง dextrin maltose และ sucrose ให้เป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคส ใช้ได้ผลดีต่อการลดระดับน้ำตาล หลังอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจใช้เดี่ยว ๆ หรือร่วมกับยาเม็ดและอินซูลิน ในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 1 มักใช้ร่วมกับการฉีดอินซูลิน (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539: 29-30) ช่วยลด ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (Lemone and Burke, 2000: 743)

2. ยานีโคติน

ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการปล่อยกลูโคสจากตับ และเพิ่มการใช้ กลูโคสโดยเนื้อเยื่อปลายทางเช่น กล้ามเนื้อ ไชมัน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ถ้าจำเป็นต้องใช้ยา แพทย์ส่วนใหญ่นิยมเลือกใช้ยาเม็ดก่อนการฉีดยา เพราะสะดวกมากกว่า (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539: 30) แต่ถ้าใช้ยาเม็ดแล้วไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ต้องเปลี่ยนมาใช้ในการฉีดอินซูลิน (Lemone and Burke, 2000: 743) แต่ในบางกรณีก็ต้องฉีดยาตั้งแต่ต้น สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 1 ต้องรักษาโดยการฉีดอินซูลินตั้งแต่แรก และส่วนใหญ่ต้องฉีดวันละ 2 ครั้ง หรือมากกว่านั้น ขึ้นไป (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539: 30)

จากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 มีความ แตกต่างกันในการเลือกชนิดของยาในการรักษา ซึ่งทำให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมี ความแตกต่างกันไปด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษา ด้วยยาชนิดรับประทาน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการ วินิจฉัยโรคเมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการปรับพฤติกรรม เพราะขัด กับนิสัยที่มีมาแต่เดิม

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน

คุณภาพชีวิต เป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา ซึ่งระดับความมึคุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ในปัจจุบันคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจทั้งในภาครัฐและเอกชน เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเชื่อว่าถ้าคนมึคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะทำให้รวดเร็ว ส่วนในทางการแพทย์ได้กำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการ การรักษาพยาบาล นักวิชาการสาขาต่าง ๆ ได้พยายามศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และให้ความหมายในทัศนะที่แตกต่างกันออกไป

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คำว่า คุณภาพชีวิต มีลักษณะเป็นนามธรรมสูงและขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของแต่ละบุคคล ซึ่งผันแปรไปตามกาลเวลา การรับรู้ วัฒนธรรม สังคม ความคาดหวัง ฯลฯ แต่ก็มีผู้พยายามที่จะอธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตไว้หลาย ๆ ความหมายดังนี้

คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ และ ชีวิต พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2530 ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพ ว่าหมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนคำว่า ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Burckhardt et al. (1989: 351) สรุปความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตว่าหมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลควบคุมทุกอย่างในบุคคล รวมทั้งความรู้สึกเป็นอิสระ ความเป็นอยู่ด้านกายภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเป็นอยู่อย่างมีสุขภาพดี ความรู้สึกปลอดภัย ความมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และความมีเป้าหมายในชีวิต

Zhan (1992: 796) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งใกล้เคียงกับ Ferrans และ Power (1992: 29) ที่กล่าวว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุก ที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคล

Anderson และ Burckhardt (1999: 304) สรุปความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าเป็น การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตในหลาย ๆ มุมมองและพึงพอใจในสุขภาพของตนเอง

Orem (2001: 186) ใช้คำว่า Well-being ในความหมายเดียวกับคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็น ประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ ที่บุคคลรู้สึกถึงความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุขใน สถานการณ์ที่เป็นอยู่

จริยวัตร คมพักษณ์ (2535: 34) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต ไว้ว่า หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า ชีวิตที่มีความหมาย

อำภพร พัววิไลและคณะ (2543: 222-223) ให้ความหมายคำว่า คุณภาพชีวิต ว่าเป็น ภาวะที่บุคคลรู้สึก/รับรู้/มีประสบการณ์ว่าองค์ประกอบที่จำเป็นต่อชีวิตของตนมีอยู่ และอยู่ใน ระดับที่ตนพอใจ

จากความหมายของคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขของบุคคลในการดำเนินชีวิต ครอบคลุมทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยประมวลตาม องค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคล

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต ไม่มีการกำหนดไว้เป็นมาตรฐานตายตัวว่าต้องประกอบด้วยอะไรบ้าง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจึงมีความแตกต่างกันออกไป บางครั้งอาจมีมิติเดียว หรือบางครั้ง อาจมีหลาย ๆ มิติ แต่ส่วนใหญ่จะมีหลายมิติ เพราะเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพชีวิตได้เหมาะสม ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงกว่าประเมินจากมิติเดียว (Padilla and Grant, 1985: 52-53; Zhan, 1992: 796; Ferran and Power, 1992: 29-30) ตัวอย่างองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตสรุปได้ดังนี้

Ferrans และ Power (1985: 22) แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 13 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจในชีวิต 2) ภาวะด้านสังคม เศรษฐกิจ ประกอบด้วย อาชีพ การศึกษา รายได้ และฐานะทางการเงิน 3) สุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย ระดับการทำหน้าที่ และ/หรืออาการแสดงด้านร่างกาย 4) อารมณ์และความรู้สึก

5) การรับรู้ความเครียด 6) กลุ่มเพื่อน รวมถึงการช่วยเหลือจากสังคม 7) ครอบครัว 8) การแต่งงานและการมีเพศสัมพันธ์ 9) เป้าหมายในชีวิต 10) ความพึงพอใจในครอบครัวและเพื่อนบ้าน 11) ความพึงพอใจเกี่ยวกับเมืองและประเทศ 12) ความพึงพอใจในตนเอง รวมถึงความเคารพนับถือตนเอง 13) ความเข้มเศร้า กลไกการป้องกันทางจิต และการเผชิญปัญหา

Flanagan (1978 cited in Burckhardt et al., 1989: 347) แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย 2) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 3) การมีส่วนร่วมในสังคม ชุมชน และกิจกรรมในชุมชน 4) การพัฒนาตนเองและการประสบความสำเร็จ 5) การมีความคิดสร้างสรรค์

Padilla et al. (1990: 108) แบ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย ประกอบด้วย การทำหน้าที่โดยทั่วไป และโรค/การรักษา 2) ความผาสุกด้านจิตใจ ประกอบด้วย การรับรู้และความพึงพอใจ ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บปวดและมะเร็ง และการประสบความสำเร็จ 3) ความผาสุกท่ามกลางบุคคลอื่น การร่วมมือช่วยเหลือกันในสังคม และบทบาทหน้าที่ในสังคม

Zhan (1992: 796) แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในชีวิต 2) อึดทนโน้ทน 3) สุขภาพและการทำหน้าที่ 4) ปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ

Ferrans และ Power (1992: 30) แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) บทบาทและการทำหน้าที่ 2) สังคมเศรษฐกิจ 3) จิตใจ/จิตวิญญาณ 4) ครอบครัว

จากการแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตดังได้กล่าวในข้างต้น จะเห็นว่ามีความแตกต่างกันออกไป ตามมุมมอง ว่ามองคุณภาพชีวิตของบุคคลในด้านใด ถ้ามองในหลาย ๆ ด้าน คุณภาพชีวิตก็จะมีหลายองค์ประกอบตามไปด้วย นอกจากนี้การที่คุณภาพชีวิตของบุคคลมีความแตกต่างกัน ยังเกิดขึ้นจากปัจจัยต่าง ๆ อีกหลายปัจจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ไม่มีกำหนดไว้อย่างตายตัว เนื่องจาก การรับรู้คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามที่กล่าวมาแล้ว จึงส่งผลให้ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตแตกต่างกันไปด้วย การจัดการตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต คือ

ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Tobin et al., 1986: 49; Burks, 1999: 197; Glasgow et al., 1997 : 566; Nodhturft et al., 2000: 509) และยังมีปัจจัยอีกหลาย ๆ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ในการวิจัยของ Markley และ Bagleys (1975: 187-190) เรื่อง มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตแบ่งได้เป็น 6 ปัจจัยใหญ่คือ 1) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (Economics) 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ (Health) 3) ปัจจัยด้านสังคม(Social) 4) ปัจจัยด้านการเมือง (Political) 5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ (Natural Environment) 6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)

ผาณิต สกุลวัฒน์ (2537) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเป็น 2 ด้านคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ตำแหน่งหน้าที่ ค่านิยม 2) ปัจจัยการทำงาน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพของตน การรับรู้ต่อระบบบริหาร การบริหารจัดการ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทั้ง 2 ด้าน มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยปัจจัยส่วนบุคคล ตำแหน่งหน้าที่ และค่านิยม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานระดับปานกลาง ส่วนอายุและรายได้สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับต่ำ ในส่วนของปัจจัยด้านการทำงาน พบว่า ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน

จากองค์ความรู้และการศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต สามารถจำแนกออกได้หลายปัจจัย ขึ้นอยู่กับมุมมองว่า ขณะนั้นมองคุณภาพชีวิตในด้านใด ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตก็จะแตกต่างกันออกไปตามมุมมองนั้น ๆ เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตเนื่องจากมีปัจจัยด้านความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นมา ทั้งในด้านอาการของโรค ภาวะแทรกซ้อน วิธีการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ดังเช่นในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค ภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรับภาระหลายอย่างเพิ่มขึ้นกว่าเดิม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมาก

ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน

คุณภาพชีวิตในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ย่อมมีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีปัจจัยด้านความเจ็บป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรังเช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย ต้องรับผิดชอบดูแลตนเองด้านการรักษา และควบคุมอาการของโรคแตกต่างไปจากภาวะปกติจึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานไว้ดังนี้

Lundman, Asplund และ Norberg (1990: 257) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานว่า เป็นประสบการณ์ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของพวกเขา ซึ่งใกล้เคียงกับของ จีรนุช สมโชค (2540: 9) ที่ให้ความหมายว่า หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขและความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีต่อความเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตของตนเอง โดยผ่านกระบวนการรับรู้และประเมินด้วยตนเอง

วิลาลินี แฝ่วชนะ (2541: 9) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานว่า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตขณะป่วยอย่างเป็นปกติสุข

วรรณา สามารถ (2542: 7) มองคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานว่า เป็นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสถานะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

โดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความพึงพอใจและผลกระทบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ต่อการดำรงชีวิตขณะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยประมวลตามองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องประสบกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทั้งการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้นและระยะยาวเช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน การรักษาที่ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานะของโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ฯลฯ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสิ้น ดังนั้นจึงมีผู้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานไว้หลายมุมมอง ดังนี้

Jacobson, Groot และ Samson (1994: 268) แบ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางร่างกายต่อบทบาทการทำหน้าที่ 3) การรับรู้สุขภาพทั่วไป 4) ผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อบทบาททางสังคม 5) ความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวด 6) สุขภาพจิต

Glasgow, Toobert และ Hampson (1996: 838) แบ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวคิดของ Medical Outcomes Study ออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ของร่างกาย 2) การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท 3) บทบาททางสังคม 4) สุขภาพจิต 5) การรับรู้สุขภาพ

Guttman-Bauman et al. (1998: 916) แบ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวคิดของสมาคมควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของสหรัฐอเมริกา (DCCT) ออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจ หมายถึง ความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตโดยทั่วไป และการรักษาที่ได้รับ 2) ผลกระทบจากเบาหวาน หมายถึง การเกิดอาการหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดจากการเป็นโรคเบาหวาน ผลข้างเคียงจากการรักษา การต้องรับภาระที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย และครอบครัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน 3) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสังคมและการประกอบอาชีพ หมายถึง ความวิตกกังวลถึงผลจากการเป็นโรคเบาหวานต่อการดำเนินชีวิตโดยทั่วไป 4) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเบาหวาน หมายถึง ความวิตกกังวลถึงภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการได้รับการยอมรับในสังคม

จากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าส่วนใหญ่จะมององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ แต่อาจมีความแตกต่างกันออกไปในส่วนของรายละเอียดตามแนวคิดที่ใช้ นอกจากนี้ การที่คุณภาพชีวิตของบุคคลมีความแตกต่างกัน ยังเกิดขึ้นจากปัจจัยต่าง ๆ อีกหลายปัจจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน

เบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน รวมทั้งด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงมีผู้พยายามค้นหาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป ดังเช่นที่ Tobin et al., 1986: 48 กล่าวว่า ถ้าผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Glasgow et al. (1997) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สัญชาติ ชนิดของการประกันสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน อัตราการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน พฤติกรรมจัดการตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ และยังสรุปไว้ด้วยว่า การให้ความรู้เพียงเล็กน้อยแก่ผู้ป่วยเบาหวาน และโปรแกรมการจัดการตนเอง สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่พบว่ามีการศึกษาไว้คือ การศึกษาของ จิรนุช สมโชค (2540) ซึ่งแบ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ การศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านประชากร มีเพียงเพศ และ สถานภาพสมรสเท่านั้น ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ มีเพียงระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณาสมากร (2542) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต คือ เพศ การศึกษา รายได้ สิทธิพิเศษในการเบิกหรือลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล ภูมิลาเนา การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการปัสสาวะบ่อย และความพิการ

ส่วนการศึกษาของ อัมภพร พัววิไล และคณะ (2544) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตสตรีที่เป็นเบาหวาน โดยวัดจากความพึงพอใจในชีวิต พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตของสตรีที่เป็นเบาหวานแตกต่างกันคือ ครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว ภาวะสุขภาพและโรคที่เป็น และความสำเร็จในชีวิต คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ รายได้ของครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน การมีภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ผลกระทบของเบาหวาน การศึกษาดังกล่าวข้างต้นมีบางปัจจัยที่ขัดแย้งกับการศึกษาของ วิลาสินี แฝ้วชนะ (2541) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานคือ ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่มีส่วนหนึ่งที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Gray et al. (1998) ซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยรับรู้เบาหวานมีผลกระทบต่อตนเองมาก ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตต่ำ และทำให้เกิดอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่รับรู้เบาหวานมีผลกระทบต่อตนเองน้อย

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตสรุปได้ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ คือ รายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ คือ ปัจจัยด้านการจัดการตนเองและปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้ป่วย (Glasgow et al., 1997; Gray et al., 1998) ซึ่งอาจเพราะว่าเป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความสามารถ ให้มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการ

ปฏิบัติคนที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน

การประเมินคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการศึกษา UNESCO (1980 อ้างถึงใน ศदानันท์ ปียกุล, 2542: 24) ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ ด้านวัตถุประสงค์ (objective) และด้านจิตพิสัย (subjective) การประเมินด้านวัตถุประสงค์ เป็นการประเมินโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม ส่วนการประเมินด้านจิตพิสัย เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน มีทั้งการประเมินด้านเดียวและ 2 ด้าน แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา ดังนี้

จิรนุช สมโชค (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานชนิดที่สอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งประยุกต์มาจากกรอบแนวคิดของ Zhan (1992) แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ประเมินทั้งด้านวัตถุประสงค์และจิตพิสัย คือ 1) ความพึงพอใจในชีวิต 2) อัตมโนทัศน์ 3) สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และ 4) ปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบวัดประเมินค่า 5 ระดับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้จริง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุเบาหวานจำนวน 20 ราย กำหนดหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง 0.93

แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน ของสมาคมควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของสหรัฐอเมริกา (1988) เป็นแบบประเมินผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบและความพึงพอใจในการดูแลรักษาเบาหวาน พัฒนามาจาก 3 แนวคิดคือ แนวคิดการประเมินอาการด้านจิตใจ (psychiatric symptoms) การรับรู้ความผาสุก (perceived well-being) และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเจ็บป่วย (adjustment to illness) ในส่วนของคุณภาพของเครื่องมือ Jacobson, Groot และ Samson (1994) ทำการตรวจสอบแล้วพบว่าเครื่องมือสามารถประเมินผู้ป่วยเบาหวานในประเด็นเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตได้ดี และมีค่าความเที่ยงที่สูงมาก (The Diabetes Control and Complication Trial Research Group, 1988: 725)

วิลาสินี แก้วชนะ (2541) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน ของสมาคมควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของสหรัฐอเมริกา (1988) มาปรับเป็น 2 ด้าน โดยตัดข้อคำถามออกบางข้อ แต่ยังคงครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความพึงพอใจในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจเกี่ยวกับสุขภาพขณะเจ็บป่วยและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตโดยทั่วไป และ 2) การยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบวัดประเมินค่า 4 ระดับ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้จริง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง 0.92 หลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 197 คน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือซ้ำอีกครั้งได้ค่าความเที่ยง 0.94

Umaporn Hanrungchrotorn (2001) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน ของสมาคมควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของสหรัฐอเมริกา (1988) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ประเมินด้านจิตพิสัย คือ 1) ความพึงพอใจ เป็นการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับโรคเบาหวาน กิจกรรมประจำวัน การมีเพศสัมพันธ์ รูปร่าง ชีวิตครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลทั่วไป และการดำเนินชีวิตทั่วไป 2) ผลกระทบ เป็นการประเมินผลกระทบจากการเป็นโรคเบาหวานและการรักษาต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 3) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสังคมและการประกอบอาชีพ เป็นการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการแต่งงาน การมีบุตร การศึกษา การทำงาน และการเดินทางไปในที่ต่าง ๆ 4) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประเมินเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเบาหวานและรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไป ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบมาตราวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้จริง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 33 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง 0.90 หลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 140 คน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือซ้ำอีกครั้งได้ค่าความเที่ยง 0.90

Wipharat Masong (2001) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยเบาหวาน ของสมาคมควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของสหรัฐอเมริกา (1988) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ประเมินด้านจิตพิสัย คือ 1) ความพึงพอใจ 2) ผลกระทบ 3) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสังคมและการประกอบอาชีพ 4) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรวัดแบบลิเคอร์ท 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้จริง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 35 ราย กำหนดหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง 0.90

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Wipharat Masong (2001) ซึ่งใช้แนวคิดของสมาคมควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของสหรัฐอเมริกา (1988) ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน โดยผู้วิจัยดัดข้อคำถามออกบางข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับแนวคิดการจัดการตนเอง เพราะโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเอง โดยการปรับการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะ เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการจัดการตนเอง ก็จะยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยได้ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเบาหวานน้อยลง และมีความพึงพอใจในชีวิตขณะเจ็บป่วย

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นหลักที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในการป้องกันโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน เนื่องจากโรคแทรกซ้อนจะลดลงเมื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น เพราะฉะนั้นการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญยิ่ง (สารัชสุนทร โยธินและวิทยา ศรีดามา, 2545: 255) สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (1997 อ้างใน สารัช สุนทร โยธินและวิทยา ศรีดามา, 2545: 257) กำหนดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ผู้ป่วยควรมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในช่วง 90-130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แต่การควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติได้นั้นทำได้ค่อนข้างยาก ดังการรายงานของจันท์เพ็ญ ชูประภारธรรม (2543) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่ถึงร้อยละ 3 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานของไทย จากงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้สรุปได้ดังนี้ การศึกษาของ พูนศิริ อรุณเนตร (2541) ที่ใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังให้ความรู้ 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 17.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จากการศึกษาของ อภิรดี ปลอดในเมือง (2542) ที่ใช้โปรแกรม

สนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้หลังให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 30.85 มิลลิกรัม/เดซิลิตร การศึกษาของ Suleepun Masawang (2001) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาโดยใช้กิจกรรมกลุ่ม ในผู้ป่วยสตรีวัยทองที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หลังให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 15.66 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และการศึกษาของ Buntana Phumleng (2002) ศึกษาผลของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้หลังให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 42.91 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในการวิจัยที่กล่าวมานั้น ศึกษาผลของโปรแกรม จากการหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงเฉลี่ยของทั้งกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ไม่สามารถสะท้อนถึงการควบคุมได้ของแต่ละบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นรายบุคคล ก่อนนำมารวมกันเพื่อสะท้อนผลของกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดจากผลของทั้ง 4 การศึกษา มาเป็นเกณฑ์ในการประเมินว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่ แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น 2 ระดับคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้คือ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 27 มิลลิกรัม/เดซิลิตร การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คือ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงน้อยกว่า 27 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

หลักสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถทำได้ดังนี้ (วัลลา ดันตโยทัยและอดิษฐ์ สงดี, 2538: 257-265)

1. การควบคุมอาหาร เป้าหมายที่สำคัญในการควบคุมอาหารคือ การป้องกันไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนเพื่อให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม และมีภาวะโภชนาการดี การที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ จะต้องมีการควบคุมทั้งจำนวนแคลอรีของอาหารที่ควรได้รับชนิดและปริมาณของอาหารแต่ละประเภทด้วย

2. ออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีผลต่อความสมดุลของแหล่งพลังงานในร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสได้มากขึ้น เนื่องจากมีการหลั่ง muscular activity factor (MAF) และ nonsuppressible-insulin like activity (NSILA) จากกล้ามเนื้อที่ออกกำลังกาย insulin receptor ไวต่อกลูโคสมากขึ้น เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ระดับแคลเซียมในไซโตพลาสซึมของเซลล์สูงขึ้น ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น นอกจากนี้การมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนที่ออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับหลอดเลือดฝอยขยายตัว ในระหว่างที่ออกกำลังกาย จะทำให้อินซูลิน

ไปสู่กล้ามเนื้ออย่างเพียงพอ แม้ว่าระดับของอินซูลินในกระแสเลือดจะต่ำก็ตาม (Vranic and Berger, 1979; Koivisto, 1981 อ้างถึงใน วัลลา ตันตโยทัยและอดิษฐ์ สงคี, 2538: 259)

การทำงานของกล้ามเนื้อยังทำให้ระดับอินซูลินในกระแสเลือดต่ำลงและมี Counter regulatory hormones คือ glucagon, catecholamine, cortisol และ growth hormone สูงขึ้น ในภาวะเช่นนี้จะทำให้มีการเคลื่อนย้ายไขมันจากเนื้อเยื่อมาใช้เป็นพลังงาน และกระตุ้นให้ตับสร้าง กลูโคส โดยผ่านขบวนการ glycogenolysis และ gluconeogenesis มากยิ่งขึ้น (Koivisto, 1981 อ้างถึงใน วัลลา ตันตโยทัยและอดิษฐ์ สงคี, 2538: 259)

การออกกำลังกาย อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหรือเพิ่มขึ้นก็ได้ ดังนั้นต้องเลือกวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับอายุและการปฏิบัติของผู้ป่วยแต่ละคน และต้องเหมาะสมกับภาวะของโรคด้วย ปัญหาแทรกซ้อนจากการออกกำลังกายที่ควรระวังคือ ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป และมีสารคีโตนสะสมอยู่ในกระแสเลือด มักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับ การรักษาด้วยอินซูลิน ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการฉีดอินซูลิน ในส่วนของร่างกายที่ใช้ ออกกำลังกาย ไม่ออกกำลังกายในช่วงที่ยาออกฤทธิ์สูงสุด ไม่ออกกำลังกายหักโหมเกินไป ถ้า จำเป็นต้องเล่นกีฬาควรรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเสียก่อน

