

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ
และต่างประเทศมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

1.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

1.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

1.1.3 ทฤษฎีการดูแลตนเอง

1.1.4 ความต้องการดูแลตนเอง

1.1.5 ความสามารถในการดูแลตนเอง

1.1.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานต่างๆ กับการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.1.7 ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1.2.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

1.2.2 ชนิดของโรคเบาหวาน

1.2.3 อาการและการแสดงของโรคเบาหวาน

1.2.4 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

1.2.5 ตัวชี้วัดในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

1.2.6 การรักษาโรคเบาหวาน

1.2.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัด

1.3 เจตคติต่อโรคเบาหวาน

1.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

1.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

1.4.2 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

1.4.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

1.4.4 องค์ประกอบและระดับของการสนับสนุนทางสังคม

1.4.5 ผลของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของบุคคล

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย

2.1 งานวิจัยต่างประเทศ

2.2 งานวิจัยในประเทศ

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

1.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2524 : 32) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า

เป็นการกระทำหรือกิจกรรมทางกาย วาจาและทางใจที่มนุษย์แสดงออกมาที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ การกระทำหรือกิจกรรมของคนมีรูปแบบต่างๆ กัน บางอย่างสามารถเห็นได้ด้วยตาหรือได้ยินด้วยหู บางอย่างเป็นความรู้สึกภายในจิตใจที่ไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือหรือตัวชี้วัดและมีกิจกรรมหลายอย่างที่คนแสดงออกมาทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึก

วารี ระกิติ (2530 : 696) ได้กล่าวถึงความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต ซึ่งทั้งที่อยู่ภายในหรือแสดงออกมาภายนอก

กันยา สุวรรณแสง (2536 : 92) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าเป็นอาการบอบบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือมีฉะนั้น ก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

รัตนา ประเสริฐสม (2526 : 3) พฤติกรรม หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาสุขภาพที่ควรกระทำในชีวิตประจำวัน

สุชาติ โสภประยูร (2525 : 44) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง ความสามารถในการแสดงออก เกี่ยวกับสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นในเรื่อง พฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 94) แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ เป็น 3 ชนิด คือ

1) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรครึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ ฯลฯ เป็นต้น

2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม

3) พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick – role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการของโรค ซึ่งมีมากขึ้น

จากแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ องค์ประกอบเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยความรู้และเจตคติเป็นองค์ประกอบเบื้องต้น ที่นำไปสู่การปฏิบัติหรือความรู้ที่ทำให้เกิดเจตคติในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง แล้วจึงนำไปสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้การเกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบใดนั้น ยังเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบและปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และทำให้สภาวะสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน

1.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การดูแลตนเองได้รับความสนใจและยอมรับว่ามีบทบาทสำคัญในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชนเพราะการดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบตนเองและเผชิญปัญหาด้วยตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการปฏิรูประบบสุขภาพตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2544-2549 (ชาชีวัฒน์ ศรีแก้ว. 2545 : 55) ได้มีนโยบายในเรื่อง การดูแลตนเอง เพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมจึงได้ สนับสนุนและสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง

ให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม กระตุ้นให้ประชาชนเปลี่ยนจากการพึ่งพาศูนย์กลางทางการแพทย์มาเป็นการพึ่งตนเอง และปัจจุบันนี้มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพจึงเปลี่ยนลักษณะจากการบริการด้านการรักษาพยาบาลมาเน้นการดูแลตนเอง ประกอบกับประชาชนเริ่มมองว่าการรักษาทางการแพทย์อย่างเดียวมีส่วนที่จะทำให้ตนเอง มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้น้อย การมีสุขภาพที่ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ประชาชนมีการศึกษามีความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยจากสื่อต่างๆ มากขึ้น คำรักษาพยาบาลแพงขึ้น ประชาชนเริ่มมองเห็นสิทธิของตนเองมากขึ้น ปกป้องสิทธิขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตของตนเอง ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

การดูแลตนเองมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้ คำศัพท์ การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำ “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2538 : 308, 316) ให้ความหมายไว้ว่า ดูแล คือ เอาใจใส่ปกป้องรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่า ดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ในตัวคน หรือปกป้อง ปกครองตนเอง การดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่มีแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน เสนอไว้ ดังนี้

โอเร็ม (Orem, 1985 : 34) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ว่า คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตนเอง ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วย การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่จงใจกระทำ (Deliberate action) และมีจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง ดังนี้

- 1) ควบคุมและควบคุมกระบวนการชีวิตและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
- 2) ดำรงการรักษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
- 3) ป้องกันควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรคด้วย
- 4) ป้องกันหรือกำจัดความพิการที่อาจเกิดขึ้นหรือลดหย่อนความพิการที่เกิดขึ้น
- 5) ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

เพ็นเดอร์ (Pender, 1987 : 150) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองในการดำรงหรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองกระบวนการที่บุคคลและครอบครัว มีความคิด

ริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การดูแลตนเองยังหมายความว่าสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรคตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและตรวจค้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา

องค์การอนามัยโลก ให้นิยามการดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรม ทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยร่วมความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งทางการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค รวมทั้งการใช้จ่ายและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10)

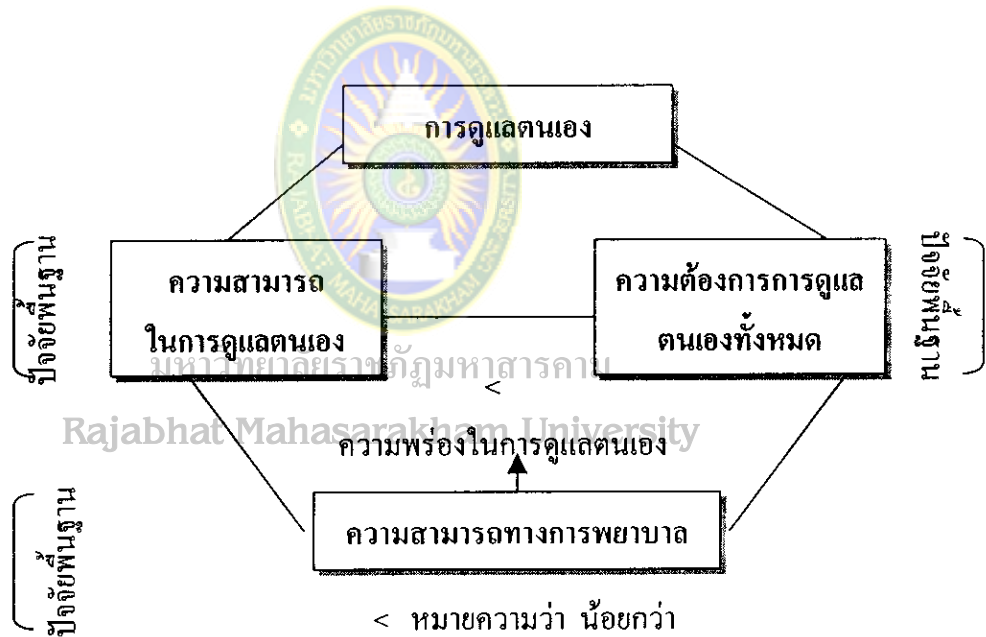
ชนินทร์ เจริญกุล กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพ และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน ที่ครอบคลุมถึงการบำรุงสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้จ่ายรักษาตนเองและการปฏิบัติติดตามผล หลังจากได้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ ไม่ได้เกิดขึ้น ได้อย่างมีแบบแผนตายตัว (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 11)

สมทรง รัศมีเผ่า ได้กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรม ทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือก ปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังจากเจ็บป่วยหรือมี ความพิการเกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง (คณะกรรมการสาธารณสุข มูลฐาน. 2535 : 10 – 11)

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถกระทำกิจกรรม หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองของบุคคลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีต่อไป

โอริเริ่มเป็นที่ปรึกษาและศาสตราจารย์ทางการแพทย์ที่มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกาและเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนา

ทางการพยาบาลเป็นคนแรก ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม (Orem : 1985 : 44) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มนี้นี้ได้นำมาใช้และได้รับพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นที่นิยมแพร่หลายมากทฤษฎีหนึ่งถือว่าสอดคล้องกับแนวคิดของการบริการสุขภาพ ในยุคปัจจุบันที่มุ่งให้ประชาชนได้พึ่งตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 20) ดังปรากฏตามแผนภูมิที่ 2 (Orem : 1985 : 64)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีโอเร็ม

1.1.3 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care theory) ในแนวคิดของโอเร็มนั้น การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมายซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและการตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำจะเห็นว่าบุคคลที่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมและเห็นด้วยว่าสิ่งกระทำนั้นเหมาะสมกับเหตุการณ์นั้นๆ ทั้งนี้ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ลึกก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้

เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของ สิ่งที่สังเกตเห็นความสัมพันธ์ของความหมายกับเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงสามารถพินิจ พิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายการตั้งเป้าหมาย มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนดการเลือก กิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแล ตนเองที่ได้เลือกจะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์ เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้น จะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่า กระทำได้ถูกต้องและถ้าการให้ความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 24)

การดูแลตนเองที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพได้ เรียกว่า Therapeutic self – care จะก่อให้เกิดผลแก่บุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ
- 2) ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
- 3) ป้องกัน ควบคุมและรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
- 4) ป้องกันหรือปรับลดเซกภาวะไร้สมรรถภาพ
- 5) ส่งเสริมสมรรถภาพและความผาสุกของบุคคล

1.1.4 ความต้องการดูแลตนเอง (Self - care demand) ความต้องการดูแลตนเอง

หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self – care requisites) 3 ด้าน คือ

- 1) ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self - care requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแล ตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมี ดังนี้

- 1.1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

- 1.1.1) บริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ

และคอยปรับเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

- 1.1.2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
- 1.1.3) หาความเพลิดเพลินใจจากการหายใจการดื่มและการรับประทานอาหาร

โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

- 1.2.1) จัดให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม
- 1.2.2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษา

โครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการละลายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

- 1.2.3) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะดวกถูกสุขลักษณะ

1.3) รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

- 1.3.2) รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกาย

ของตนเอง

- 1.3.3) ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียม

ประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4) รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์

กับผู้อื่น

1.4.1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อนบ้าน ทั้งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2) ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

- 1.4.3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

- 1.4.4) ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

- 1.4.5) สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

- 1.4.6) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

- 1.4.7) หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

- 1.4.8) ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.5) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคม
และความสามารถของตนเอง

1.5.1) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นตัวของตัวเอง

1.5.2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนา ของตนเอง

1.5.3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ของ
บุคคล (Health promotion and preventions)

1.5.4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของ โครงสร้าง และการทำหน้าที่แตก
ต่างไปจากปกติของตนเอง

2) ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิตและเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดา มารดาหรืออาจเป็นการดูแลตนเอง ที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้ สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับ กระบวนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1) พัฒนาและคงไว้ ซึ่งความเป็นอยู่ที่จะช่วยส่งเสริมกระบวนการของชีวิต
และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา
ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

2.2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์
เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ได้แก่ ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วยและการพิการ ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ กลายเป็นเรื่องที่สำคัญมาก
ในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเอง
ที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่น เพื่อป้องกันสิ่งเสพยาเสพติดทั้งหลายหรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศ
ซึ่งจะมีผลดีต่อพัฒนาการตนเองหรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ
และความรู้จักมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป
เป็นต้น

2.3) ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้าง

หรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดการเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษา การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้ คือ

2.3.1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

2.3.2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

2.3.3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการมีอากรภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.4) รับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

2.3.5) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพัฒนาตนเองและบุคคลอื่น

2.3.6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัย ภาวะบกพร่องของการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ดังปรากฏตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม		
ความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป	ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ	ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ
<ul style="list-style-type: none"> * อากาศ น้ำ และอาหาร * การมีกิจกรรมและการพักผ่อน * ความสั้น โดษและการเข้าสังคม * การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ * การดำรงชีวิตอย่างปกติสุข 	<ul style="list-style-type: none"> * ดำรงรักษาภาวะการณืที่จะสนับสนุนกระบวนการชีวิตแต่ละระยะของการพัฒนาการ * ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการและวุฒิภาวะในแต่ละระยะของการพัฒนาการ * ป้องกันอันตรายและ / หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหาทางด้านพัฒนาการทางสังคมของบุคคล เช่น ในบุคคลที่ไร้ การศึกษา อันธพาล และคนยากจน เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> * แสวงหาการรักษาโรคที่เหมาะสม * การตระหนักรู้ถึงอิทธิพลและผลของพยาธิสภาพต่อชีวิตและร่างกายของตนเอง * การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ * การตระหนักรู้และดูแลตนเองในการป้องกันความไม่สบาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้อง * ปรับทัศนคติของตนเองได้เพื่อการยอมรับในภาวะโรคนั้นๆ * สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามความจำกัดของโรคพยาธิสภาพและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ที่มา : ศุภวรรณ มโนสุนทร (2542 : 106)

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนอง และเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะที่เดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้าง และหน้าที่ที่ปกติ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.1.5 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พลังความสามารถของบุคคลที่จะทำการดูแลตนเองของบุคคล โอเร็ม (Orem, 1985 : 129) นอกจากนี้ยังได้กล่าวเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องตามทฤษฎี อธิบายมีเหตุผลและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองจนนำไปสู่ทักษะในด้านปฏิบัติการ ความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540 : 31 – 36)

1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1) การคาดการณ์ (Estimation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรจะทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3) การลงมือปฏิบัติ (Production operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำ โดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการ มีดังนี้ (Orem, 1985 : 37-71)

2.1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ ในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่

2.2) ความสามารถที่ควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหว ที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติ เพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายชีวิต สุขภาพและสวัสดิการ

2.6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะค้นคว้าและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการติดต่อและการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง

2.9) มีความสามารถในการจัดแบบการดูแลตนเอง

2.10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชน

3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) และมีเป้าหมาย (Deliberate) โดยทั่วๆ ไป แบ่งออกเป็น

3.1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) ทางสรีระและจิตวิทยาและเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และความจำ เป็นต้น

3.2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.2.1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาสาเหตุผลและการใช้เหตุผล

3.2.2) หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็นการได้ยิน การได้กลิ่นและการรับรส

3.2.3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.2.4) การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.2.5) นิสัยประจำตัว

3.2.6) ความตั้งใจ

3.2.7) ความเข้าใจในตนเอง

3.2.8) ความห่วงใยในตนเอง

3.2.9) การยอมรับตนเอง

3.2.10) ระบบการจัดลำดับความสำคัญรู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรม

ต่างๆ

3.2.11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ถ้าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไปและไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือ ขาดพลังความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 33)

1.1.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานต่างๆ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคเบาหวาน ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะที่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง ไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผลแต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย (Orem. 1985 : 203)

- 1) อายุ
- 2) เพศ
- 3) ระยะพัฒนาการ
- 4) สังคมชนบทรรมนิยมประเพณี
- 5) สภาพที่อยู่อาศัย
- 6) ลักษณะครอบครัว
- 7) แบบแผนการดำรงชีวิต
- 8) ภาวะสุขภาพ

9) ปัจจัยทางระบบบริหารสุขภาพ

10) แหล่งประโยชน์

11) ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

การดูแลตนเองเป็นสิ่งปกติสำหรับมนุษย์ที่ต้องเรียนรู้โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสารและเป็นการปฏิบัติโดยเจตนา โดยทั่วไปไม่อาจขึ้นอยู่กับอายุ เพศ พัฒนาการ หรือภาวะสุขภาพของบุคคล การประเมินปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวจะช่วยให้ทราบถึงความต้องการ การดูแลตนเองและความสามารถในการพัฒนาดูแลตนเองทั้งหมด

1.1.7 ระดับการดูแลตนเอง การดูแลตนเองตามภาวะของสุขภาพอนามัย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (มุกดา ล้านวงกลาง. 2534 : 23-36) ดังนี้

1) การดูแลตนเองในระยะที่สุขภาพปกติ เป็นการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันที่เป็นอยู่ ให้ตนเองมีสุขภาพดี แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย

2) การดูแลตนเองในระยะที่สุขภาพเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย บุคคลในภาวะเสี่ยง (Risky state) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ได้แก่ บุคคลระยะเริ่มป่วย บุคคลที่เป็นโรคเรื้อรัง พักการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย รวมทั้งบุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขอนามัย

3) การดูแลตนเองในระยะเจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นระยะที่บุคคลประเมินตนเองว่าเจ็บป่วยและมีอาการบ่งชี้ของสุขภาพและหากไม่มีการดูแลตนเองแล้ว อาจนำไปสู่อาการหรือโรคร้ายแรงได้ ทั้งนี้ยังไม่มีการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน

4) ในระยะเจ็บป่วยรุนแรงเรื้อรัง หรือความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย หมายถึง ความเจ็บป่วยที่มีอาการหรือข้อบ่งชี้ความเจ็บป่วยชัดเจนที่บุคคลไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้และจากการวินิจฉัยของแพทย์

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมฐานะของเศรษฐกิจและบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอันมาก การดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากจะลดภาวะที่มีต่อครอบครัวและสังคมแล้ว ยังเป็นการเพิ่มคุณค่าชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำเนินชีวิตได้
- 2) ควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3) ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานได้ด้วยตนเอง ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น สิ่งที่สำคัญคือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบตนเองให้มากที่สุด เพื่อดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขในสังคม แม้จะป่วยเป็นโรคก็ตาม การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้นถือเป็นเรื่องสำคัญในการที่จะป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1.2.1 ความหมายของโรคเบาหวาน สุมณฑา เสรีรัตน์ (2539 : 1) กล่าวว่า โรคเบาหวานเป็นชื่อของกลุ่มอาการของโรค ซึ่งร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ เนื่องจากขาดอินซูลินหรืออินซูลินไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อความต้องการตามปกติของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเกินขีดจำกัดที่ไตจะสามารถกักเก็บเอาไว้ได้ จึงถูกขับออกมาทางปัสสาวะ เมื่อร่างกายขาดพลังงานจากน้ำตาลจึงเปลี่ยนมาใช้โปรตีนและไขมัน ทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในการใช้โปรตีนและไขมันตามมาด้วย เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานเกิดขึ้นจากการที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในการเผาผลาญสารอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีน เนื่องจากความไม่สมดุลของการสร้างอินซูลินในร่างกาย

อินซูลินจะมีหน้าที่ควบคุมการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีน การพร่องอินซูลินพบสาเหตุใหญ่ๆ อย่างน้อย 4 ประการ คือ กรรมพันธุ์ ภาวะการเผาผลาญ ภาวะการติดเชื้อและปัจจัยทางภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นผลให้ไอสเลทบีต้าเซลล์ถูกทำลายหรือสร้างอินซูลินไม่ได้ เป็นโรคฮันหรือมีภาวะเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจอื่นๆ ซึ่งผลจากการสร้างอินซูลินไม่เพียงพอหรือขาดหรือทำหน้าที่ไม่ได้เต็มที่ที่จะทำให้กลูโคสในกระแสเลือดผ่านเข้าสู่เซลล์ได้ช้า ในขณะที่เดียวกันจะมีการสร้างกลูโคสจากไกลโคเจนที่ตับและมีการดูดซึมเพิ่มจากอาหารที่รับประทานเข้าไป จึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ระดับกลูโคสที่สูงขึ้นนี้ ถ้าเกินความสามารถของไตจะคัดกลับ (Renal the shold) ก็จะถูกขับออกมาพร้อมกับปัสสาวะจึงตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ (Glucosuria) น้ำตาลที่เข้มข้นสูงจะพาเอาน้ำออกมาเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อยๆ (Polyuria) พร้อมกับสูญเสียเกลือแร่บางชนิด โดยเฉพาะโซเดียมร่างกายจึงขาดทั้งอาหารน้ำและเกลือแร่ จึงมีอาการหิวบ่อย กิณจุ กระหายน้ำ ตื่นน้ำบ่อยและน้ำหนักลด ผอมลง บางรายอ่อนเพลีย อาการมากน้อยแล้วแต่การสูญเสียน้ำตาล น้ำ และเกลือแร่ไป เป็นแบบเรื้อรัง นั่นคือลักษณะอาการของโรคเบาหวาน

1.2.2 ชนิดของโรคเบาหวาน มี 2 ชนิด ได้แก่

1) ชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus = IDDM) มักพบในคนอายุน้อยเกิดภาวะเป็นกรดจากคีโตนได้ง่าย ลักษณะจะไม่มีอินซูลินหรือมีน้อย ผู้ป่วยจะต้องได้รับอินซูลินฉีดเข้าไปทดแทนและต้องได้รับการดูแล ควบคุมตนเองตามแผนการรักษาของพยาบาล โดยเคร่งครัด

2) ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non - Insulin Dependent Diabetes Mellitus = NIDDM) มักพบในวัยผู้ใหญ่ มีอาการรุนแรงน้อยกว่าชนิดแรก ไม่ค่อยพบการเกิดภาวะเป็นกรดจากคีโตน ยกเว้น มีภาวะติดเชื้อซ้ำซ้อนหรือมีภาวะเครียดอื่นๆ การรักษามักใช้เป็นยารับประทานเพื่อกระตุ้นการสร้างอินซูลินหรือระงับการดูดซึมกลูโคส จำเป็นต้องใช้อินซูลินฉีดเข้าไปทดแทนเป็นครั้งคราว โดยเฉพาะเมื่อมีอาการกำเริบ เช่น ในภาวะติดเชื้อ เป็นต้น มักพบในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และอ้วนมาก ไม่ค่อยออกกำลังกายและควบคุมอาหาร

ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดโรคเบาหวาน ทางกรรมพันธุ์เชื่อว่าถ่ายทอดได้ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวเดียวกัน หรือญาติที่มีสายเลือดใกล้ชิดจะมีอุบัติการณ์เกิดโรคสูง ส่วนปัจจัยในการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญอาหาร พบว่า มีหลากหลายและซับซ้อนมาก ความเครียดทางอารมณ์และร่างกาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ เนื่องจากกระตุ้นให้มีการสร้างกลูโคส มีการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต โดยเฉพาะฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ แต่ที่พบได้สูงถึงร้อยละ 80 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินก็คือ ความอ้วนหรือโรคอ้วน ผู้ป่วยเหล่านี้มักรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง แต่มีการออกกำลังกายน้อยลง ประกอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมักเป็นผู้ใหญ่ อายุที่มากขึ้นยังพบว่า การทำหน้าที่ของบีต้าเซลล์ที่จะสร้างอินซูลินลดลงด้วย จึงมีผลให้อินซูลินไม่เพียงพอ สำหรับปัจจัยการเกิดโรคเบาหวานจากการติดเชื้อมักพบสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จากการติดเชื้อไวรัสจะมีการทำลายบีต้าเซลล์ ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเด็กหลังจากติดเชื้อ ไข้หวัด สังกัดได้จะเป็นแบบทันทีทันใด ส่วนทางด้านภูมิคุ้มกันนั้น ในการศึกษาวิจัยพบว่า เป็นเหตุให้เกิดโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมีอุบัติการณ์สูงมากในลักษณะของปฏิกิริยาโรคภูมิแพ้ หรือโรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน จากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน 3 ราย พบว่า มีแอนติบอดีบีต้าเซลล์ในกระแสเลือด ซึ่งในคนปกติจะไม่มีและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่การสร้างอินซูลินได้บ้าง จะมีการสร้างด้วยจำนวนลดลง ถ้ามีแอนติบอดีต่อบีต้าเซลล์อยู่ในกระแสเลือด

1.2.3 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน การที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและรั่วออกทางปัสสาวะ จะทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังนี้ (เทพพล เกษมรัตน์. 2535 : 13-14)

- 1) ถ่ายปัสสาวะจำนวนมากและบ่อย (Polyuria) เนื่องจากน้ำตาลที่ไตไม่สามารถดูดซึมกลับได้หมดและล้นผ่านไตออกมาที่มีความเข้มข้นสูง จึงดึงเอาน้ำที่เป็นตัวทำละลายน้ำตาลออกมาด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะครั้งละมากๆ
- 2) ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีการเสียน้ำไปทางปัสสาวะมาก จึงเกิดภาวะขาดน้ำ เป็นผลให้รู้สึกกระหายน้ำและดื่มน้ำมากขึ้นเพื่อชดเชยน้ำที่สูญเสียไป
- 3) รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เนื่องจากการที่ร่างกายขาดอินซูลิน (Insulin) และกลูโคสเป็นพลังงานไม่ได้ จึงทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย หิวบ่อยและรับประทานอาหารมากขึ้น
- 4) น้ำหนักตัวลด (Weight loss) เนื่องจากการที่ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงมีการสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มากำมาใช้เป็นพลังงานทดแทน ทำให้กล้ามเนื้อฝ่อ ลีบ และร่างกายซูบผอมลงอย่างรวดเร็ว
- 5) เป็นแผลและฝีง่ายแต่หายยาก เนื่องจากการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง ผู้ป่วยมักมีอาการคันและเมื่อเกาจะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่แผลและลุกลามได้ เพราะความต้านทานต่ำ และเชื้อโรคเจริญเติบโตได้ดีจากการที่มีน้ำตาลในเลือดสูง
- 6) ซาตามปลายมือ ปลายเท้าและปวดกล้ามเนื้อ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จึงมีการอักเสบของปลายประสาทไขสันหลังซึ่งมีหน้าที่ควบคุมกล้ามเนื้อของแขนขา รวมทั้งความรู้สึกไปสู่สมอง ดังนั้นเมื่อเกิดการอักเสบจึงทำให้การส่งและรับความรู้สึกเสียไป
- 7) ความรู้สึกทางเพศลดลง เนื่องจากการปลายประสาทอักเสบและการไหลของโลหิตไม่ดี จึงทำให้มีผลต่อการแข็งตัวขององคชาติ
- 8) บางรายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ตาฝ้า กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น

1.2.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มักจะเกิดเมื่อเป็นโรคเบาหวานเป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับการรักษาอย่างจริงจังหรือปล่อยปละละเลย โรคแทรกซ้อนที่อาจพบ เช่น

- 1) ตา อาจเป็นต้อกระจกก่อนวัย ประสาทตาหรือจอตา (Retina) เสื่อมหรือเลือดออกในน้ำวุ้นลูกตา (Vitreous hemorrhage) ทำให้มีอาการตามัวลงเรื่อยๆ หรือมองเห็นจุดดำลอยไปลอยมาและอาจทำให้ตาบอดในที่สุด

2) ระบบประสาท ผู้ป่วยจะเป็นปลายประสาทอักเสบ มีอาการชาหรือปวดร่อนตามปลายมือ ปลายเท้า ซึ่งอาจทำให้มีแผลเกิดขึ้นที่เท้าได้ง่าย (อาจลุกลามจนเท้าเน่า) บางคนอาจมีอาการวิงเวียน เนื่องจากมีภาวะความดันตกในท่ายืนบางคนอาจไม่มีความรู้สึกทางเพศ หรือท้องเดิน ดอนกลางคืนบ่อย หรือกระเพาะปัสสาวะไม่ทำงาน (กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือไม่มีแรงเบ่งปัสสาวะ)

3) ไต มักจะเสื่อม จนเกิดมีภาวะไตวายหรือมีอาการบวม ชีด ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยเบาหวานที่พบได้ค่อนข้างบ่อย

4) ผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด

5) เป็นโรคติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เช่น วัณโรคปอด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรวยไตอักเสบ ช่องคลอดอักเสบ (ตกขาวและคันในช่องคลอด) เป็นฝีพุพองง่ายเท้าเป็นแผล ซึ่งอาจลุกลามจนเท้าเน่า (อาจต้องตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา) เป็นต้น

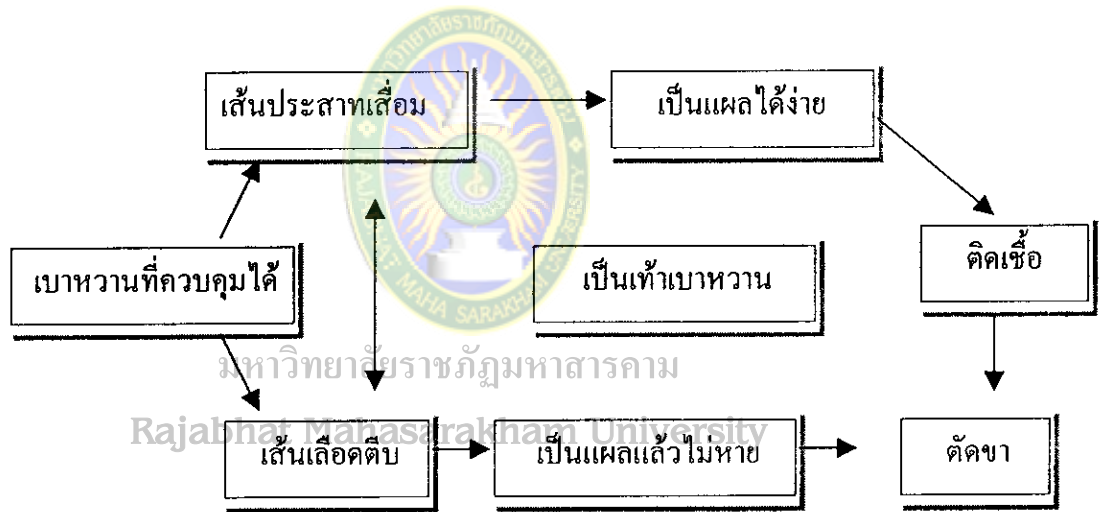
6) ภาวะคีโตซิส (Ketosis) พบเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่ขาดการฉีดอินซูลินนานๆ ร่างกายจะมีการคั่งของสารคีโตน ซึ่งเกิดจากการเผาผลาญไขมัน ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน กระหายน้ำอย่างมาก หายใจหอบลึกและลมหายใจมีกลิ่นหอม มีไข้ กระวนกระวาย มีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง (ตาโป้ หนังเหี่ยว ความดันต่ำ ชีพจรเบาเร็ว) อาจมีอาการปวดท้อง ท้องเดิน ผู้ป่วยจะซึมลงเรื่อยๆ จนกระทั่งหมดสติ หากรักษาไม่ทันอาจตายได้

7) เท้าเบาหวาน (Diabetic foot) คือ อาการจากโรคเบาหวานขั้นรุนแรงของผู้ป่วยที่เป็นมานาน จนทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงที่เท้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลไม่ค่อยดี จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 อย่าง คือ (ไวภูณัฐ สถาปนาวัด. 2544 : 3-5)