3. การใช้ยา การใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด มีความจำเป็นเมื่อร่างกายขาด ปริมาณอินซูลินอย่างมาก หรือไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ด้วยการควบคุมอาหารและการ ออกกำลังกาย ยาที่ใช้ลดระดับน้ำตาลในเลือดมี 2 ประเภทคือ ยาชนิดรับประทานและอินซูลิน ปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาที่พบส่วนใหญ่คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป (Hypoglycemia) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับอินซูลิน ดังนั้นควรให้ผู้ป่วยพกน้ำตาล ทอฟฟี่ หรือ ขนมติดตัวเวลาเดินทางด้วย และที่บ้านก็ควรมีอาหารประเภทนี้อยู่ในที่ที่จะหยิบใช้ได้ง่าย

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การจัดการตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความรุนแรงของอาการลดลง เช่นเดียวกับใน ผู้ป่วยเบาหวานถ้าผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (Tobin et al., 1986: 48) สอดคล้องกับการศึกษาของ Franciosi et.al. (2001) ซึ่งใช้วิธีการที่ทำให้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง เกิดการจัดการตนเอง คือ ให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย ตนเอง โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่ายังมีปัจจัยอีกหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเช่น ในการศึกษาของ ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล (2536) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ดีได้แก่ การเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี รายได้มากกว่า 5000 บาทต่อเดือน และการมีรายได้พอใช้ การชอบรับประทานจุจิก เวลาที่รับประทานอาหารไม่แน่นอน การรับประทานผลไม้หวานมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ การไม่เลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมเบาหวาน การดื่มน้ำที่มีรสหวานมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ การใส่น้ำตาลในอาหารที่รับประทาน การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานยาผิดเวลา และรับประทานยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง การขาดยาประมาณ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และการขาดยา มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ การมีเรื่องไม่สบายใจมากหรือปานกลาง และความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรา หิรัญวรรณ (2538) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคือ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การรับประทานยาเบาหวาน การมาตรวจตามนัด และการออกกำลังกาย และการศึกษาของ กัญญาบุตร สรณรินทร์ (2540) พบว่า การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด แต่อายุ น้ำหนักตัว ระยะเวลาของการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Pairum Tansakul (2001) พบว่า การไม่มาตรวจตามแพทย์นัด และระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน 5-10 ปี สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใส่ยา ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ยังพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง (สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538) นั่นคือ เพศมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง เช่น พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด ฯลฯ นอกจากนี้เพศยังมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยไม่เห็นคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ หรือจะปฏิบัติจากคำแนะนำของผู้อื่นก็จะไม่เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติ จึงควรเพิ่มความตระหนักในการมองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกระบวนการคิด ตัดสินใจประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีต่อไป

การประเมินระดับน้ำตาล

ในปัจจุบันการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีหลายชนิด ซึ่งมีรายละเอียดที่แตกต่างกันออกไป การตรวจพื้นฐานที่ใช้ปัจจุบันจะเป็นการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นหลัก โดยสามารถเป็นทั้งการตรวจคัดกรองและการตรวจวินิจฉัย การตรวจเพื่อประเมินผลการควบคุมเบาหวานสามารถตรวจได้หลายวิธี

1. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

การตรวจกลูโคสในพลาสมา (Fasting plasma glucose: FPG) เป็นการตรวจที่ใช้ในการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นส่วนใหญ่ในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถทำได้รวดเร็วและประหยัดค่าใช้จ่าย โดยการงดอาหารก่อนตรวจ 8 ชั่วโมง ประเมินผลการควบคุมในขณะใดขณะหนึ่ง ไม่สัมพันธ์กับการควบคุมในระยะยาว

2. การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ

ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถตรวจเลือดด้วยตนเองได้ อย่างน้อยควรให้ตรวจปัสสาวะด้วยตนเอง การตรวจปัสสาวะ ช่วยในการดูแลรักษา โดยสามารถเตือนผู้ป่วยว่าได้รับประทานอาหารที่ต้องห้าม หรือปริมาณมากเกินไป (วิทยา ศรีดามาและนพดล วณิชชากร, 2545: 262) โดยปกติน้ำตาลจะออกมาในปัสสาวะเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดเกิน 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ทำให้ทราบถึงระดับการควบคุมเบาหวานได้อย่างคร่าวๆเท่านั้น ส่วนระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะคือ 1-2 ชั่วโมงหลังอาหาร เพราะบ่งถึงการควบคุมเบาหวานที่ดีกว่าการตรวจในช่วงก่อนอาหาร (วิทยา ศรีดามาและนพดล วณิชชากร, 2545: 263)

3. การตรวจเพื่อประเมินผลการควบคุมน้ำตาลในระยะยาว ตรวจได้ 2 แบบคือการตรวจ glycosylated hemoglobin เป็นส่วนประกอบหนึ่งของ hemoglobin ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโดย nonenzymatic method จากปฏิกิริยาระหว่าง hemoglobin และ glucose อัตราการเปลี่ยนแปลงเพื่อเกิด GHb นี้ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับของ plasma glucose ระดับของ GHb นี้บ่งถึงการควบคุมน้ำตาลในเลือดช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และการตรวจ fructosamine เป็นการวัดระดับ serum protein ketoamine ซึ่งมีการจับกับกลูโคส โดยจะมีลักษณะเป็น reducing agents ใน alkaline solution fructosamine นี้ไม่มีความเกี่ยวข้องกับ fructose เพียงแต่มีโครงสร้างคล้ายคลึงกับ fructose เท่านั้น เนื่องจากอายุของ serum protein อื่น ๆ มีอายุน้อยกว่า hemoglobin การวัด fructosamine บ่งถึงการควบคุมน้ำตาลในช่วง 1-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา (วิโรจน์ ไหววานิชกิจ, 2544: 99) ซึ่งจะมีความสำคัญในการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยตั้งครรภ์ และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการแปลผล GHb ใน

ทางปฏิบัติการตรวจ fructosamine ใช้เป็น screening ถ้าค่าสูงแสดงว่ายังควบคุมเบาหวานไม่ได้ดี ถ้าค่าปกติควรตรวจ glycosylated hemoglobin เพื่อยืนยันระดับการควบคุม เนื่องจาก glycosylated hemoglobin มี sensitivity ดีกว่า (สารัช สุนทรโยธิน และ วิทยา ศรีดามา, 2545: 257-259)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดควรมีการประเมินความตรงและความเที่ยงใน 5 ประเด็นคือ (Burn and Grove, 1999: 263-264)

1. Accuracy เปรียบได้กับความตรงของเครื่องมือวัด ว่ามีความสามารถในการวัดตัวแปรตามได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษาหรือไม่ เช่นในการวัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าต้องการทราบผลการควบคุมในระยะยาวควรตรวจด้วยวิธี glycosylated hemoglobin หรือ fructosamine จะเหมาะสมกว่าการตรวจ Fasting plasma glucose
2. Selectivity คือ ความสามารถของเครื่องมือในการจำแนกข้อมูลที่ต้องการจากความผิดพลาดอื่นๆ ที่เกิดขึ้นได้
3. Precision คือ ระดับของความคงที่ ถูกต้องแม่นยำในการวัด เครื่องมือต้องควบคุมคุณภาพของการทดสอบให้มีความคลาดเคลื่อนของการวัดแต่ละครั้งให้น้อยที่สุด
4. Sensitivity คือ ความไวของเครื่องมือ ซึ่งต้องมีความสามารถในการวัดสิ่งที่ต้องการวัดที่มีความแตกต่างกันน้อยที่สุดได้ สามารถจำแนกความแตกต่างที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยได้
5. Error คือ ความคลาดเคลื่อนของการวัด ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ ความคงที่ของกระแสไฟฟ้า ความผิดพลาดจากขั้นตอนหรือกระบวนการวัด

การวิจัยที่ประเมินผลการควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา ใช้วิธีการตรวจแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา ดังนี้