7.1) เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงเท้าทั้งสองข้างเสื่อมประสิทธิภาพลง (Neuropathy) การที่เส้นประสาทไปเลี้ยงเท้าเสื่อมลง มีสาเหตุมาจากการที่ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมากจนไปคั่งที่เส้นประสาท เมื่อเส้นประสาทไม่สามารถเผาผลาญน้ำตาลได้สมบูรณ์ จึงเกิดการคั่งของของเสียในเส้นประสาทขึ้น เหตุการณ์ดังกล่าวเป็นตัวการสำคัญทำให้เส้นประสาทเสื่อมลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อของเท้าอ่อนแรง ลดขนาดลงและบางลงในที่สุด เนื่องจากสภาพกล้ามเนื้อจะคงสภาพแข็งแรงอยู่ได้ต้องมีเส้นประสาทมากระตุ้น การที่กล้ามเนื้อฝ่อเท้าบางลง จะทำให้การกระจายน้ำหนักเปลี่ยนไป น้ำหนักจะมารวมอยู่บริเวณที่แคบ ดังนั้นจึงเกิดแผลเป็นได้ง่าย

7.2) เส้นเลือดที่มาเลี้ยงขาเกิดการตีบตัน(Atherosclerosis obliterans) การที่มีเลือดมาหล่อเลี้ยงน้อยลงจะทำให้แผลหายยากขึ้น และลุกลามง่ายขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในอดีตต้องเสีขาไปเป็นจำนวนมาก สำหรับในคนไทย พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่ถูกตัดขามักเกิดจากเส้นประสาทเสื่อมมากกว่า

อันตรายที่เกิดจากเท้าโรคเบาหวาน คือ เท้าเบาหวานที่มีแผล การติดเชื้อจะเกิดง่ายขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียขาได้ นอกจากนี้ การติดเชื้อจะทำให้หัวใจของผู้ป่วยทำงานแย่ลง จนอาจถึงกับเสียชีวิตได้ในที่สุด



แผนภูมิที่ 2 การเกิดเท้าเบาหวานจนกระทั่งตัดขา

การติดเชื้อที่เท้านี้ ถ้าเกิดแล้วผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาตนเองอย่างมาก บางรายต้องใช้จ่ายปฎิชีวนะนานเป็นปี หมดค่ายานับหลายแสนบาทก็เคยมีแล้ว ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนต้องไม่ให้เกิดการติดเชื้อที่เท้า

1.2.5 ตัวชี้วัดในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ตัวชี้วัดในการรักษาโรคเบาหวานได้ผลเป็นที่น่าพอใจหรือไม่ มิใช่เพียงการวัดระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น เนื่องจากความผิดปกติของเมตาบอลิซึมอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไขมันและความผิดปกติทางสรีระบางอย่าง เช่น ความอ้วน ความดันโลหิต ดังนั้น ตัวชี้วัดพื้นฐานที่จำเป็นประกอบด้วย (วรรณิ นิธิยานันท์. 2539 : 2-4)

1) น้ำหนักตัว ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนควรมีน้ำหนักตัวปกติ คือ อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานไม่มากหรือน้อยจนเกินไป ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลิน มีความโน้มเอียงที่จะมีภาวะคืออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้ยากต่อการควบคุม

รักษาน้ำตาลให้ปกติ

2) ความดันโลหิต ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวและการคัดค้านอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาลดความดันโลหิตอาจมีผลต่อเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตหรือไขมัน นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงถ้าหากไม่ได้รับการควบคุมจะมีผลต่อการเกิดและการดำเนินของโรคแทรกซ้อนหลายอย่าง

3) ระดับการควบคุมน้ำตาลประเมินว่าเบาหวานควบคุมได้ดีเพียงใด คือ การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงตามเวลาอาหารเช่นเดียวกับคนปกติ แต่อัตราและปริมาณการเปลี่ยนแปลงจะมีมากกว่า

ดังนั้นระดับน้ำตาลในเลือดแต่ละวันของผู้ป่วยไม่คงที่ จึงเป็นการยากที่จะประเมินการควบคุมเบาหวานในขณะที่ตรวจเท่านั้นและใช้เป็นแนวทางที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการรักษาในช่วงเวลาถัดไป ส่วนการวัดระดับน้ำตาลในเส้นเลือดฝอย ในปัจจุบันการตรวจโดยวิธีนี้เป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ว่า มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ สำหรับบ่งชี้การควบคุมระดับน้ำตาล

4) ระดับการควบคุมไขมัน ตามปกติระดับไขมันในผู้ป่วยเบาหวานมีได้หลายรูปแบบ ผู้ป่วยบางรายเมื่อควบคุมเบาหวานได้ดี ระดับไขมันจะเป็นปกติด้วย แต่ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการรักษาไขมันในเลือดสูงร่วมกับการรักษาเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากไขมันในเลือดสูงมีผลต่อการควบคุมเบาหวานและการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังทางหลอดเลือด

ผู้ป่วยแต่ละรายมีเป้าหมายที่ระดับแตกต่างกัน โดยทั่วไปผู้ที่มีอายุน้อยไม่มีโรคแทรกซ้อนทุกราย ต้องตั้งเป้าหมายการควบคุมเบาหวานในระดับดี ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับการควบคุมดีโดยสมบูรณ์จะต้องควบคุมได้ในเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยสูงอายุตั้งเป้าหมายไว้ที่ระดับการควบคุมยอมรับได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการแทรกซ้อนเรื้อรังอยู่ในระยะสุดท้ายหรือมีโรคอื่นรุนแรงกว่าร่วมด้วย อาจตั้งเป้าหมายการควบคุมที่ระดับควบคุมพอได้หรือควบคุมยอมรับได้

1.2.6 การรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องพิจารณาชนิดของเบาหวาน ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก่อนที่จะเริ่มให้การรักษา ดังนี้

1) ถ้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่เป็นในคนอายุน้อยหรือในระยะรุนแรงของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายก็จำเป็นต้องเริ่มรักษาด้วยอินซูลินร่วมกับการรักษาอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อช่วยควบคุมการเผาผลาญอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตและป้องกันภาวะมีกรดสูงในร่างกาย

2) ถ้าผู้ป่วยผอมหรือน้ำหนักน้อยกว่าที่ควร ควรเริ่มรักษาด้วยอินซูลินก่อน

และผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากพอสมควรแล้ว จึงรักษาด้วยการให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (Oral antidiabetic drug) ได้แก่ ซัลโฟ นิลยูเรีย (Sulfonylureas) และซัลฟา ไพริมิดีน (Sulfapyrimidines) ไบควัวไนด์ (Biguanides) และควบคุมด้วยอาหารต่อไป

3) ถ้าผู้ป่วยอ้วนหรือรูปร่างปกติ ควรให้ควบคุมอาหารก่อน โดยควบคุมอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตและจำกัดจำนวน (Total calories) จะช่วยให้น้ำหนักลดลง น้ำตาลในเลือดและในปัสสาวะจะลดลงไปด้วย เมื่อไม่ได้ผลจึงลองรักษาด้วยการรับประทานยาควบคุมเบาหวาน ถ้าไม่ได้ผลก็ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน

4) ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะไม่แสดงอาการ แต่ตรวจน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะสูง ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาตัวเอง โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหาร ระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการติดเชื้อ แนะนำให้มาติดคอแพทย์เป็นระยะๆ เพื่อตรวจปัสสาวะและตรวจเลือด และตรวจโพสแพนเดียล ซูกา (Postprandial sugar)

5) ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ (Coronary artery) หรือหลอดเลือดเลี้ยงสมอง (Cerebral artery) การรักษาด้วยการรับประทานควบคุมเบาหวานจะด้วยการรับประทานหรือการฉีดก็ตาม ต้องระวังอย่าให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไฮโปไกลซีเมีย (Hypoglycemia) ขึ้นได้ มิฉะนั้นอาจเกิดอันตรายร้ายแรงแก่หัวใจและสมอง เนื่องจากขาดอาหารไปเลี้ยง

6) การควบคุมด้วยอาหาร (Diet control) อาหารต้องมีพลังงานเพียงพอ แต่มีไขมันมากเกินไปและพยายามลดพลังงานจากไขมันสูงและชนิดของอาหารที่ช่วยป้องกันหรือลดโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด โดยมีเกณฑ์เปรียบเทียบ ดังนี้

จำนวนพลังงานที่ต้องการ

คนรูปร่างปกติ	25	แคลอรี/กิโลกรัม/วัน
คนผอม	35	แคลอรี/กิโลกรัม/วัน
คนอ้วน	15-20	แคลอรี/กิโลกรัม/วัน

อาหารประจำวันควรมี

โปรตีน	1-15	แคลอรี/กิโลกรัม/วัน
คาร์โบไฮเดรต	3-5	แคลอรี/กิโลกรัม/วัน

ประมาณ 200-300 กรัมต่อวัน หรือประมาณร้อยละ 40 ของจำนวนพลังงานทั้งหมดต่อวัน

ไขมันไม่เกิน	1000	กรัม/วัน
--------------	------	----------

ถ้าผู้ป่วยอ้วนควรลดพลังงานลงอีก โดยเฉพาะพลังงานจากไขมันและแป้ง ถ้าผู้ป่วยผอมต้องเพิ่มพลังงานขึ้นจากโปรตีนเพราะเมื่ออาหารเข้าสู่ร่างกายร้อยละ 58 ของโปรตีน และร้อยละ 10 ของไขมันจะแปรสภาพเป็นคาร์โบไฮเดรต

1.2.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความจำเป็น และสำคัญมากพอกับการรักษาที่ถูกต้อง ถ้าผู้ให้การพยาบาลมีความเข้าใจในด้านการใช้ยา การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพและวิธีลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น โดยมีจุดประสงค์ใหญ่ๆ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

- 1) เพื่อคงไว้ซึ่งความปกติทางด้านชีวเคมีและการเผาผลาญอาหารในร่างกาย
- 2) ป้องกันการกำเริบหรืออาการที่จะรุนแรงขึ้น
- 3) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหรือให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด
- 4) ลดการทำงานของตับอ่อน โดยการให้อาหารและแนะนำการจำกัดอาหาร

ที่ถูกต้อง

- 5) ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ โดยปฏิบัติเองอย่างถูกต้อง

1.2.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัด ควรปฏิบัติดังนี้

1) ก่อนผ่าตัด ต้องควบคุมน้ำตาลในโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะติดเชื้อ การงดอาหารและน้ำก่อนผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการระดับน้ำตาลในโลหิตได้ง่าย ต้องคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับผลการตรวจน้ำตาลในเลือด และปัสสาวะให้พร้อมก่อนเข้าห้องผ่าตัด

2) ห้องผ่าตัด ความเครียดจากการผ่าตัด ทำให้ร่างกายต้องการอินซูลินสูง ผู้ป่วยอาจมีอาการของภาวะน้ำตาลในโลหิตต่ำกว่าได้ง่าย เมื่อรับผู้ป่วยจากการผ่าตัด ถ้ามีการรักษาจากอินซูลินจะต้องให้ผู้ป่วยทันที เพื่อป้องกันอะซิโดซิสที่เกิดขึ้น ตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะทันทีที่ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะหลังผ่าตัด และต่อไปตรวจทุก 2-4 ชั่วโมง ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อประเมินการให้อินซูลินอย่างถูกต้อง มิให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การตรวจชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตให้ตรวจสอบเช่นเดียวกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั่วไป การออกกำลังกายหลังผ่าตัดและให้อาหารให้ได้เหมือนผู้ป่วยหลังผ่าตัดอื่นๆ

1.3 เจตคติต่อโรคเบาหวาน

1.3.1 ความหมายของคำว่าเจตคติ กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2528 : 172) ได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า คือ ความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับจากการเรียนรู้และประสบการณ์ แล้วแสดงสถานะของร่างกายและจิตใจในด้านความพร้อมที่จะตอบสนองต่อบุคคลหรือสิ่งต่างๆ ลักษณะหนึ่งใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ การแสดงความพร้อมที่จะหลีกเลี่ยงเมื่อเกิดความรู้สึกไม่ชอบ เรียกว่าทัศนคติไม่ดีหรือทางลบและเกิดความรู้สึกชอบ เรียกว่า ทัศนคติดีหรือทางบวก

งามตา วนิทานนท์ (2535 : 215) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า คือ จิตลักษณะประเภทหนึ่งของบุคคล เกิดจากการรู้คิดเชิงประมาธค่าเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด ในทำนองประโยชน์หรือโทษ ทำให้มีความรู้สึกโน้มเอียงไปในทางชอบ พอใจมากน้อยต่อสิ่งนั้นๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า ทัศนคติเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ รวมทั้งความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเฉพาะอย่าง

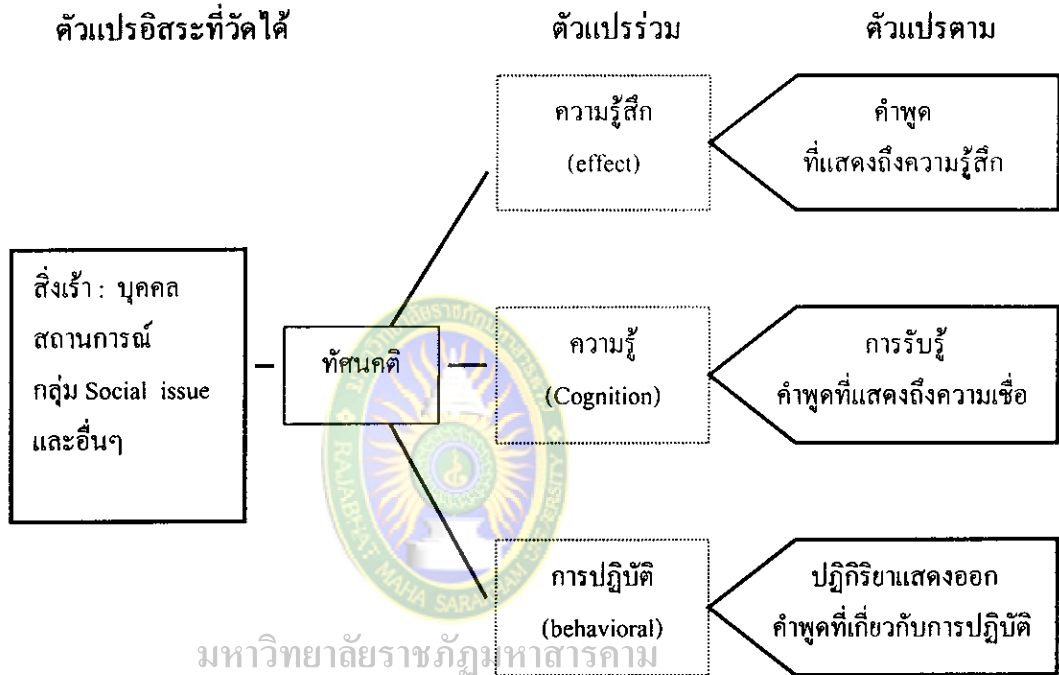
ฟรืดแมน (Freedman, 1970 ; อ้างถึงใน กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ, 2528 : 169) กล่าวว่า “ทัศนคติ คือ ระบบที่มีลักษณะมั่นคงถาวร ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบทางด้านความรู้ ความรู้สึกและการปฏิบัติ

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า เจตคติต่อโรคเบาหวาน หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีต่อโรคเบาหวาน การรักษา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วย ซึ่งความรู้ดังกล่าวสามารถสร้างขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้

1.3.2 องค์ประกอบของเจตคติ มีความเกี่ยวข้องกับความหมายหรือนิยามของเจตคติ ซึ่งนักจิตวิทยาหลายๆ ท่าน กล่าวถึงองค์ประกอบของทัศนคติไว้ดังนี้

- 1) องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา (Cognitive component) ได้แก่ ความคิด ซึ่งความคิดนี้อาจจะอยู่ในรูปใดรูปหนึ่งแตกต่างกัน
- 2) องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก (Affective component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวเรา “ความคิด” อีกต่อหนึ่ง ถ้าบุคคลมีความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี ขณะที่คิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ซึ่งจะออกมาในรูปลักษณะที่แตกต่างกัน) แสดงว่าบุคคลนั้นมีความรู้สึกในด้านบวก (Positive) หรือมีความรู้สึกในด้านลบตามลำดับ
- 3) องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Behavioral component) องค์ประกอบนี้มีแนวโน้ม

ในทางปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมอย่างใดอย่างหนึ่ง



Rajabhat Mahasarakham University

แผนภูมิที่ 3 องค์ประกอบของทัศนคติ

1.3.3 การเกิดเจตคติ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 91-93) กล่าวถึง แหล่งสำคัญที่ทำให้เกิดทัศนคติไว้ 4 แหล่ง ดังต่อไปนี้

1) การติดต่อสื่อสารกัน (Communication from others) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว ตัวอย่างเช่น เด็กได้รับการสั่งสอนหรือบอกกล่าวจากผู้ปกครองเสมอว่า “ขโมยสิ่งของคนอื่นไม่ดี” ข้อความหรือคำพูดนี้เด็กได้รับจากบุคคลที่เขายกย่องนับถือและมีผลต่อความเชื่อถือและทัศนคติของเด็กได้

2) สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Model) ทัศนคติบางอย่างถูกสร้างขึ้นจากการเลียนแบบผู้อื่น ขบวนการเกิดทัศนคติโดยวิธีนี้เกิดขึ้นได้ โดยขั้นแรกจากเหตุการณ์บางอย่างบุคคลจะเห็นว่าบุคคลอื่นมีการปฏิบัติอย่างไร ขั้นต่อไปบุคคลนั้นจะแปลความหมายของการปฏิบัตินั้นในรูปความเชื่อ ทัศนคติซึ่งมาจากการปฏิบัติของเขา ถ้าบุคคลนั้นให้ความเคารพนับถือ ยกย่องคนที่แสดงปฏิบัตินั้นอยู่แล้ว บุคคลนั้นจะยอมรับความรู้สึก ความเชื่อที่เขาคิดว่าบุคคลที่แสดงปฏิบัตินั้นดี

3) องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional factor) ที่ทัศนคติของบุคคลหลายอย่างเกิดขึ้นสืบเนื่องจากสถาบัน เช่น โรงเรียน สถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา หน่วยงานต่างๆ สถาบันเหล่านี้จะเป็นทั้งแหล่งที่มาและสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดทัศนคติบางอย่างได้

1.3.4 วิธีส่งเสริมให้เกิดเจตคติ ซึ่งครูผู้สอนจัดเป็นบุคคลที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดเจตคติที่ดีต่อการเรียนการสอน วิธีส่งเสริมมี 6 วิธี ดังนี้ (อาภรณ์ ใจเที่ยง. 2527 : 64-65 ; อ้างถึงใน พงศ์มิตร โปธิ์กลาง. 2544 : 8)

- 1) ให้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้องแก่ผู้เรียนโดยวิธีอภิปรายหรือจัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนนำไปพิจารณาไตร่ตรองจนเกิดการยอมรับทัศนคตินั้น
- 2) ชักจูงให้ผู้เรียนเกิดการยอมรับ โดยการให้คำแนะนำ บอกเล่า หรือให้ความรู้เพิ่มเติมจากผู้รู้มา อาจให้ชมภาพยนต์หรือฟังปาฐกถา เมื่อผู้เรียนเห็นประโยชน์และให้ความสำคัญก็จะยอมรับทัศนคตินั้น
- 3) จัดกิจกรรมที่เร้าใจให้เกิดการยอมรับ เช่น การชมภาพยนต์ การดูละคร หรือดูรูปภาพ
- 4) เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้เกิดประสบการณ์ตรง ผู้เรียนได้พบ ได้สัมผัสด้วยตนเอง ย่อมเปลี่ยนทัศนคติหรือยอมรับทัศนคติใหม่ สร้างความประทับใจแก่ผู้เรียน

การอ่านหนังสือจะช่วยเปลี่ยนทัศนคติได้บ้างเพราะผู้อ่านมักจะนำตนเองเข้าไปสวมบทบาทตัวเอกในเรื่อง ทำให้คล้อยตามแนวคิดต่างๆ ถ้าผู้สอนจัดหนังสือที่ดีให้ผู้อ่าน ผู้เรียนย่อมได้ทัศนคติที่ต้องการ

1.3.5 วิธีเปลี่ยนเจตคติ กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2528 : 200) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเปลี่ยนได้ง่ายกว่าเปลี่ยนค่านิยมเพราะขึ้นอยู่กับความรู้สึกของบุคคล โดยไม่ต้องคำนึงถึงเกณฑ์การตัดสินของสังคม จึงมักพบเสมอว่า ในสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ มากกว่าเปลี่ยนแปลงค่านิยม หรือความรู้สึกอื่นๆ และเนื่องจากทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้หรือได้รับประสบการณ์ต่างๆ ในสังคม ย่อมเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ตามสภาพหรือสถานการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

กระบวนการเกิดทัศนคติหรือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติมี 3 อย่าง คือ (Kelmam. 1958 : 51-60 ; อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 122-124)

- 1) การยินยอม (Compliance) การยินยอมจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อเขาและเพื่อมุ่งหวังจะให้เกิดความพึงพอใจจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลนั้น