อุรา สุวรรณรักษ์ (2542) ศึกษาการเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โดยวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง และในกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า จากข้อพิพาท สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาพร คำรงค์วานิช (2537), จุฬารัตน์ ตั้งตระกูล (2538), จารุพันธ์ สมณะ (2541) ซึ่งใช้การตรวจน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองเช่นเดียวกัน แต่แตกต่างกับการศึกษาของ กาญจนา ไชธรรม (2541), ประภาณี โอภาสนันท์ (2542) ซึ่งประเมินการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ก่อนและหลังการทดลองและในกลุ่มควบคุม จากระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ และบางการศึกษาพบว่าใช้การประเมินหลายๆ แบบควบคู่กันไป เช่น การศึกษา

ของ พูนศิริ อรุณเนตร (2541) ใช้ทั้งการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ การศึกษาของวิรัตน์ โปะะรัตน์ศิริ, การะเกด ส่งสัมพันธ์ และ พรธิรา สุพรรณชนะบุรี (2542) ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะก่อนและหลังการทดลอง และให้ผู้ป่วยประเมินระดับน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน ทองสวัสดิ์วงศ์ (2533) ซึ่งใช้การประเมินระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะก่อนและหลังการทดลอง และให้ผู้ป่วยประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่บ้าน

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า การประเมินการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ส่วนการประเมินที่บ้านจะเป็นการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและตรวจน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตัวผู้ป่วยเอง แต่การตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ผู้ศึกษามักจะแนะนำว่ามีข้อจำกัดในการตรวจเนื่องจากการตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะใช้ระยะเวลาในการตรวจนานกว่าตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและค่าใช้จ่ายสูงกว่า ส่วนการให้ผู้ป่วยตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมีข้อจำกัดว่า ในสถานการณ์จริงผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอุปกรณ์ในการตรวจ และผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบตรวจกลูโคสในพลาสมา (Fasting plasma glucose: FPG) ร่วมกับการให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้าน ที่เลือกการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเช่นนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลนายอามเป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่สามารถตรวจ glycosylated hemoglobin หรือ fructosamine ได้

การพยาบาลที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันส่วนใหญ่จะเป็นการพยาบาลที่พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา โดยการให้การพยาบาลในหลาย ๆ รูปแบบ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุด ที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา

รูปแบบการพยาบาลที่มีการพัฒนาเป็นโปรแกรมในผู้ป่วยเบาหวานนั้นมีผู้ศึกษาไว้หลายรูปแบบ ทั้งแบบใช้วิธีการเดียวและใช้หลาย ๆ วิธีการผสมผสานกัน สามารถสรุปได้ดังรายละเอียด

1.1 โปรแกรมการให้สุศึกษาเป็นกลุ่มอย่างต่อเนื่อง

Trento et al. (1998) ทำการศึกษากิจกรรมการให้สุศึกษาเป็นกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยกิจกรรมการให้สุศึกษาประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาล ให้สุศึกษาทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าไม่มีความแตกต่างด้านคุณภาพชีวิต แตกต่างกับการศึกษาของ วิรัตน์ โปะะรัตน์ศิริ, การะเกด ส่งสัมพันธ์ และ พรธิรา สุพรรณชนะบุรี (2542) ซึ่งใช้การสอนเป็นกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

1.2 โปรแกรมการใช้กระบวนการกลุ่ม

สุดาพร ดำรงค์วานิช (2537) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าลดลง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน รับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน คาดหวังในความสามารถของตนเอง คาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ พูนศิริ อรุณเนตร (2541) ที่ทำการศึกษาผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา แสดงความคิดเห็น และระบายความรู้สึกเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานและต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมโรคขณะได้รับการความรู้ และหลังได้รับการความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 โปรแกรมการให้สุศึกษาหรือตั้งเป้าหมายรายบุคคล

Frost, Wilding และ Beecham (1994 cited in Norris, Engelgau and Venkat Narayan, 2001) ใช้วิธีการให้คำแนะนำรายบุคคล เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ผู้ป่วยมีนิสัยการบริโภคอาหารเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเมื่อนัดติดตาม 12 สัปดาห์ แตกต่างกับการศึกษาของ ยูพิน ทองสวัสดิ์วงศ์ (2533) ซึ่งใช้การตั้งเป้าหมายรายบุคคล ติดตามผู้ป่วย 12 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและคะแนนความพึงพอใจในชีวิต ไม่แตกต่างกัน

1.4 โปรแกรมที่ใช้หลายวิธีการผสมผสานกัน

Gilden et al. (1992 cited in Norris, Engelgau and Venkat Narayan, 2001) ซึ่งใช้กระบวนการการสนับสนุนจากกลุ่ม การอภิปรายกลุ่ม การใช้ทักษะเผชิญปัญหา และการให้ความรู้ เป็นเวลา 18 เดือน นัดติดตามผลเมื่อครบ 2 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 การศึกษาของ Anderson et.al. (1995) และการศึกษาของอุรา สุวรรณรักษ์ (2542) ที่ใช้การเพิ่มพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยรายบุคคล ผสมผสานกับการให้ความรู้เป็นกลุ่ม การตั้งเป้าหมาย การจัดการกับปัญหาและความเครียด ก็พบว่าทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเช่นกัน จารุพันธ์ สมณะ (2541) ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม 1 ครั้ง และการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการทดลองพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sunantha Upaniad (2001) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยให้สุขศึกษาเป็นกลุ่ม 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน และติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าลดลง มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารและการออกกำลังกายถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จากโปรแกรมต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า โปรแกรมที่ใช้การสอนสุขศึกษาเป็นกลุ่มอย่างต่อเนื่อง การใช้กระบวนการกลุ่ม การสอนสุขศึกษาและตั้งเป้าหมายรายบุคคล และการผสมผสานหลาย ๆ วิธีการ มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน แต่ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีประสบการณ์พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถคงพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องหลังจบงานวิจัย (ภavana กิริติยวงศ์, 2544: 6) โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นโปรแกรมที่เน้นการพัฒนาความสามารถในการคิดตัดสินใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคเบาหวานในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับต้องการหรือธรรมชาติของผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้สามารถคงพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Watee Kangchai (2001) ซึ่งนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ แล้วติดตามผลการปฏิบัติการจัดการตนเอง หลังจากจบโปรแกรม 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยยังคงปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2. โปรแกรมการจัดการตนเอง

ในการทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็น 3 ข้อย่อ ได้แก่

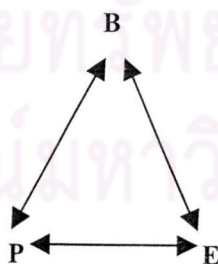
กรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน และ เนื้อหาของโปรแกรมการจัดการตนเอง ดังรายละเอียด

2.1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง

โปรแกรมการจัดการตนเอง มีแนวคิดพื้นฐานว่า บุคคลแต่ละคนมี ปัญหาและข้อจำกัดแตกต่างกัน การจัดการตนเองต้องเกิดจากความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและ พยาบาล โดยพยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเองให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเอง โดยมีพื้นฐานการพัฒนาโปรแกรมมาจาก โปรแกรมการให้ความรู้ใน การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมาตรฐานสากล (Funnell and Haas, 1995) แนวคิดการ จัดการตนเองของ Tobin et al. (1986) และเทคนิคการกำกับตนเองของ Kanfer (1980)

การจัดการตนเอง คือ การที่บุคคลพยายามควบคุมกระบวนการ ทั้งหมดด้วยตนเองโดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพและ ป้องกันโรค ซึ่งการที่จะเกิดพฤติกรรมใหม่ได้ ไม่ได้เป็นผลจากการได้รับข้อมูลใหม่ๆ แต่เพียง อย่างเดียว แต่ต้องเกิดจากความร่วมมือและสมัครใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วย (Tobin et al.1986: 29)

แนวคิดการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรมของ บุคคลที่มีพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ แบนดูรา มีความเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทาง พฤติกรรม และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Bandura, 1986: 23 -24) ดังภาพ

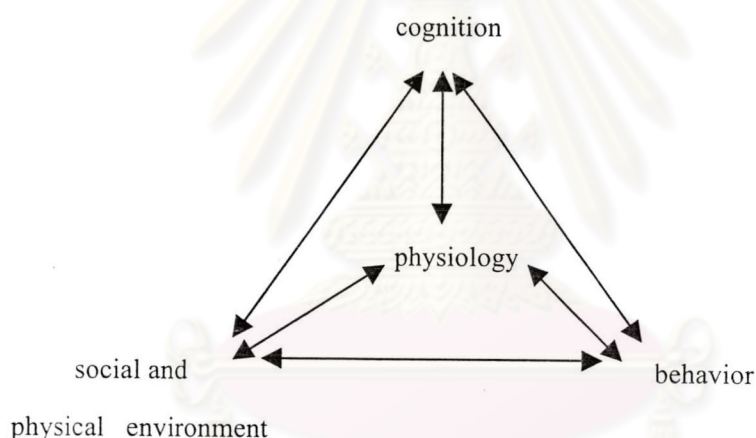


B = ปัจจัยทางพฤติกรรม

P = ปัจจัยส่วนบุคคล

E = ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม

จากภาพแสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบทั้ง 3 มีหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ซึ่งก็หมายความว่า ถ้าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเปลี่ยนแปลงไป ก็จะมีผลทำให้ องค์ประกอบอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย แต่ทั้ง 3 องค์ประกอบ ก็มีได้มีอิทธิพลในการกำหนด ซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกันและไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน เบนคูรา กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของคนเราที่เกิดจากการเรียนรู้นั้นไม่จำเป็นต้องแสดงออก หากแต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ ใหม่ ๆ ก็ถือว่าเกิดการเรียนรู้แล้วแม้จะยังไม่มีการแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเปลี่ยนแปลง ของ เบนคูรา จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายใน นั่นก็คือ ปัญหาและองค์ประกอบ ส่วนบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของคนเป็นอย่างมาก แต่ในทฤษฎีของ เบนคูรา ไม่ได้ ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสรีรวิทยา ซึ่ง Troesen และ Kirmil-Gray (cited in Tobin et al.1986: 33-35) เห็นว่าปัจจัยด้านสรีรวิทยา เป็นปัจจัยที่สำคัญ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอีกปัจจัยหนึ่ง เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในกระบวนการของโรค และมีปฏิสัมพันธ์ กับปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม ดังภาพ (Tobin et.al.,1986: 33-35)



พฤติกรรม พฤติกรรมเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ สามารถ เปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดประสบการณ์ ความชำนาญ เพื่อสร้างความสามารถของ ตนเอง และส่งผลต่อกระบวนการทางสรีรวิทยา

สังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทำให้เกิดการจัดการตนเองตาม เป้าหมาย โดยเกิดความพึงพอใจตามความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อมสามารถ บอกถึงลำดับของการตอบสนองอย่างถูกต้อง บอกถึงกระบวนการรับรู้ซึ่งสามารถจัดลำดับการ ตอบสนองได้ และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ด้านสรีรวิทยาโดยตรง

การรับรู้ ส่วนประกอบนี้สามารถตั้งเป้าหมายได้ทั้งทักษะการจัดการและ ความคาดหวัง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถ วางแผน ริเริ่ม ให้รางวัล

ในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมได้ ควบคุมกระบวนการทางสรีรวิทยาและควบคุมสภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมได้

สรีรวิทยา การรักษาโรคเรื้อรังจำเป็นต้องนึกถึงปัจจัยด้านสรีรวิทยา ทั้งในส่วนของกระบวนการของโรคเอง และในส่วนของพฤติกรรม ซึ่งทำให้กระบวนการของโรค ร้ายแรงขึ้น

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า ทั้ง 4 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กัน ในผู้ป่วยเบาหวานการที่ผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับตนเองได้ ผู้ป่วยต้องกำกับปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยได้ กล่าวคือ 1) ปัจจัยด้านกระบวนการรับรู้ เช่น ถ้าผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามเป้าหมายแล้ว ตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะแล้วปกติ ผู้ป่วยก็จะรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ 2) ปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งช่วยลดปัจจัยเสี่ยง เช่น ไม่นำอาหารที่ทำให้ให้อ้วน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเข้าบ้าน 3) สิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อมซึ่งอาจทำให้เกิดอาการของโรค เช่น ผู้ป่วยเบาหวานหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นซึ่งทำให้เกิดความเครียด ซึ่งอาจจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และ 4) กระบวนการทางสรีรวิทยาหรือกระบวนการของโรค เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วย

เทคนิคการกำกับตนเอง (Kanfer, 1980: 335) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเอง มีแนวคิดพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยมีความเชื่อว่า ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น พยาบาลต้องยอมรับและไว้วางใจในตัวผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาจากที่เคยให้ผู้ป่วยรับการกำหนดเกี่ยวกับการรักษาทุกอย่างจากทีมเจ้าหน้าที่ มาเป็นให้ผู้ป่วยยอมรับในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น เนื่องจากการรักษาในอดีตที่ล้มเหลว พบว่าเกิดจากปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัยคือ 1) วิธีการรักษาอาจจะไม่มีประสิทธิภาพ 2) ผู้ป่วยละเลยที่จะกระทำตามเกณฑ์การรักษาที่กำหนดและอาจไม่ได้กระทำอย่างต่อเนื่อง โดยเทคนิคนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ 1) พฤติกรรมบางพฤติกรรมไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนโดยใครก็ได้ นอกจากตัวผู้ป่วยเอง และผู้อื่นก็ไม่สามารถเข้าถึงพฤติกรรมนั้นได้เท่ากับตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการที่จะเปลี่ยนแปลงจึงมีความจำเป็น 2) พฤติกรรมที่เป็นปัญหา พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมากกับปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) และกิจกรรมการรับรู้เช่น ความคิด ความฝัน จินตนาการ การวางแผน ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ดีเพียงพอ ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาจากพื้นฐานความคิดของตนเอง ดังนั้นต้องเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อกระบวนการรับรู้ (cognitive response) 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระทำได้ยากถ้าผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงและไม่เห็นประโยชน์ของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลง จึงต้องทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเห็นประโยชน์ของโปรแกรมการ

เปลี่ยนแปลงเสียก่อน และ 4) ประโยชน์ของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลง ไม่ได้ครอบคลุมเฉพาะ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เจาะจงสถานการณ์ หรือเฉพาะอาการเท่านั้น แต่จะต้อง รวมถึงทักษะทั่ว ๆ ไป และต้องพัฒนาไปสู่การปฏิบัติได้จริงในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อให้ ผู้ป่วยสามารถรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ในอนาคตได้ดีกว่าที่ผ่านมา

เทคนิคในการกำกับตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 การกำกับตนเอง (self monitoring) คือ การคิดพิจารณาอย่าง รอบคอบในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด

ขั้นที่ 2 ขั้นการประเมินตนเอง (self evaluation) เป็นการเปรียบเทียบ ข้อมูลที่ได้จากการควบคุมตนเอง กับเป้าหมายที่กำหนดไว้

ขั้นที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (self reinforcement) เป็นการกระทำของ บุคคลที่กระทำการเสริมแรงให้กับตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองเป็น ผู้กำหนดไว้ และจะทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งตัวเสริมแรงมีทั้งตัวเสริมแรงจากภายใน ได้แก่ คำพูดชมเชยตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจ ฟังพอใจ และตัวเสริมแรงภายนอก ได้แก่ สิ่งเสริมแรงที่เป็นวัตถุหรือกิจกรรมต่าง ๆ หรือได้รับการเสริมแรงจากผู้อื่น เมื่อสามารถปฏิบัติ พฤติกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด จะทำให้ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น

มีผู้นำแนวคิดของ Kanfer ไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ มากมาย ดังการศึกษาของ Kogan และ Betrus (1984) ที่นำเทคนิคการกำกับตนเองของ Kanfer ไปใช้ใน ผู้ป่วยไมเกรน ความดันโลหิตสูง และปวดศีรษะจากความเครียด พบว่าผู้ป่วยมีความเครียดลดลง และมีอาการดีขึ้น และการศึกษาของ Wree Kangchai (2001) ซึ่งนำเทคนิคการกำกับตนเองไปใช้ ในผู้ป่วยสูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการจัดการตนเอง ได้อย่างต่อเนื่อง ความถี่ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลง และผลกระทบด้านจิตสังคมลดลง ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Kanfer มาใช้ในการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ในส่วนของพยาบาล มีบทบาทที่ต้องพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถ ในการจัดการตนเอง โปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมาตรฐานสากล (Funnell and Haas, 1995) เป็นแนวทางที่พยาบาลสามารถนำไปใช้พัฒนาความสามารถให้กับ ผู้ป่วยได้ โปรแกรมประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การประเมินปัญหา การวางแผนและการปฏิบัติ และการติดตามผล

ระยะที่ 1 การประเมินปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านกระบวนการของโรค วัฒนธรรม การดำเนินชีวิต การที่จะบรรลุความสำเร็จตาม เป้าหมายได้ ต้องอาศัยความร่วมมือกันทั้งพยาบาลและตัวผู้ป่วย การประเมินปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็น ในระยะนี้พยาบาลเป็นผู้ให้แนวทางผู้ป่วยในการประเมิน

ปัญหา โดยให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาของตนเอง ซึ่งถ้าผู้ป่วยสามารถรับรู้ปัญหาของตนเอง ประเมินปัญหาของตนเองได้ ก็จะนำปัญหาที่ประเมินได้มาเป็นแนวทางในการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย การกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ ต้องกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ตามความต้องการของผู้ป่วย เพราะการกำหนดเป้าหมาย มีผลต่อการกระทำของบุคคลเป็นแรงจูงใจก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการ

ระยะที่ 2 การวางแผนและการปฏิบัติ ผู้วิจัยเตรียมความรู้ และฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย เนื่องจากความรู้และการฝึกทักษะจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานะของโรค แนวทางการปฏิบัติตน และการจัดการกับอาการหรือการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติตนที่ยังไม่ถูกต้องได้อย่างเหมาะสม และยังเป็นการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจ เกิดความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติจัดการตนเอง ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยในการปฏิบัติผู้ป่วยอาจใช้การสนับสนุนจากสังคมเช่น เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ครอบครัว เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

ระยะที่ 3 การติดตามผล พยายามติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ พยายามและผู้ป่วยร่วมกันหาปัญหาที่เกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ พยายามให้การเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมจัดการตนเองต่อไป เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ลักษณะของโรคมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องการการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของโรค

การศึกษาวิจัยที่นำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและควบคุมสถานะของโรคในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ พอสรุปได้ดังนี้ ด้านคุณภาพชีวิต Kaplan et.al (1987 cited in Norris, Engelgau and Venkat Narayan, 2001) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษา เรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกระบวนการรับรู้ นัดติดตามผล 18 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tschopp et.al. (2002) ที่ใช้การจัดการตนเองในผู้ป่วยหอบหืด โดยใช้การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรค การป้องกันการเกิดอาการหอบเหนื่อย การใช้ยา เทคนิคการหายใจ การป้องกันและการจัดการเมื่อเกิดอาการหอบหืด ให้ผู้ป่วยเข้าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการ นัดติดตามผลเมื่อครบ 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง อัตราการหยุดงานลดลง การขอคำปรึกษากรณีฉุกเฉินลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้น และ

การศึกษาของ Sureporn Thanasilp (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนจากเชื้อนิวมอซิสติส คาร์นิโอที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการที่มีพื้นฐานมาจากโมเดลการจัดการกับอาการและแนวทางการจัดการด้วยตนเอง เมื่อนัดติดตามผล 1 เดือน ผู้ป่วยมีอาการของโรคอ้วนอ่อนกว่าและมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Glasgow, Toobert และ Hampson (1996) ศึกษาเปรียบเทียบผลของพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ใหญ่จำนวน 206 คน ทั้งชนิดพึ่งอินซูลินและไม่พึ่งอินซูลินอายุ 40 ปีขึ้นไปแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 108 คนและกลุ่มควบคุม 98 คน กลุ่มทดลองได้รับความรู้ด้านการจัดการเรื่องอาหารด้วยตนเอง มุ่งเน้นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องร่วมตั้งเป้าหมายในการกำหนดการรับประทานอาหาร จะได้รับการแนะนำอาหารที่มีไขมันน้อย มีใยอาหารมาก ได้รับสื่อการสอนเป็นวิดีโอไปดูที่บ้าน ซึ่งจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหาร อาหารที่ควรรับประทาน จะโทรศัพท์ไปติดตามผู้ป่วยที่บ้านเมื่อครบ 1 และ 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ เมื่อนัดติดตามผล 3 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ปริมาณแคลอรีที่ร่างกายได้รับในแต่ละวันลดลงมากกว่า 150 กิโลแคลอรี เปอร์เซ็นต์แคลอรีจากไขมันต่ำกว่าค่ามาตรฐาน 4.6 % และจากไขมันอิ่มตัวต่ำกว่ามาตรฐาน 1.5 % Serum cholesterol ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน

จากการศึกษาต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกระบวนการรับรู้ การให้ความรู้ สอนเทคนิคการจัดการกับอาการต่าง ๆ ของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ส่วนการศึกษาด้านระดับน้ำตาลในเลือด บุญเรียม จุติวิโรจน์ และ วิวัฒน์ สีลาสำราญ (2544) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 รายและกลุ่มควบคุม 29 ราย โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการบริหารตนเอง และกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ โดยให้ความรู้เรื่องโรค การควบคุมโรค การบริหารตนเองโดยการฉายวิถีทัศน์ ให้คำปรึกษา ร่วมกับผู้ป่วยตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือด ให้ผู้ป่วยสัญญาว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้การเสริมแรงโดยการให้กำลังใจ คำชมเชย จัดกลุ่มให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้การสนับสนุนจากครอบครัว โดยให้สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยคือ จัดมุมเบาหวาน จัดแบบจำลองอาหาร แจกเตือนวันนัดล่วงหน้าโดยใช้โทรศัพท์หรือส่งไปรษณียบัตรถึงผู้ป่วยก่อนวันนัด 1 สัปดาห์ แจกคู่มือ สมุดบันทึกผลการตรวจ ให้ผู้ป่วยยืมหนังสือไปอ่านที่บ้าน นัดติดตามเมื่อครบ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าฮีโมโกลบินที่มี

น้ำตาลเกาะลดลงและอัตราการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงของค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและอัตราการมาตรวจตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Scott, Beaven และ Stafford (1984 cited in Norris, Engelgau and Venkat Narayan, 2001) ได้ทำการศึกษาผลของการให้สุขศึกษาเป็นกลุ่ม 4 ครั้ง และรายบุคคลตามความปัญหาและต้องการของผู้ป่วย ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 60 คน นัดติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีระดับ HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ Korhonen et.al. (1983) ที่ใช้การสอนผู้ป่วยรายบุคคล ติดตามผลและประเมินปัญหาโดยการใช้โทรศัพท์ สอนวิธีการปรับเปลี่ยนอินซูลินด้วยตนเองให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินจำนวน 77 คน เมื่อครบ 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

จากการศึกษาต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ใช้การให้ความรู้เรื่องโรค ให้คำปรึกษา การตั้งเป้าหมาย ให้การเสริมแรง กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสนับสนุนจากครอบครัว และสอนวิธีการประเมินและปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยตนเอง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้

2.2 การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

เป็นการพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการจัดการตนเอง

โดยการปรับการรับรู้ของผู้ป่วย ด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะ ครอบคลุมในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวานและการสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเบาหวาน การมาตรวจตามนัด การจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหา การฝึกทักษะการตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตัวของผู้ป่วย รวมถึงผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยซ้ำ การเยี่ยมบ้านยังเป็นวิธีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี (Sunantha Upaniad, 2001) ทำให้ทราบชีวิตความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วย และสามารถให้คำแนะนำได้ตรงตามปัญหา (จารุพันธ์ สมณะ, 2541; Sineenart Likitratcharoen, 2001) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานดีขึ้น สามารถกำกับตนเองที่บ้านได้ เกิดการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ผู้ป่วยก็จะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยมีพื้นฐานการพัฒนาโปรแกรมมาจาก โปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมาตรฐานสากล (Funnell and Haas, 1995) แนวคิดการจัดการตนเองของ

Tobin et al. (1986) และเทคนิคการกำกับตนเองของ Kanfer (1980) โดยโปรแกรมใช้ระยะเวลา รวม 1 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ จะเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจากการไป รับการรักษาที่โรงพยาบาลเกือบทุกครั้งอยู่แล้ว แต่อาจไม่สามารถนำความรู้ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของตนเอง จึงทำให้ ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และมีคุณภาพชีวิตต่ำ โปรแกรมการจัดการ ตนเอง เป็นโปรแกรมที่พัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วย โดยการปรับการรับรู้ ของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคของตนเองอย่างถูกต้อง และฝึกให้ผู้ป่วยกำกับตนเองที่ บ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยนำการรับรู้ของตนเองที่ถูกต้องมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่าง เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Glasgow et.al. (1997) ที่พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ และยัง สรุปไว้ได้ด้วยว่า การให้ความรู้เพียงเล็กน้อยแก่ผู้ป่วยเบาหวานและโปรแกรมการจัดการตนเอง สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรค เรื้อรังอื่น ๆ พบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือนสามารถเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาล ในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังเช่น การศึกษาของ พูนศิริ อรุณเนตร (2541) ใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังให้ความรู้ 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมี ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 7.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรดี ปลอดในเมือง (2542) ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ควบคุมโรคไม่ได้หลังให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 30.85 มิลลิกรัม/เดซิลิตร การศึกษาของ Suleepun Masawang (2001) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและ สุขศึกษาโดยใช้กิจกรรมกลุ่ม ในผู้ป่วยสตรีวัยทองที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หลังให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 15.66 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และการศึกษาของ Buntana Phumleng (2002) ศึกษาผลของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้หลังให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 42.91 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในการศึกษาที่นี้จึงใช้ค่าเฉลี่ยการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของ 4 การศึกษาดังกล่าว เป็นเกณฑ์ในการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ ผู้ป่วยต้องมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 27 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จึงถือว่าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ส่วนการศึกษาด้านคุณภาพชีวิต พบการศึกษาของ นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์ (2537) ซึ่งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว 1 ครั้ง เป็นเวลา 30-45 นาที โดยใช้ ภาพพลิกและคู่มือปฏิบัติตน นัดติดตามเมื่อครบ 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนได้

รับความรู้และดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ พิภูถ นันทชัยพันธ์ (2539) ที่พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยเอดส์และเฝ้าบ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตสูงขึ้นหลังจากเข้าร่วมโครงการได้ 1 เดือน และการศึกษาของ สมคิด โพรธีชนะพันธ์ และคณะ (2540) ที่พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยเอดส์ โดยการให้ความรู้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เป็นเวลา 3 วันแล้วประเมินคุณภาพชีวิตหลังจบโปรแกรมทันที พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การศึกษาของ Surangsri Boonsomchua (2001) ซึ่งใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยฝึกเดินให้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าเมื่อครบ 1 เดือนผู้ป่วยมีความสามารถในการออกกำลังกายดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

2.3 เนื้อหาของโปรแกรมการจัดการตนเอง

โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ระยะ 1) การประเมินปัญหา 2) การวางแผนและการปฏิบัติ และ 3) การติดตามผล ดังรายละเอียด

ระยะที่ 1 การประเมินปัญหา

เริ่มต้นโดยการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยประเมินปัญหาของตนเองและประเมินคุณภาพชีวิต กำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวาน และการมาตรวจตามนัด

ระยะที่ 2 การวางแผนและการปฏิบัติ

เป็นระยะที่ผู้วิจัยเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการกำกับตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองต่อไป ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำต่าง ๆ ดังนี้

1. เตรียมความรู้

ข้อมูลที่จำเป็นในการจัดการตนเองที่บ้านคือ

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหารโดยใช้อาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกายและภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวานและการสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเบาหวาน การมาตรวจตามนัด การจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหา

2) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการกำกับตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เทคนิคในการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 การกำกับตนเอง (self monitoring) คือ การคิดพิจารณาอย่างรอบคอบในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด โดยผู้ป่วยต้องกำหนดเป้าหมายในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวาน และการมาตรวจตามนัด

ขั้นที่ 2 ขั้นการประเมินตนเอง (self evaluation) เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการกำกับตนเอง กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น เมื่อออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้วตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะแล้วพบว่าปกติ ก็จะนำไปสู่การเสริมแรงต่อไป

ขั้นที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (self reinforcement) เป็นการกระทำของบุคคลที่กระทำการเสริมแรงให้กับตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองเป็นผู้กำหนดไว้ และจะทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งตัวเสริมแรงมีทั้งตัวเสริมแรงจากภายใน ได้แก่ คำพูดชมเชยตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจ ฟังพอใจ และตัวเสริมแรงภายนอก ได้แก่ สิ่งเสริมแรงที่เป็นวัตถุหรือกิจกรรมต่าง ๆ หรือได้รับการเสริมแรงจากผู้อื่น เมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด จะทำให้ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น เช่น ออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้แล้วทำให้ระดับน้ำตาลในปัสสาวะปกติ ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกาย ควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง การเสริมแรงภายในคือ ผู้ป่วยจะรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และอาจจะเสริมแรงภายนอกคือ ให้รางวัลตนเองโดยการซื้อของขวัญให้ตนเอง พยายามพูดชมเชยให้กำลังใจ

2. การฝึกทักษะ

ฝึกทักษะเกี่ยวกับการตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นสิ่งประเมินตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล การฝึกจะใช้การสาธิตแล้วให้ผู้ป่วยฝึกทำย้อนกลับ

หลังจากผู้ป่วยได้รับความรู้ พัฒนาการรับรู้ให้ถูกต้อง ได้รับแรงจูงใจและฝึกทักษะเรียบร้อยแล้ว ก็จะเข้าสู่สถานการณ์การปฏิบัติจริง ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องใช้เทคนิคการกำกับตนเองโดยนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติที่บ้าน กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยผู้ป่วยต้องควบคุมการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที (American Diabetes Association, 2002) ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะหลังรับประทานอาหารเย็น 2 ชั่วโมง ใช้ยาเบาหวานตามแผนการรักษา ผู้ป่วยต้องบันทึกกิจกรรมดังกล่าวในแบบบันทึกการติดตามตนเอง แล้วประเมินตนเองทุกวัน ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ พร้อมทั้งให้การเสริมแรงแก่ผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยซ้ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับกำลังใจจากผู้วิจัยทางจดหมาย และสามารถขอ

คำปรึกษาจากผู้วิจัยได้เมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติ โดยการใช้โทรศัพท์ หรือมาพบผู้วิจัยที่โรงพยาบาล

ระยะที่ 3 การติดตามผล

เป็นการติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลที่เกิดจากการกำกับตนเอง โดยผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันประเมิน โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกการติดตามตนเอง ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยให้การเสริมแรง เพื่อให้เกิดการกำกับตนเองต่อไป แต่ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันหาปัญหาที่เกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังต่อไปนี้

จากองค์ความรู้ดังกล่าว สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วยในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีบทบาทในการกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง เกิดความสามารถในการจัดการตนเอง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาได้ดังไดอะแกรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