2) การเลียนแบบ (Identification) การเลียนแบบเกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนั้นเป็นผลมาจากการที่เขาต้องการที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีหรือพึงพอใจระหว่างตัวเขากับบุคคลหรือกลุ่มหนึ่ง

3) ความต้องการภายใน (Internalization) จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า อันสืบเนื่องมาจากสิ่งนั้นตรงกับความต้องการภายในของบุคคลนั้น

1.3.6 อิทธิพลของเจตคติต่อพฤติกรรมของบุคคล เจตคตินอกจากจะมีอิทธิพลเกี่ยวข้องในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคลแล้ว ยังมีส่วนช่วยบุคคลในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) ช่วยให้เข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว โดยการช่วยจัด รวบรวมและทำให้สิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อนกลายเป็นที่ง่ายต่อการเข้าใจ

2) ช่วยปกป้องความนิยมในตัวเอง (Self-esteem) โดยการช่วยให้บุคคลสร้างความนิยมชมชื่นในตัวเองขึ้น

3) ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้อยู่ในโลกที่ซับซ้อนได้ โดยการช่วยแสดงพฤติกรรมที่จะได้รับสิ่งตอบแทนที่น่าพึงพอใจจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว

4) ช่วยให้บุคคลได้แสดงออกซึ่งค่านิยมพื้นฐานของตนเอง

1.3.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติมีผู้ให้ความรู้ทางด้านนี้ ดังนี้

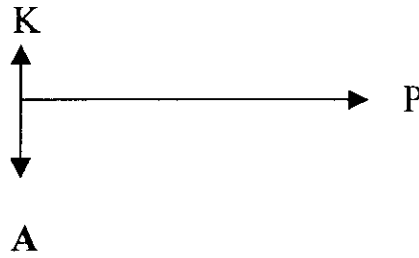
สุชาติ โสมประยูร (2525 : 48) กล่าวว่า พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ละด้านจะไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ มักจะเกิดขึ้นรวมๆ กันและพึ่งพาอาศัยกัน การสร้างพฤติกรรมอย่างหนึ่งจะช่วยสร้างเสริมพฤติกรรมอย่างอื่นๆ เสมอ การพัฒนาพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง จึงเป็นการพัฒนาพฤติกรรมด้านอื่นๆ ไปโดยทางอ้อม

นิภา มนูญปิฎ (2528 : 20) กล่าวว่า ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติบนทางด้านสุขภาพอนามัยเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และการปฏิบัติบนทางด้านสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอื่นๆ ด้วย มีดังนี้

1) เจตคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ เจตคติเป็นตัวนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้น ความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลจึงมีความสัมพันธ์กับเจตคติและมีผลต่อการปฏิบัติ



2) ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กัน (Interaction) และมีผลทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

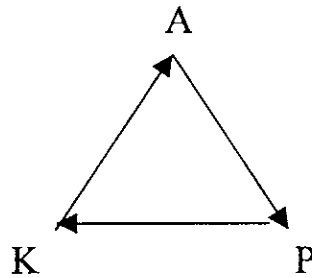


3) ความรู้และเจตคติต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



Rajabhat Mahasarakham University

4) ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้น เจตคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



- หมายเหตุ
- K หมายถึง ความรู้ (Knowledge)
 - A หมายถึง เจตคติ (Attitude)
 - P หมายถึง การปฏิบัติ (Practice)

สรุปได้ว่า เจตคติต่อโรคเบาหวาน หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบ ในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ รวมถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อ อากาการ การรักษา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้ป่วยที่มีต่อ โรคเบาหวาน

1.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

1.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนจิตทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยและเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมบุคคลอาจรับมาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลทางการแพทย์ ก็ได้ ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยการพึ่งพากันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและเกิดความมั่นคง รู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้นจากแนวคิดดังกล่าวนี้ ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป เช่น

มหาวิทาลัยราชภัฏมหาสารคาม
 พิไลซุค (Pilisuk. 1982 : 25) ให้คำนิยาม แรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความช่วยเหลือระหว่างบุคคลในด้านวัตถุประสงค์ของ การให้ความเชื่อมั่นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับทางสังคม มีความรู้สึกมั่นคงและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

บาร์ร่า (Barrera. 1982 : 70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยการให้สิ่งของแรงงาน ข้อมูล และคำแนะนำ

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ให้ความหมายไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคมได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับความยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคมเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิต อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้น สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2538 : 172) ได้ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความหมายในเชิงแคบและกว้าง ความหมายในเชิงแคบหมายถึงสิ่งที่ “ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุน” ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของและการสนับสนุนทางจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุน ได้มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการความหมาย ในทางกว้าง แรงสนับสนุนหมายถึง เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล ซึ่งครอบคลุมถึงความเกี่ยวเนื่องของเครือข่าย ปริมาณความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กันและรวมถึง หน้าที่ของเครือข่ายสังคมนั้นๆ ว่ามีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความห่วงใย ความรัก การให้วัสดุสิ่งของและการแลกเปลี่ยนข่าวสาร

จากแนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงานหรือวัสดุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

1.4.2 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคม การเปลี่ยนแปลงตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่าย (Network size) ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย นอกจากนี้พบว่าคนในกลุ่มสังคมไม่ได้เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด กลุ่มคนที่ให้การสนับสนุนทางสังคมได้นั้นเป็นกลุ่มคนในระบบการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มย่อยของกลุ่มสังคมที่สามารถเชื่อถือได้ว่า ให้การสนับสนุนทางสังคมได้ เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 96 – 397) ได้แบ่งแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ระบบ คือ

1) ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีค่ามากที่สุดต่อผู้ป่วยเพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรมการปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตอันเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

2) ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ ความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบผลสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้

3) ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious organizations or denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

4) ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแหล่งแรกที่ทำให้การสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิทและกลุ่มเพื่อน

5) ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครช่วยเหลือตนเอง (Self – help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 3 ระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับเล็กที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับถัดมา คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือส่วนราชการ สนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุด คือ การสนับสนุนที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบจะมีลักษณะไม่เป็นทางการ ต่างจากการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากองค์กรต่างๆ หรือกลุ่มบุคคลในสังคมอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นทางการ แต่ถ้าแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกตามแหล่งที่ให้สนับสนุนจะแบ่งได้สองชนิด คือ การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว

1.4.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากแตกต่างกันไปดังนี้ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรักและการดูแล เอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ซื่อสัตย์และมีความผูกพันต่อกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้น

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially supportor network) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพัน

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นระดับความต้องการพื้นฐานทางสังคมและได้แบ่งประเภทการสนับสนุนตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมไว้เป็น 3 ชนิด คือ

1) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทองที่จะทำให้บุคคลได้รับนั้น สามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำและการป้องกัน

3) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socio - emotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ทิลเดน (Tilden. 1985 : 201) ที่ได้แบ่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพัน รักใคร่และความรู้สึกเป็นเจ้าของ ตลอดจนความรู้สึกไว้นอกเหนือใจและไว้วางใจผู้อื่น

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำข้อมูลในการแก้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

3) การสนับสนุนสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

บราวน์ (Brown.1986 : 5 ; citing House.1981. Work Stress and Social Support) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน คือ

- 1) การสนับสนุนด้านความรัก การเห็นคุณค่า การได้รับการดูแลความไว้วางใจ รู้สึกเป็นห่วงและการยอมรับฟังความคิดเห็น
- 2) การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ และแรงงาน
- 3) การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินข่าวสาร ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

การได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่าเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ ตัวเองหรือประเมินตัวเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 150) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะ การทำหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม โดยแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

- 1) การให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล ในเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมให้พบกับเป้าหมายของตนเอง หรือให้ความร่วมมือความต้องการให้สถานการณ์เฉพาะอย่าง การสนับสนุนทางสังคมนี้มีทั้งที่จับต้องได้ และจับต้องไม่ได้ ได้แก่

1.1) การสนับสนุนที่จับต้องได้ (Tangible support) หมายถึง การสนับสนุน ด้านสิ่งของและการกระทำ ได้แก่ เงินหรือการช่วยเหลืออื่นๆ โดยการกระทำ

1.2) การสนับสนุนจับต้องไม่ได้ (Intangible support) หมายถึง การสนับสนุน ด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การให้ความรัก ความอบอุ่น หรือการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์อื่นๆ

1.3) การให้คำแนะนำ ได้แก่ ข้อมูล ข่าวสาร แนวทาง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย หรือทำงานได้สมบูรณ์

1.4) การให้ข้อมูลป้อนกลับ ได้แก่ การประเมินความคาดหวัง ความต้องการ ของบุคคลเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้ถึงเป้าหมาย

1.4.4 องค์ประกอบและระดับของการสนับสนุนทางสังคม ได้แบ่งองค์ประกอบของ การสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2538 : 594) ดังนี้

- 1) จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
- 2) ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดี ในคนอย่างจริงจัง

2.2) ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์ แก่สังคม

3) ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือทางจิตใจ

4) จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้ คือ การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจหรือวัตถุประสงค์ก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอนเพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกัน โดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างย้ง ส่วนกอทท์ลิบ (Gottlieb, 1985 : 5-22)แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับคือ

1) ระดับกว้าง (Macrolevel) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วม ในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การดำเนินวิถีชีวิตในสังคม และการเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ

2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzolevel) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของ เครือข่ายสังคมด้วยกรวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือ ด้านวัตถุประสงค์ ความเป็นมิตร การสนับสนุนด้านอารมณ์และการยกย่อง

3) ระดับลึกหรือระดับแคบ (Microlevel) เป็นการพิจารณาความสำคัญของบุคคล ที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์ มีความสำคัญ มากกว่าปริมาณ ได้แก่ สามี ภรรยาและสมาชิกในครอบครัวหรือคนรัก ซึ่งมีความใกล้ชิด ทางอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักใคร่และห่วงใย

1.4.5 ผลของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาที่แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแพร่หลาย จึงมีนักวิชาการหลายๆ ท่านได้พยายามศึกษาและอธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยไว้หลายท่าน เช่น

โคเฮน และวิลลิส (Cohen & Willis. 1985 : 310-357) ได้ทำการศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคมเพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้

2 ประการ คือ

1) การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดีมีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and immune system) ทำงานดีขึ้นหรืออาจส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการส่งผลโดยตรง นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดียิ่งขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง

2) การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤติของชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะเป็นตัวช่วยลดความเครียด อันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคในขณะเดียวกันก็ทำให้บุคคลไม่สนใจสุขภาพตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ได้สรุปถึงผลการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ดังนี้

1) ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโต และการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย พัฒนาสิ่งแวดล้อม เพิ่มการมีคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและมีความสุขในชีวิต

2) ลดความเครียดของเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต

3) ช่วยยืนยัน รับรองหรือการทำให้เกิดความมั่นใจและคาดการณ์การกระทำของบุคคลนั้น ว่าเป็นที่ต้องการของสังคมเป็นกันชนรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการแปลเหตุการณ์และการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีจึงช่วยลดการเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการป้องกันโรค

จากการที่นักวิชาการทั้งหลายได้พยายามศึกษาและอธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย พอสรุปได้เป็น

1) ผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The direct effect on health) เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ โดยไม่เกี่ยวข้องกับความคิด การสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้คงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ และการมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องกับสังคมนี้จะเป็นการกระตุ้นหรือส่งเสริมภาวะปกติสุขภาพได้จากการได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตนในสิ่งที่ถูกต้องหรือสิ่งที่ประโยชน์ รวมทั้งการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมด้วย

2) ปรับผลร้ายที่เกิดจากภาวะเครียด หรือการดูดซับผลกระทบที่เกิดภาวะเครียด (Modifying the deleterious effect of buffering hypothesis) การสนับสนุนทางสังคมลดความเครียดได้โดยตรงหรือช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็งมีผลถึงภาวะสุขภาพในที่สุด ซึ่งแคปแลน (Caplan, 1977 : 7) ได้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ช่วยลดความเครียดซึ่งมีผลต่อทางร่างกายและจิตใจ โดยทำให้บุคคลทนต่อปัญหาได้มากขึ้น ดังนั้น บทบาทในการป้องกันภาวะสุขภาพไม่ให้เกิดเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยใช้กระบวนการเผชิญภาวะความเครียด (Coping process) การใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดถ้าเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ก็จะเกิดการปรับตัวที่ปกติ แต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลวหรือไม่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดความผิดปกติขึ้น ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นขุมพลังที่อยู่ในสังคมทำหน้าที่เสมือนเป็นสิ่งที่ช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์หรือเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์นั้นๆ หรืออาจเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 อย่าง

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น มีผู้วิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศไว้ดังนี้

2.1 งานวิจัยต่างประเทศ

ลักการีเนน และคนอื่นๆ (Lukkarinen and others. 1997 : 295-304) ได้ศึกษาการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 250 คน พบว่า

2.1.1 การประเมินผล การส่งเสริมสุขภาพ การตัดสินใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ แรงจูงใจ และปัจจัยทางกายภาพ

2.1.2. สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพตนเอง คือ ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

2.1.3 ส่วนปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อายุ เพศ สภาพสังคม รายได้ฐานะ พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การป่วยเป็นโรค เช่น เบาหวาน แต่ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์มีส่วนน้อย

2.1.4 การทดสอบ SCI เป็นแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองที่ครอบคลุม คอกเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 91) ได้ศึกษาพบว่า ผู้มีระดับ การศึกษาสูง รายได้สูงจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูงซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง ต่างกับผู้ที่มีระดับการศึกษาดำรายได้ต่ำ จะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย

ลิเวนทาล และคนอื่นๆ (Leventhal and others. 1983 : 332) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ชาย 196 คน หญิง 200 คน พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลเพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้นพฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิค

ฮับบาร์ด และคนอื่นๆ (Hubbard and others. 1984 : 268) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ในด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม ที่มีอายุเฉลี่ย 70 ปี และ 44 ปี ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

เซฟเฟอร์ และคนอื่นๆ (Schaefer and others. 1986 : 179-185) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนและไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปฏิบัติตามแผนการศึกษาและการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ 54 คน และวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 19 ปี จำนวน 18 คน ผลการศึกษาพบว่า ในครอบครัววัยรุ่นที่มีมนุษยสัมพันธ์ไม่ดีมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีและในผู้ใหญ่ พบว่า การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่ได้เต็มที่และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

มุขเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles. 1988 : 333 - 334) ได้ศึกษาโดยการพยายามอธิบายถึงสาเหตุที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้บุคคลมีการปฏิบัติดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ใหญ่ที่พักในอพาร์ทเมนต์ จำนวน 98 ราย ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

อินมานส์ (Aymanns. 1995 : 107-124) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคและการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 169 ราย ผลการศึกษาพบว่าการได้รับกำลังใจ จากครอบครัวส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้การรับรู้ การยอมรับต่อโรคและการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น

2.2 งานวิจัยในประเทศ

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53-54) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษา พบว่า รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533 : 94-98) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 ราย ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์หาคออยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม

และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 16.36

บุศรา เกิดพิงบุญประชา (2534 : ก-ข) ได้ศึกษาแนวความคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการสัมภาษณ์ระดับลึกร่วมกับการสังเกตขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทุกรายจะมีแนวความคิดการอธิบายโรคที่มีพื้นฐานของความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก แต่มีผู้ป่วยเพียงบางรายที่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามข้อแนะนำได้จะเป็นผู้ที่มีอาการรุนแรง มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีภาระในการหาเลี้ยงครอบครัว ขาดคู่สมรสที่จะคอยดูแล ส่วนผู้ที่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้จะมีลักษณะที่ตรงข้ามกับที่กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย คือ พื้นฐานทางเศรษฐกิจไม่ดีและหากผู้ป่วยไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยก็ต้องเลือกระหว่างการให้ความสำคัญต่อความเจ็บป่วยกับข้อเรียกร้องด้านอื่นของชีวิต

วนิดา ชุกกลิ่น (2534 : 76-82) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน t -test แบบ dependent และ t -test แบบ independent ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และการปฏิบัติตนเรื่อง โรคเบาหวานดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .01

อารีย์ เขียรประมุข (2534 : 59-60) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 120 ราย ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวม แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

กาญจนา ประสานปราน (2535 : 65) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมี พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่ต่างกัน

ปทุมพรรณ มโนกลอนันต์ (2535 : ก-ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวาน โดยการให้สัมภาษณ์ระดับลึกและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมที่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ ความเชื่อต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ แรงสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร และการใช้ยาโดยเพศหญิงจะลดการรับประทานของหวานได้เข้มงวดและรับประทานยาได้ถูกต้อง สม่าเสมอ ค่อนข้างได้มากกว่าชาย ส่วนด้านการออกกำลังกาย พบว่า ทั้งผู้ป่วยชายและหญิงมี พฤติกรรมเหมือนกัน คือ ไม่ออกกำลังกาย นอกจากออกแรงในการทำงานเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วย ไม่รู้ว่าการออกกำลังกายจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้

พรพิศ ชีวะคำณวน (2535 : 62) ได้ศึกษาถึงสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุน ทางสังคม ภาวะสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่ พึ่งพาอินซูลิน จำนวน 120 ราย ที่โรงพยาบาลอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุน ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเป็นตัวดูดซับ ความเครียด แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี แรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีค่าน้ำตาลในเลือดต่ำ นอกจากนี้ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับ ระดับน้ำตาลในเลือด คือ เพศชายมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่มีคู่สมรสมีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันและแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี คู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุน ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทาง สังคมและอายุสามารถทำนายสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเพศสามารถทำนายระดับ น้ำตาลในเลือดได้

เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101-108) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับ ภาพลักษณ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับ การรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา อายุ เพศ รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนและระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล (2536 : 96-109) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่าการมีแรงสนับสนุนจากภายนอก การมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในด้านการควบคุมอาหาร และการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มคนไม่ได้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $< .002$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและการมีโรคแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะควบคุมโรค

รัตนกรณ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536 : 44) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จากกลุ่มตัวอย่าง 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเพศชายรับรู้สมรรถนะในการดูแลตัวเองสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศหญิงและผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่ำกว่า ส่วนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกันรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่น่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยได้สรุปเป็นรายตัวแปร ดังนี้

2.2.1 เพศกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

ลักการีเน็น และคนอื่นๆ (Lukkarinen and others. 1997 : 295-304) ได้ศึกษาถึงการดูแลตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์น้อย

กลาสโกว์ และคนอื่นๆ (Glasgow and others. 1977 : 399-412) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เพศชายมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการคำนวณพลังงานของอาหารที่รับประทานได้ดีกว่าเพศหญิง

สุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 102) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย

น้อมจิตต์ สกกุลพันธุ์ (2535 : 93) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53-54) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนในเขตเมือง กรณีศึกษา : จังหวัดนนทบุรี พบว่า ชายและหญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนอายุ อาชีพที่แตกต่างกัน มีการรับรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ พบว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ การปฏิบัติตัวค่อนข้างดี ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวต่างกันมีการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน

รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536 : 44) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชายรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าเพศหญิง

อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539 : 10) ได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้สภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพศหญิงมีการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากเพศชายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

โหมยง เหล่าโชติ (2536 : 127) ได้ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความคาดหวังในการดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.2 อายุกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

อายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้สาเหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยและอายุมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในวัยทารก และวัยเด็กจะต้องได้รับความช่วยเหลือในการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง เมื่อเด็กมีการเจริญเติบโตมากขึ้นจะสามารถเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 51)

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 71) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดี

วนลดา ทองใบ (2540 : 164) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของคณางานมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เจียงคำ อินทรวิชัย (2533 : 77-79) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความเครียดของมารดาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.2.3 ระดับการศึกษา กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีเจตคติต่อการดูแลตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง พฤติกรรมดูแลตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับ การสั่งสอนและประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Orem, 1985 : 108-109)

คาส์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1996 : 250-251) ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรม ความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาต่ำ

สุริย์ จันทร์โมลี (2535 : 136-152) ได้ศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพ
แนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา
มีความสัมพันธ์กับความรู้ การปฏิบัติและความเชื่อมั่นในความสามารถดูแลสุขภาพตนเอง
ของผู้ป่วยเบาหวานและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติดูแลตนเอง กล่าวคือ ผู้ที่จบการศึกษาระดับ
มัธยมศึกษาจะมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติดีกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

นิรามย์ ใช้เทียมวงษ์ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาแรงสนับสนุน การดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์
ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุริยา ชาติไทยขม และวัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวิทย์ (2537 : 94) ได้ศึกษาความรู้
ความคิดเห็นและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลศิริราช
พบว่า พนักงานที่ทำความสะอาดที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้ ความคิดเห็นและพฤติกรรม
สุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ไม่แตกต่างกัน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 128) กล่าวว่า โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมี
การรับรู้ และปฏิบัติตนด้านสุขภาพถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาระดับต่ำ

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : 89) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี พบว่า บุคคลที่มี
ระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีดีกว่าบุคคลที่มีระดับ
การศึกษาน้อย

แฮริส และกลูเต็น (Harris and Gluten. 1979 : 25-26) ได้ศึกษาพฤติกรรม
การปฏิบัติตนด้านการรักษาสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง 842 คน
ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการรักษาสุขภาพ เช่น
การออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณอาหารมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำ

2.2.4 สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตคน โดยเฉพาะใน
ด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อรวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิตฮับบาร์ด
และคนอื่นๆ (Hubbard and others. 1984 : 266 – 269) ได้ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีสถานภาพ
สมรสคู่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าคนโสด

จิรนุช สมโชค (2540 : 72) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดี ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

โศภาพรรณ วิมลรัตน์ (2537 : 264 – 265) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และอยู่กับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดและเป็นหม้าย หย่าร้าง แยกกัน แยกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สิรินทร์ ศาสตราวุธ (2538 : 61) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกลีคุณค่าในตัวเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 99) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.2.5 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกระตุ้นความเครียด บุคคลที่มีความเครียดสูงและมีการสนับสนุนทางสังคมจะมีสุขภาพดีกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : ก – ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล (2536 : 100) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการศึกษาพบว่า การมีแรงสนับสนุนจากภายนอกไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

สุภัศตรา เก้าประดิษฐ์ (2524 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายสังคมของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ แรงงาน บริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของคนงาน อีกทั้งการดูแลสุขภาพของคนงานนั้น คนงานมีการดูแลสุขภาพตนเองทั้งภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยในระดับปานกลาง นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม ได้แก่ เพศและสถานภาพสมรส โดยคนงานเพศชายมีการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าเพศหญิงและคนงานที่มีสถานภาพสมรสแล้ว มีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าโสด หม้ายหรือหย่า

2.2.6 ลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ลักษณะครอบครัวหรือความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเองตามแนวคิดของเทเลอร์ เมื่อหน่วยรับบริการพยาบาลเป็นแต่ละบุคคล ครอบครัวจะกลายเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ขนาดของครอบครัวที่แตกต่างกัน เช่น บุคคลในครอบครัวใหญ่ อาจมีความต้องการความเป็นสัดส่วนและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแตกต่างไปจากบุคคลที่มีครอบครัวขนาดเล็ก ขณะเดียวกันถ้าอยู่ในครอบครัวอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าครอบครัวขนาดเล็ก หรืออาจเกิดความสัมพันธ์ในลักษณะที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ก่อให้เกิดความเครียดมากกว่าครอบครัวขนาดเล็ก

กาญจนา บุญทับ (2534 : ข) ได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์จำนวน 150 คน พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวขยาย

พนิดา คุณาธรรม (2538 : 131) ได้ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ภัทรพร ไพเราะ (2539 : 116) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสำคัญกับการสูบบุหรี่ การร่วมกิจกรรมทางสังคม การตรวจสุขภาพประจำปี

ศุภวรินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 145) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลานและญาติ

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540 :104-105) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการตรวจสุขภาพประจำปี

มาลัย ตำราญจิตต์ (2540 : 86) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด

อุษา ฤทธิ์ประเสริฐ (2540 : 54) ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น

นฤมล ศรีสม (2541 : 76) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ภาวะปกติและภาวะเสี่ยงสูง พบว่า ลักษณะครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ภาวะปกติไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ภาวะปกติและลักษณะครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงสูงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ภาวะเสี่ยงสูง

ปิยนุช ชลธิ์ (2543 : 114) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดของมารดาครรภ์แรกหลังผ่าตัดคลอดบุตร ตึกสูติกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังผ่าตัดคลอดบุตร

2.2.7 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ เสียก่อน และพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น ดังนั้น ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงควรจะมีความรู้เรื่องโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เช่น สาเหตุ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา การควบคุมโรค การปฏิบัติตนเพื่อให้โรคนั้นบรรเทาหรือหายเร็วยิ่งขึ้น เพราะความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง การเรียนรู้เรื่องโรคและปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างดี จะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้

เรมวอล นันทสุภวัฒน์ (2524 : 69) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ร้อยละ 43.6

2.2.8 เจตคติต่อโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

กรองแก้ว สุขแสง (2540 : 144) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดานำบุตรมารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงบุตรของมารดาในด้านเจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยะนุช ปัญญาธีระ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 279 ราย ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับสภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยนุช ชลธิ์ (2543 : 104-107) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดของมารดาครรภ์แรกหลังผ่าตัดคลอดบุตร ตึกสูติกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกหลังผ่าตัดคลอดบุตรจำนวน 322 คน ผลการศึกษาพบว่า มารดาครรภ์แรกหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดอยู่ในระดับดี และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดแตกต่างกัน

เช่น แก้วลือ (2534 : 42-44) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะที่มีผลต่อการปฏิบัติตนของหญิงมีครรภ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ในเขตอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ในกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 107 คน ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 26-30 ปี เป็นกลุ่มที่มีความรู้ดีมากที่สุด หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 21-25 ปี มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 21-25 ปี มีการปฏิบัติตัวได้เหมาะสมที่สุด และพบว่า ความรู้ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ดี ทัศนคติสูง มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้พอใช้ได้ มีทัศนคติต่ำ

กองอนามัยครอบครัว (2524 : 44-45) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยสุ่มตัวอย่างจากทั่วประเทศ 980 ราย ผลการศึกษาพบว่า การอนามัยแม่และเด็กในชนบทของประเทศไทยอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ทั้งในด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด ความเชื่อเก่าๆ ยังมีผลต่อสุขภาพ ยังคงมีผลต่อสุขภาพ ยังคงมีอิทธิพลอยู่ในสังคมชนบทอยู่ไม่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในส่วนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ในระยะหลังคลอดถึง ร้อยละ 62 นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนคลอด และระยะคลอด พบมากในกลุ่มอายุ 49 ปีขึ้นไป และพบมากในครรภ์ที่ 1 และครรภ์ที่ 5 จะมีภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด

ธวัชชัย ชัยจิระฉายากุล (2527 : 38-41) กล่าวว่า ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กันหรือมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่อย่างไรก็ตามไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ มักจะเกิดขึ้นร่วมกันและพึ่งพาอาศัยกันและกัน การเสริมสร้างพฤติกรรมอย่างหนึ่งจะช่วยเป็นช่องทางเสริมสร้างพฤติกรรมอย่างอื่นๆ ด้วยเสมอ การพัฒนาพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งจึงเป็นการพัฒนาพฤติกรรมอย่างอื่นไปโดยทางอ้อม จากแนวคิดนี้จึงสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

นิภาวรรณ รัตนานนท์ (2532 : 76-80) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงมีครรภ์แรกพบว่าเจตคติต่อการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพ

กรองจิตร์ ชมสมุท (2535 : ก, ข, 89) ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยมานานกว่า 5 ปี พบว่า กลุ่มที่ได้รับโครงการสุขภาพ ผู้ป่วยจะมีเจตคติและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้น มีน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลง แรงสนับสนุนจากญาติไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้และเจตคติของผู้ป่วย แต่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.9 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ปิยนุช ชลธี (2543 : 104 -107) ได้ศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังผ่าตัดคลอดบุตร ตีคู่สุติกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า มารดาครรภ์แรกหลังผ่าตัดคลอดบุตร มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดอยู่ในระดับปานกลาง

อัจฉรา จังพานิช (2541 : 149) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 232 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้

วิภาพร กาญจนราช (2542 : 119) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มาบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 242 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอยู่ในระดับพอใช้

จตุรงค์ ประคิษฐ์ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 248 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง

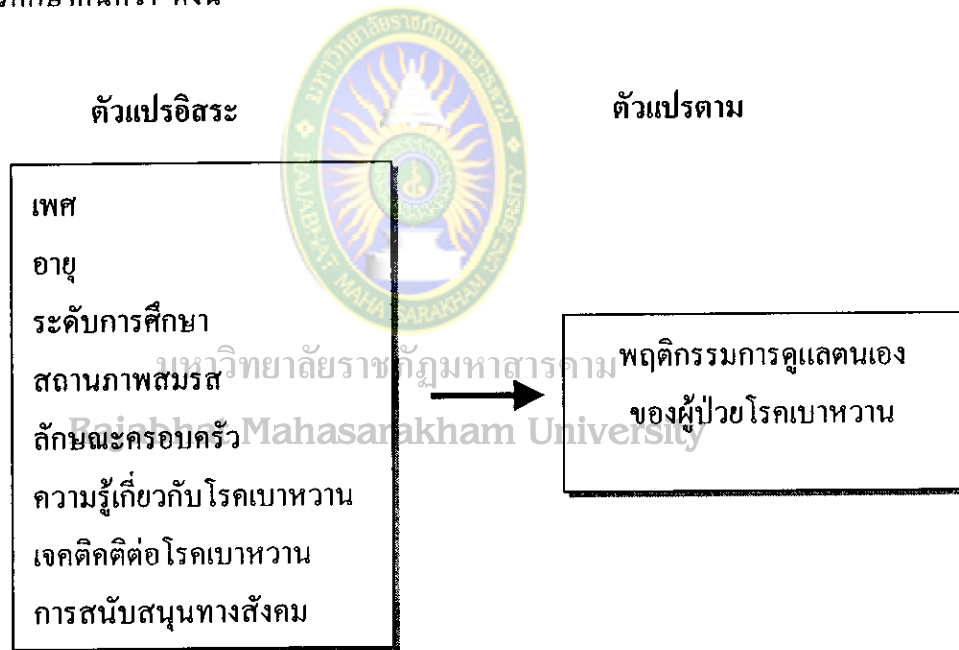
มณฑิษา อนุกุลวุฒิพงษ์ (2540 : ฉ-ช) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรม

ด้านการรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูงและด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้วิจัยพบว่า มีผู้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ยังไม่เคยปรากฏว่ามีผู้ใดทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ดและจากประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขของผู้วิจัย จึงเกิดแรงจูงใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษาตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานสุขศึกษาเชิงรุกในสถานอนามัย หรือโรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ดต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยศึกษาข้อมูลจากปัจจัยพื้นฐานด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างไร โดยกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า ดังนี้



แผนภูมิที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย