

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลของโครงการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและ ต่างประเทศ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

##### 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

###### 1.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

###### 1.1.2 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

##### 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

###### 1.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

###### 1.2.2 ทฤษฎีการดูแลตนเอง

###### 1.2.3 ความต้องการดูแลตนเอง

###### 1.2.4 ความสามารถในการดูแลตนเอง

###### 1.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานต่างๆ กับการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

###### 1.2.6 ระดับการดูแลตนเองบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

การดูแลตนเอง

##### 1.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

###### 1.3.1 ประวัติโรคเบาหวาน

###### 1.3.2 ความหมายของโรคเบาหวาน

###### 1.3.3 ชนิดของโรคเบาหวาน

###### 1.3.4 สาเหตุของโรคเบาหวาน

###### 1.3.5 อาการและการแสดงของโรคเบาหวาน

###### 1.3.6 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

- 1.3.7 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
  - 1.3.8 ตัวชี้วัดในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน
  - 1.3.9 การรักษาโรคเบาหวาน
  - 1.3.10 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
  - 1.3.11 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัด
  - 1.4 เจตคติต่อโรคเบาหวาน
  - 1.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
  - 1.6 ระดับน้ำตาลในเลือด
  2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
    - 2.1 งานวิจัยในประเทศ
      - 2.1.1 งานวิจัยกึ่งทดลองที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
    - 2.2 งานวิจัยต่างประเทศ
  3. กรอบแนวคิดในการวิจัย
1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
- มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
Rajabhat Mahasarakham University
- 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
- 1.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ประเวศ วะสี (2542 : 4) ได้ให้ความหมายของสุขภาพ หมายถึง สภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และทางจิตวิญญาณ มิใช่เป็นเพียงสภาวะที่ปราศจากโรคเท่านั้น

ดิลลิน และฟิลิป (Dhillon & Philip. 1994 : 119-120) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า คือ การเพิ่มความสามารถของแต่ละบุคคลในการแสดงศักยภาพและตอบสนองทางบวกต่อสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต และควบคุมดูแลพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

องค์การอนามัยโลกในกฎบัตรออตตาวา พ.ศ.2529 (.2548 : 1) ให้ความหมายของคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุม และการส่งเสริม ให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ในการที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม บัณฑิตบุคคลหรือกลุ่มบุคคลควรที่จะต้อง

มีความสามารถ ที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง ที่จะสนองความต้องการต่างๆ ของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม (<http://www.edu.cmu.ac.th/~hp/>)

**พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2548 : 2)** ได้วางแนวทางของระบบสุขภาพในแนว สร้าง นำ ซ่อม เป็นหลักอย่างในมาตรา 7 เขียนไว้ว่า เป็นระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวลและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อประโยชน์ของคนและสังคม (<http://www.pharmacy.msu.ac.th/jomsss/column-extrapaper2.htm>)

**พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ** (<http://www.pharmacy.msu.ac.th/jomsss/column-extrapaper2.htm>.2548 : 2) ในมาตรา 3 ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่าหมายถึง การใดๆ ที่มุ่งกระทำโดยการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนพฤติกรรมบุคคล สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

**อำพล จินดาวัฒนะ (2548 : 1)** ให้ความหมายว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติการบริการของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสุขภาพของประชาชน

**เพ็นเดอร์ (Pender. 1987 : 4)** ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม และการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ ของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

**โกชแมน (Gochman. 1982 อ้างใน จินดนา ยูนิพันธ์. 2532 : 44-45)** ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน (Overt behaviors) เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ลักษณะบุคลิกภาพ การใช้ยา เป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตเห็นไม่ได้ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

**เมอร์เร่ และ เซนเนอร์ (Murray and Zentner. 1993 : 659)** กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมซึ่งช่วยยกระดับภาวะสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความสุขเกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

จากแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สรุปได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย และจิตใจ สังคม และอารมณ์อันจะนำไปสู่ความปกติสุขความมีศักยภาพสูงสุดในบุคคล ครอบครัวชุมชนและสังคม โดยพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นๆ จะสังเกตได้และสังเกตไม่ได้

### 1.1.2 ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยภารกิจที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่อง สุขภาพ และเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนระดับ นโยบายอาจจะเรียกกระบวนการนี้ว่า การส่งเสริมสำหรับคนทั้งมวล (Health Promotion For All) หรือคนทั้งมวลส่งเสริมสุขภาพ (All For Health Promotion) เพื่อคนทั้งมวล มีสุขภาพดี (Good Health For All) (ประเวศ วะสี, 2542 : 15) ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมีประโยชน์มากและการที่ประชาชนมีสุขภาพดีทำให้มีความสามารถในการ ประกอบอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว การส่งเสริมสุขภาพยังมีผลต่อคนรุ่นใหม่คือ เมื่อเด็กมีสุขภาพดีจะทำให้มีความสามารถในการ เรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากเด็กสุขภาพเสื่อมประโยชน์ที่จะ ได้รับจากการศึกษาจะลดลง นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล (สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย. 2542 : 15) ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพ จึงเปรียบเสมือนการให้ภูมิคุ้มกันทางสังคมที่จะสร้างภูมิคุ้มกันต่อภัยอันตรายและ โรคที่ป้องกันได้ ทำให้พลเมืองของสังคมมีความเข้มแข็งและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความเข้มแข็งนี้จะประเมินได้จากการที่สังคมมีนโยบายสาธารณะที่เหมาะสม ประชาชน มีค่านิยมต่อการมีสุขภาพดีและมีทักษะที่จะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ (สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย. 2542 : 17) ซึ่งมีรายงานการวิจัยและกรณีศึกษาจาก ทั่วโลกเป็นหลักฐานยืนยันว่าการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพจริง อีกทั้งกลยุทธ์ การส่งเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงครองชีวิต สภาวะสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพยังเป็นวิธีปฏิบัติที่ช่วย ให้บรรลุความเสมอภาคทางสุขภาพได้ดียิ่งขึ้นอีกด้วย (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. 2541: 4)

### 1.1.3 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

**เพ็นเดอร์** (Pender, 1982, Cited in Walker, Sechrist and Pender, 1987, p.76) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health-Protecting Behaviors) อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการป้องกันหรือลดโอกาสของความเจ็บป่วยและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behaviors) อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุก (Well-being) ความมีคุณค่าในตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกอึดใจนั้น สามารถประเมินหรือพิจารณาได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting in Lifestyles) ดังนั้น Pender (Pender, 1987, :135) จึงได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวนมากและสร้างแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Life style and Health Habits Assessment : LHHA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 10 ด้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) **ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป** (General Competence in self care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2) **การปฏิบัติด้านโภชนาการ** (Nutritional Practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบของการรับประทานอาหารและลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่และมีคุณค่าทางโภชนาการ งดบริโภคน้ำตาลหรือใช้น้ำตาลในปริมาณเล็กน้อย สำหรับการปรุงอาหาร และในระหว่างการรับประทานอาหาร การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือบริโภคในปริมาณที่จำกัด รวมไปถึงการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนอื่นในปริมาณน้อย (ไม่เกิน 3 ถ้วย/วัน)

3) **การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน** (Physical or Recreational activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคล ในหนึ่งสัปดาห์ ความสนใจและการเข้าร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มสมรรถภาพทางกายรวมถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย ขณะนั่งหรือยืน

4) **รูปแบบการนอนหลับ** (Sleep Patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืนปัญหาในการนอนหลับรวมถึงที่นอน ท่าทางในการนอนหลับ ที่ก่อให้เกิดความสบายและทำให้เกิดการหลับที่มีประสิทธิภาพ

5) การจัดการความเครียด (Stress Management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6) การตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง (Self-Actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองซึ่งจะส่งผลทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีและสุขภาพที่ดีตามมาในที่สุด

7) จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of Purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with Others) เป็นการประเมินถึงการคบค้าสมาคมกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลงหรือช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

9) การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environment Control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับ อากาศเป็นพิษ สารพิษ การดูแลที่พักอาศัยให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่าง ๆ กับสุขภาพ

10) การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ ในการเลือกใช้สถานบริการทางด้านสุขภาพ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลที่ใช้เกี่ยวกับการดูแลตนเองการเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติต่างๆของร่างกายจากบุคลากรที่มสุขภาพ

จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Pender) นั้นปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ นั้น มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ในขณะที่ปัจจัยพื้นฐานมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นสามารถประเมินได้จากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 10 ด้าน

ดังกล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพได้รับความสนใจมากขึ้นจากบุคลากรทางสุขภาพและบุคคลทั่วไป ด้วยแนวคิดที่เน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริมการทำกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีจะช่วยขจัดปัญหาต่างๆ

ได้ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันจะนำไปสู่ความผาสุก และมีศักยภาพสูงสุดในตัวบุคคลเอง

## 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

**1.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง** การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ ซึ่งการดูแลเป็นผลรวมจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อมและความสามารถเฉพาะบุคคล เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง และบุคคลต้องทราบก่อนว่าเมื่อทำกิจกรรมเหล่านั้น จะเกิดผลประโยชน์อย่างไร และสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้หรือไม่ การดูแลตนเองเป็นกระบวนการอย่างหนึ่ง ซึ่งบุคคลตระหนักและรับผิดชอบที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรค ตลอดจนเพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม การดูแลตนเองจะดีหรือไม่เพียงใด ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลของบุคคล ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองได้รับความสนใจและยอมรับว่ามีบทบาทสำคัญในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชนเพราะการดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบต่อตนเองและเผชิญปัญหาด้วยตนเองของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการปฏิรูประบบสุขภาพตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 (ชาชีวัฒน์ ศรีแก้ว. 2545 : 55) ได้มีนโยบายในเรื่องการดูแลตนเอง เพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมจึงได้สนับสนุนและสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองให้เป็นที่ไปอย่างถูกต้องเหมาะสม กระตุ้นให้ประชาชนเปลี่ยนจากการพึ่งพาศูนย์บริการทางการแพทย์ มาเป็นการพึ่งตนเอง และปัจจุบันนี้มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพจึงเปลี่ยนลักษณะจากการบริการด้านรักษาพยาบาลมาเน้นการดูแลตนเอง ประกอบกับประชาชนเริ่มมองว่าการรักษาทางการแพทย์อย่างเดียวมีส่วนที่จะทำให้ตนเอง มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้น้อย การมีสุขภาพที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ประชาชนเริ่มมองเห็นสิทธิของตนเองมากขึ้น ปกป้องสิทธิขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตของตนเองประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

การดูแลตนเองมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้ คำศัพท์ การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำ "ดูแล" กับ "ตนเอง" ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2538 : 308, 316) ให้ความหมายไว้ว่า ดูแล คือ เอาใจใส่ปกป้องรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวตน) เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ในตัวตน หรือปกป้อง ปกครองตนเองการดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่มีแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน



เสนอไว้ดังนี้

**โอเร็ม (Orem. 1985 : 34)** ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ว่า คือการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและความ ผาสุกของตนเอง ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งในภาวะปกติและยาม เจ็บป่วย การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่จงใจกระทำ (Deliberate action) และมีจุดมุ่งหมาย ของการดูแลตนเอง ดังนี้

1. ควบคุมระบอบการชราภาพและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกาย ให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงการรักษากายเจริญเติบโตและพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนบรรเทาอาการ ตามกระบวนการเกิดโรคด้วย
4. ป้องกันหรือกำจัดความพิการที่อาจเกิดขึ้นหรือชดเชยความพิการ ที่เกิดขึ้น
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

**เพ็นเดอร์ (Pender. 1987 : 150)** ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองในการดำรงหรือทำให้ดีขึ้น เกี่ยวกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองกระบวนการที่บุคคลและ ครอบครัว มีความคิดริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองอย่าง มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึงความถึงสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ ตนเองเพื่อช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรคตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและตรวจค้นเกี่ยวกับ โรคและการรักษา

**เลวิน (Levin. 1981)** กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ ประชาชนทั่วไปสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรครยะเริ่มต้น และการรักษาเบื้องต้น ในระดับที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญ ชั้นพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ

**สเตจและลิปสัน (Steige. and Lipson. 1985)** ให้ความหมายว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุหรือ คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด



**องค์การอนามัยโลก** ให้นิยามการดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชนโดยร่วมความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งทางการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค รวมทั้งการใช้ยาและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10)

**ชรินทร์ เจริญกุล** กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงานที่ครอบคลุมถึงการบำบัดสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้ยารักษาตนเองและการปฏิบัติติดตามผล หลังจากได้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ ไม่ได้เกิดขึ้นได้อย่างมีแบบแผนตายตัว (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 11)

**ชาชีวัฒน์ ศรีแก้ว** (2545 : 5) ความสำคัญการดูแลตนเองให้มองว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องกระทำไม่ว่าจะเป็นหญิง ชายหรือเด็ก ถ้าการดูแลตนเองไม่ได้รับการคงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองจะต้องดำเนินทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

Rajabhat Mahasarakham University

**คอนเนลลี** (Conelly. 1986 ; อ้างถึงในเพียงใจ สุวิริยะไพศาล. : 2542 : 5) ได้สร้างแบบแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ อัตมโนทัศน์ (Self – Concept) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตัว การรับรู้ต่อประโยชน์ในการปฏิบัติตนและแรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ ลักษณะประชากร ประกอบด้วยเพศ การศึกษา สภาพสมรส สภาพสุขภาพ ลักษณะของระบบการรักษา คำแนะนำในการปฏิบัติตน การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะของระบบบริการ

**มัลลิกา มัติโก** (อ้างถึงใน กรรณิกา เรือนจันทร์, 2535:36) ได้มีแนวคิดว่าการดูแลตนเอง เป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตของบุคคล แต่ละคนซึ่งจะเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร

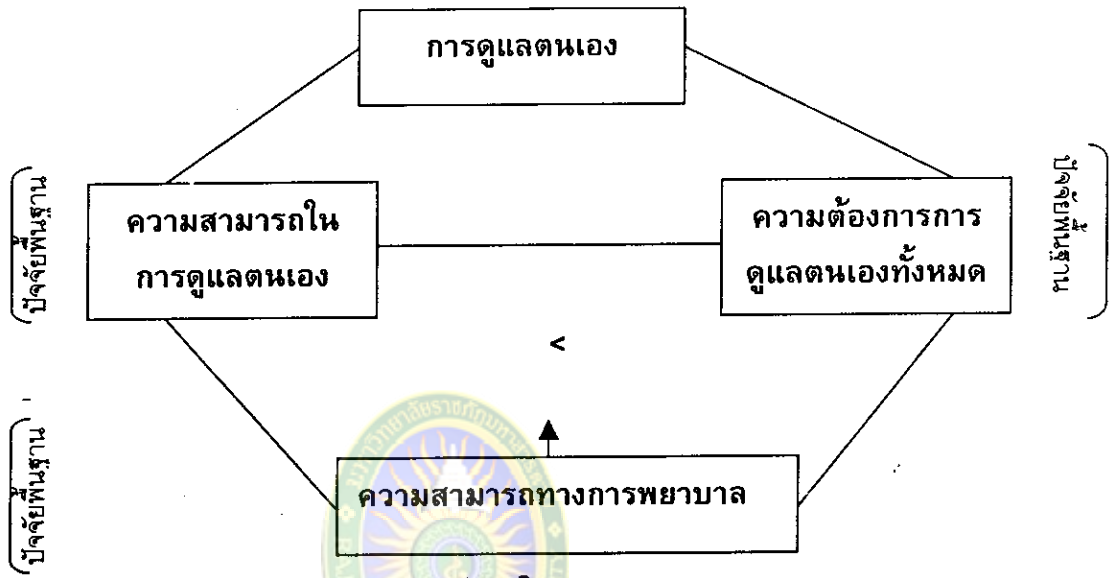
**สมจิต หนูเจริญกุล** (2539 :29) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจ มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน

และทำอย่างมีประสิทธิภาพ มีส่วนร่วมในโครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

สมทรง รัชษ์เผ่า ได้กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชนรวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะที่อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10 – 11)

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มจากการกระทำด้วยตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองของบุคคลในด้าน การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป

โอเร็มเป็นที่ปรึกษาและศาสตราจารย์ทางการแพทย์ที่มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียและเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนาทางการแพทย์เป็นคนแรก ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์ทางการแพทย์โดยทั่วไปของโอเร็ม (Orem : 1985 : 44) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self – care) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self – care) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มนี้ได้นำมาใช้และได้พัฒนาเรื่อยมาจนเป็นที่นิยมแพร่หลายมากทฤษฎีหนึ่งถือว่าสอดคล้องกับแนวคิดของการบริการสุขภาพในยุคปัจจุบันที่มุ่งให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 20) ดังปรากฏตามตามแผนภูมิที่ 1



ความพร้อมในการดูแลตนเอง

< หมายความว่า น้อยกว่า

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีโอเร็ม

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
ที่มา : โอเร็ม (1985 : 64)

Rajabhat Mahasarakham University

### 1.2.2 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self – care theory) ในแนวคิดของโอเร็มนั้น

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จูงใจและมีเป้าหมายซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและการตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำจะเห็นว่าบุคคลที่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมและเห็นด้วยว่าสิ่งกระทำนั้นเหมาะสมกับเหตุการณ์นั้นๆ ทั้งนี้ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสมจึงต้องมีความรู้สึกก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้น การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตการให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายกับเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการติดตามผล

ของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองที่ได้เลือกจะทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องทำการดูแลตนเองนั้น จะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูกต้องและถ้าการให้ความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 24)

การดูแลตนเองที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพได้ เรียกว่า Therapeutic self – care จะก่อให้เกิดผลแก่บุคคล ดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุมและรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือปรับลดเฉยภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสมรรถภาพและความผาสุกของบุคคล

**1.2.3 ความต้องการดูแลตนเอง (Self – care demand)** ความต้องการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self – care requisites) 3 ด้าน คือ

- 1) ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self – care requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพ

ของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการจุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

- 1.1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1) บริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับเปลี่ยนทั้งภายในและภายนอก

1.1.2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3) หากความเพลิดเพลินใจจากการหายใจการดื่มและการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

- 1.2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1) จัดให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

- 1.2.2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขั้บถ่าย ซึ่งรวมถึงการ  
รักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการละลายสิ่งปฏิกูลจากการขั้บถ่าย
- 1.2.2) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ
- 1.3) รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.3.1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย  
การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
- 1.3.2) รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลัง  
กายของตนเอง
- 1.3.3) ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์  
ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและ  
การมีกิจกรรมของตนเอง
- 1.4) รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมี  
ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.4.1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อน  
บ้านทั้งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้  
อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น
- 1.4.2) ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคล  
รอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน
- 1.4.3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม
- 1.4.4) ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.4.5) สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
- 1.4.6) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย
- 1.4.7) หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ
- 1.4.8) ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและ  
สวัสดิภาพ
- 1.5) ส่งเสริมการทำหน้าที่และการพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด  
ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง
- 1.5.1) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นตัวของตัวเอง
- 1.5.2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาของตนเอง
- 1.5.3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและ  
หน้าที่ของบุคคล (Health promotion and preventions)

1.5.4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2) ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิตและเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดา มารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้ สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่จะช่วยส่งเสริมกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่สภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

2.2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดสูญเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ได้แก่ ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วยและการพิการ ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ กลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่น เพื่อป้องกันสิ่งเสพติดทั้งหลายหรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการตนเองหรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้จักมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

3) ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดการเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษา การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้ คือ

3.1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการมีอาภาภภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ



3.4) รับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพัฒนาตนเองและบุคคลอื่น

3.6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัย ภาวะบกพร่องของการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ดังปรากฏตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กรอบแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม

ความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป	ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ	ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- อากาศ น้ำ และอาหาร</li> <li>- การมีกิจกรรมและการพักผ่อน</li> <li>- ความสันโดษและการเข้าสังคม</li> <li>- การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ</li> <li>- การดำรงชีวิตอย่างปกติสุข</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดำรงรักษาภาวะการณที่จะสนับสนุนกระบวนการชีวิตแต่ละระยะ ของการพัฒนาการ</li> <li>2. ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการและวุฒิภาวะในแต่ละระยะของการพัฒนาการ</li> <li>3. ป้องกันอันตรายและ / หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหาทางด้านพัฒนาการทางสังคมของบุคคล เช่น ในบุคคลที่ไร้การศึกษาอันธพาล และคนยากจน เป็นต้น</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แสวงหาการรักษาโรคที่เหมาะสม</li> <li>2. การตระหนักรู้ถึงอิทธิพลและผลของพยาธิสภาพต่อชีวิตและร่างกายของตนเอง</li> <li>3. การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>4. การตระหนักรู้และดูแลตนเองในการป้องกันความไม่สบาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้อง</li> <li>5. ปรับอัตมโนทัศน์ของตนเองได้เพื่อการยอมรับในภาวะโรคนั้นๆ</li> <li>6. สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามความจำกัดของโรคพยาธิสภาพและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol>



การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนอง และเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

**1.2.4 ความสามารถในการดูแลตนเอง ( Self – care agency )** ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พลังความสามารถของบุคคลที่จะทำการดูแลตนเองของบุคคล โอเรม ( Orem.1985 : 129 ) นอกจากนี้ยังได้กล่าวเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องตามทฤษฎี อธิบายมีเหตุผลและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองจนนำไปสู่ทักษะในด้านปฏิบัติการ ความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ ( สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 31 – 36 )

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

1.1 การคาดการณ ( Estimation ) เป็นความสามารถในการตรวจสอบ สถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน ( Transitional ) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรจะทำเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ ( Production operation ) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ ( Ten power components ) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช้การกระทำ โดยทั่วไปพลังความสามารถ 10 ประการ มีดังนี้ ( Orem. 1985 : 37 – 71 )

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ตนเอง

2.2 ความสามารถที่ควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่ จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติ เพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเอง ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายชีวิต สุขภาพและสวัสดิการ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามที่ได้ ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจาก ผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะค้นคว้าและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้การจัดกระทำติดต่อกับและการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรก การดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาท เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ( Foundational Capabilities and Dispositions ) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ ( Deliberate Action ) และมีเป้าหมาย โดยทั่วๆ ไป แบ่งออกเป็น

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

3.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาสาเหตุผลและการใช้เหตุผล

3.2.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก ( 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 ความหวังใยในตนเอง

3.2.9 การยอมรับตนเอง

3.2.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญรู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรม  
ต่าง ๆ

3.2.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

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

### 1.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ กับการดูแลตนเอง

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

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะเวลาการ
4. สังคมชนบทรรมนิยมประเพณี
5. สภาพที่อยู่อาศัย
6. ลักษณะครอบครัว
7. แบบแผนการดำรงชีวิต
8. ภาวะสุขภาพ
9. ปัจจัยทางระบบบริหารสุขภาพ
10. แหล่งประโยชน์
11. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

การดูแลตนเองเป็นสิ่งปกติสำหรับมนุษย์ที่ต้องเรียนรู้โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสารและเป็นการปฏิบัติโดยเจตนา โดยทั่วไปไม่อาจขึ้นอยู่กับอายุ เพศ พัฒนาการหรือภาวะสุขภาพของบุคคล การประเมินปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวจะช่วยให้ทราบถึงความต้องการดูแลตนเองและความสามารถในการพัฒนาดูแลตนเองทั้งหมด

**1.2.6 ระดับการดูแลตนเอง** การดูแลตนเองตามภาวะของสุขภาพอนามัย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ( มุกดา สำนักกลาง.2534 : 23 – 36 ) ดังนี้

- 1) การดูแลตนเองในระยะที่สุขภาพปกติ เป็นการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้น การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันที่เป็นอยู่ ให้ตนเองมีสุขภาพดี แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย
- 2) การดูแลตนเองในระยะที่สุขภาพเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย บุคคลในภาวะเสี่ยง ( Risky state ) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ได้แก่ บุคคลระยะเริ่มป่วย บุคคลที่เป็นโรคเรื้อรัง พิกการ เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย รวมทั้งบุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขอนามัย
- 3) การดูแลตนเองในระยะเจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นระยะที่บุคคลประเมินตนเองว่า เจ็บป่วยและมีอาการบ่งชี้ของสุขภาพและหากไม่มีการดูแลตนเองแล้ว อาจนำไปสู่อาการ หรือโรคร้ายแรงได้ ทั้งนี้ยังไม่มีการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน
- 4) ในระยะเจ็บป่วยรุนแรงเรื้อรัง หรือความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย หมายถึง ความเจ็บป่วยที่มีอาการหรือข้อบ่งชี้ความเจ็บป่วยชัดเจนที่บุคคลไม่สามารถดูแลสุขภาพ ของตนเองได้และจากการวินิจฉัยของแพทย์

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมฐานะของเศรษฐกิจและบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วย เป็นอันมาก การดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากจะลดภาระที่มีต่อครอบครัวและสังคม แล้วยังเป็นการเพิ่มคุณค่าชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำเนินชีวิตได้
2. ควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานได้ด้วยตนเอง

ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น สิ่งที่สำคัญคือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วย มีความรับผิดชอบตนเองให้มากที่สุด เพื่อดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขในสังคมแม้จะป่วย เป็นโรคก็ตาม การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้นถือเป็นเรื่องสำคัญในการที่จะ ป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

### 1.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

**1.3.1 ประวัติโรคเบาหวาน** เทพ เทพหิมะทองคำ (2547 : 20-22) กล่าวว่า โรคเบาหวาน เป็นโรคที่จักกันมานานถึง 3,500 ปีแล้วก็ตาม ดังปรากฏในการบรรยาย อาการของโรคในสมุทบันทึกโบราณของชาวอียิปต์ชื่ออีเบอร์ พาไพร์ส แต่ความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่งจะมาค้นพบกันในระยะเวลา 100 กว่าปีมานี้เอง ความรู้ที่ว่า

สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนนั้น ได้รับการค้นพบ ในปี ค.ศ. 1889 โดยนักวิทยาศาสตร์ 2 คน คือ โยเซฟ ฟอน เมริง (Joseph von Mering) และออสการ์ มินคอฟสกี (Oskar Minkowski) นักวิทยาศาสตร์ ทั้งสองได้ทดลองตัดเอาตับอ่อนของสุนัขออกไปและพบว่าสุนัขที่ถูกตัดตับอ่อนนั้นกลายเป็นเบาหวาน ย่อมแสดงว่าตับอ่อนเป็นอวัยวะที่สร้างสารป้องกันไม่ให้เกิดเบาหวานได้ นักวิทยาศาสตร์ ในยุคนั้นจึงได้หันมาสนใจที่จะสกัดสารดังกล่าวออกจากตับอ่อน

ความก้าวหน้าของการรักษาเบาหวานเป็นที่ยอมรับกันว่าสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ชั้นด้วยกัน คือ 1) การค้นพบอินซูลิน 2) การค้นพบยาปฏิชีวนะ และ 3) การค้นพบวิธีการตรวจน้ำตาลในเลือดเองที่บ้าน และการใช้เฮโมโกลบินเอวันซีในการประเมินผลการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากความก้าวหน้าของแต่ละชั้นนั้นทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถมีชีวิตอยู่ยืนยาวมากขึ้นอย่างชัดเจน

ก่อนหน้าการค้นพบอินซูลินนั้นผู้ป่วยเบาหวานจะเสียชีวิตด้วยภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตนเป็นส่วนใหญ่ หลังจากการค้นพบอินซูลินแล้วผู้ป่วยเบาหวานไม่เสียชีวิตด้วยภาวะเลือดเป็นกรดอีก แต่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อแทน ดังเช่นเลนนาร์ด ทอมป์สัน (Leonard Thompson) ผู้ป่วยเบาหวานคนแรกที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน หลังจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลินมา 15 ปี เขาไม่มีปัญหาเรื่องเลือดเป็นกรด แต่กลับมาเสียชีวิตด้วยโรคปอดบวม เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจึงมีมากขึ้น

ปี ค.ศ. 1921 นายแพทย์เฟรเดอริก แบนติง (Frederick Banting) และนักศึกษาแพทย์ชาลส์ เบสต์ (Charles Best) สามารถสกัดอินซูลินจากตับอ่อนของสุนัขได้เป็นครั้งแรกและได้แสดงให้เห็นว่าอินซูลินสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของสุนัขที่ถูกทำให้เป็นเบาหวานได้ ในปี ค.ศ. 1922 บริษัทลิลลี จำกัด ได้ซื้อลิขสิทธิ์การผลิตอินซูลินไปและเริ่มผลิตอินซูลินซึ่งสกัดจากตับอ่อนของวัวและหมูออกสู่ตลาดเป็นครั้งแรก นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้ป่วยเบาหวานมีวิธีการรักษาให้เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน หลังจากช่วงเวลานี้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่กลับมาเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อแทน

ในปี ค.ศ. 1945 อเล็กซานเดอร์ เฟลมิง (Alexander Fleming) ได้ค้นพบเพนิซิลลิน (Penicillin) ยาปฏิชีวนะชนิดแรกของโลกซึ่งผลิตจากเชื้อราซึ่งเฟลมิงค้นพบโดยบังเอิญว่าเชื้อราชนิดนี้สามารถผลิตสารซึ่งฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้ หลังจากนั้นการค้นพบยาปฏิชีวนะได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานรอดพ้นจากการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อแต่ทว่าการมีชีวิตยืนยาวต่อมาก็ยังเกิดโรคแทรกซ้อนของตา ไต และปลายประสาท ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานช่วงหลังการพบยาปฏิชีวนะกลับมาเสียชีวิตด้วยโรคของเส้นเลือดซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน

ความก้าวหน้าขั้นที่ 3 คือการค้นพบวิธีที่จะติดตามประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ ซึ่งมีใช้อยู่ 2 วิธี คือ 1) การตรวจเลือดระดับน้ำตาลด้วยตนเองจากการเจาะเลือดปลายนิ้วและวัดด้วยแผ่นแถบทดสอบซึ่งเปลี่ยนสีได้ และสามารถใส่เครื่องมือเล็กๆ อ่านระดับน้ำตาลจากแถบสีนั้นได้ ระบบนี้เรียกว่าโฮมมอนิเตอร์ริง ทำให้ผู้ป่วยสามารถรู้ระดับน้ำตาลในเลือดได้ตลอดวัน มีผลให้สามารถปรับอาหารและขนาดของอินซูลินที่จะฉีดให้เหมาะสมได้ จึงเกิดการพัฒนากิจการฉีดอินซูลินวันละหลายครั้ง เรียกว่า อินเทนซีฟอินซูลินเทอราพี (Intensive Insulin Therapy) ซึ่งวิธีนี้ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยาก วิธีที่ 2 คือ การวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีจากการวัดระดับน้ำตาลเองที่บ้าน การวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีทำให้การควบคุมเบาหวานกระทำได้ดีขึ้น และทำให้เกิดการศึกษาเพื่อที่จะพิสูจน์ให้แน่นอนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีนั้นสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนได้ การศึกษานี้เรียกว่าดีซีซีที (DCCT study, Diabetic Complications Control Trial) ผลการศึกษาซึ่งรายงานสรุปออกมาเมื่อกลางปี ค.ศ. 1994 เป็นที่กล่าวถึงในวงการแพทย์โรคเบาหวานเป็นอย่างมาก เพราะเป็นการพิสูจน์ที่ปราศจากข้อกังขาต่อคำถามที่ถูกถามมากกว่าครึ่งศตวรรษว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมือนคนปกตินั้นสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนของเบาหวานได้หรือไม่ คำตอบที่ได้รับในขณะนี้คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมือนคนปกติสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนของเบาหวานได้อย่างแน่นอน

**1.3.2 ความหมายของโรคเบาหวาน** สมณฑา เสรีรัตน์ ( 2539 : 1 ) กล่าวว่าโรคเบาหวานเป็นชื่อของกลุ่มอาการของโรค ซึ่งร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ เนื่องจากขาดอินซูลินหรืออินซูลินไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อความต้องการความปกติของร่างกายทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเกินขีดจำกัดที่ไตจะสามารถกักเก็บไว้ได้ จึงถูกขับออกมาทางปัสสาวะ เมื่อร่างกายขาดพลังงานจากน้ำตาลจึงเปลี่ยนมาใช้โปรตีนและไขมันทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในการใช้โปรตีนและไขมันตามมาด้วย เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานเกิดขึ้นจากการที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในการเผาผลาญสารอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีน เนื่องจากความไม่สมดุลของการสร้างอินซูลินในร่างกายอินซูลินจะมีหน้าที่ควบคุมการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีน การพร่องอินซูลินพบสาเหตุใหญ่ๆ อย่างน้อย 4 ประการ คือ กรรมพันธุ์ ภาวะการเผาผลาญ ภาวะการติดเชื้อ และปัจจัยทางภาวะภูมิคุ้มกันเป็นผลให้ไอสเลทเบต้าเซลล์ถูกทำลายหรือสร้างอินซูลินไม่ได้ เป็นโรคอ้วนหรือมีภาวะเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจอื่นๆ ซึ่งผลจากการสร้างอินซูลินไม่เพียงพอหรือขาดหรือทำหน้าที่



ไม่ได้เต็มที่จะทำให้กลูโคสในกระแสเลือดผ่านเข้าสู่เซลล์ได้ช้า ในขณะที่เดียวกัน จะมีการสร้างกลูโคสจากไกลโคเจนที่ตับและมีการดูดซึมเพิ่มจากอาหารที่รับประทานเข้าไป จึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ระดับกลูโคสที่สูงขึ้นนี้ถ้าเกินความสามารถของไตจะดูดกลับ (Renal the shold) ก็จะถูกขับออกมาพร้อมกับปัสสาวะ จึงตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ (Glucosuria) น้ำตาลที่เข้มข้นสูงจะพาเอาน้ำออกมาเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อยๆ (Polyuria) พร้อมกับสูญเสียน้ำและเกลือแร่บางชนิด โดยเฉพาะโซเดียมร่างกายจึงขาดทั้งอาหารน้ำและเกลือแร่ จึงมีอาการหิวบ่อย กินจุ กระหายน้ำ ตื่นน้ำบ่อยและน้ำหนักลด ผอมลง บางรายอ่อนเพลีย อาการมากน้อยแล้ว แต่การสูญเสียน้ำตาล น้ำและเกลือแร่ไป เป็นแบบเรื้อรัง นั่นคือ ลักษณะอาการของโรคเบาหวาน

### 1.3.3 ชนิดของโรคเบาหวาน มี 2 ชนิด ได้แก่

#### 1) ชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus = IDDM)

มักพบในคนอายุน้อยเกิดภาวะเป็นกรดจากคีโตนได้ง่าย ลักษณะจะไม่มีอินซูลินหรือมีน้อย ผู้ป่วยจะต้องได้รับอินซูลินฉีดเข้าไปทดแทนและต้องได้รับการดูแล ควบคุมตนเอง ตามแผนผังการรักษาของพยาบาลโดยเคร่งครัด

#### 2) ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus =

NIDDM) มักพบในวัยผู้ใหญ่ มีอาการรุนแรงน้อยกว่าชนิดแรก ไม่ค่อยพบการเกิดภาวะเป็นกรดจากคีโตนยกเว้น มีภาวะติดเชื้อซ้ำซ้อนหรือมีภาวะเครียดอื่นๆ การรักษา มักใช้เป็นยารับประทานเพื่อกระตุ้นการสร้างอินซูลินหรือระงับการดูดซึมกลูโคส จำเป็นต้องใช้อินซูลินฉีดเข้าไปทดแทนเป็นครั้งคราวโดยเฉพาะเมื่อมีอาการกำเริบ เช่น ในภาวะติดเชื้อ เป็นต้น มักพบในผู้ที่มียายุ 40 ปีขึ้นไป และอ้วนมาก ไม่ค่อยออกกำลังกายและควบคุมอาหาร

ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดโรคเบาหวาน ทางกรรมพันธุ์เชื่อว่าถ่ายทอดได้ จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวเดียวกัน หรือญาติที่มีสายเลือดใกล้ชิดจะมีอุบัติการณ์เกิดโรคสูง ส่วนปัจจัยในการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญอาหาร พบว่า มีหลากหลายและซับซ้อนมาก ความเครียดทางอารมณ์และร่างกาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ เนื่องจากกระตุ้นให้มีการสร้างกลูโคส มีการหลั่งฮอร์โมนจาก ต่อมหมวกไต โดยเฉพาะฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์แต่ที่พบได้สูงถึงร้อยละ 80 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินก็คือ ความอ้วนหรือโรคอ้วน ผู้ป่วยเหล่านี้มักรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง แต่มีการออกกำลังกายน้อยลง ประกอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมักเป็น



ผู้ใหญ่ อายุที่มากขึ้นยังพบว่า การทำหน้าที่ของเบต้าเซลล์ที่จะสร้างอินซูลินลดลงด้วย จึงมีผลทำให้อินซูลินไม่เพียงพอ สำหรับปัจจัยการเกิดโรคเบาหวานจากการติดเชื้อมักพบสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จากการติดเชื้อไวรัสจะมีการทำลาย บีต้าเซลล์ ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเด็กหลังจากติดเชื้อไข้วัด สังเกตได้จะเป็นแบบทันทีทันใด ส่วนทางด้านภูมิคุ้มกันนั้น ในการวิจัยพบว่า เป็นเหตุให้เกิดโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมีอุบัติการณ์สูงมากในลักษณะของปฏิกิริยาโรคภูมิแพ้ หรือโรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันจากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน 3 ราย พบว่า มีแอนติบอดี บีต้าเซลล์ในกระแสเลือดซึ่งในคนปกติจะไม่มีและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่การสร้างอินซูลินได้บ้างจะมีการสร้างด้วยจำนวนลดลง ถ้ามีแอนติบอดีต่อเบต้าเซลล์อยู่ในกระแสเลือด

#### 1.3.4 สาเหตุของโรคเบาหวาน

1) สาเหตุจากกรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเบาหวานทั้งชนิดที่พึ่งอินซูลิน และชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

2) สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่กรรมพันธุ์

2.1) โรคอ้วน คนอ้วนมักมีระดับอินซูลินในเลือดสูง

แต่จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ (Insulin receptor) ในเซลล์ไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อลดลง หรือความผิดปกติในระดับหลังต่อรีเซปเตอร์ (Post receptor) เป็นผลให้อินซูลินที่เหลือออกฤทธิ์ไม่ได้ เซลล์จึงต้องทำงานมากเพิ่มการผลิตอินซูลินให้มากขึ้นจนดับอ่อนเสื่อมสภาพ และในที่สุดไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ จึงทำให้เกิดโรคเบาหวาน หากคนอ้วนลดน้ำหนักลงจำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์จะเพิ่มขึ้นทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดี ดังปกติ การ์โรว (Garlowm. 1988 : 58) กล่าวว่าความอ้วนเป็นปัจจัยที่มีความหมายทั้งระยะเวลาและความรุนแรง ความชุกของโรคเบาหวานในคนอ้วนพบมากเป็น 3 เท่าของคนไม่อ้วน (มันทนา ประทีปเสน. และวงเดือน บันดี. 2542 : 59)

2.2) ความเครียดทำให้ฮอร์โมนแคทีโคลามีนถูกหลั่งมา กลูโคสจึงสูงขึ้น ความเครียดและอารมณ์มีผลต่อโรคเบาหวาน สำหรับความเครียดมีสองประเภทที่หนึ่งให้ผลดี เพราะช่วยกระตุ้นให้เราทำงานอย่างเต็มความสามารถ ส่วนความเครียดประเภทที่สอง ทำให้รู้สึกไม่สบายเป็นอันตรายมากกว่า (ไพบูลย์ จาตุรปัญญา. 2541:60)

2.3) เชื้อไวรัส เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคคางทูม ได้แก่ เชื้อรูเบลลา ที่ทำให้เกิดหัดเยอรมัน และเชื้อไวรัสคอกซากี บี เชื่อดังกล่าวอาจจะทำให้ดับอ่อนอักเสบเรื้อรัง และทำลายบีต้าเซลล์จนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้

2.4) ความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมน เช่น โกรทฮอร์โมน (Growth hormone) สูงทำให้มีการสลายกลัยโคเจนเป็นกลูโคสเพิ่มขึ้น คอร์ติโคสเตียรอยด์สูง

ทำให้เร่งปฏิกิริยาการสร้างกลูโคสจากสารโปรตีน แคทีโกลามีนสูง ทำให้มีการสลาย กลัยโคเจนเป็นกลูโคสเพิ่มขึ้น เป็นต้น

2.5) การขาดบีต้าเซลล์หรือจำนวนบีต้าเซลล์น้อยลง มีสาเหตุจากการขาดโปรตีนอย่างรุนแรงทำให้ตับอ่อนอักเสบเป็นผลให้บีต้าเซลล์ถูกทำลาย การตัดตับอ่อนออก การดื่มสุราซึ่งทำให้ขาดสารอาหารโปรตีนและแคลลอรี เป็นต้น

2.6) โรคตับ ทำให้ตับไม่สามารถเก็บกลูโคสไว้ในรูปของกลัยโคเจน ได้ระดับกลูโคสในเลือดจึงสูง

2.7) ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ เพรดนิสโซโลน โดยยาเหล่านี้จะไปต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน เมื่อยาดังกล่าวหมดฤทธิ์อินซูลินก็จะออกฤทธิ์ดังเดิม

2.8) การขาดการออกกำลังกาย ทำให้จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ ลดน้อยลง

2.9) การตั้งครรภ์ เนื่องจากฮอร์โมนหลายชนิดที่รกสังเคราะห์ขึ้น มีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน และความเครียดจากการตั้งครรภ์ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ได้ด้วย โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติคลอดลูกตัวใหญ่กว่าปกติ (ไพบูลย์ จาตุรปัญญา. 2541: 52)

### Rajabhat Mahasarakham University

1.3.5 อาการแสดงของโรคเบาหวาน การที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและรั่วออกทาง ปัสสาวะ จะทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังนี้ ( เทพพล เกษมรัตน์. 2535 : 13 – 14 )

1) ถ่ายปัสสาวะจำนวนมากและบ่อย ( Polyuria ) เนื่องจากน้ำตาลที่ไตไม่สามารถ ดูดซึมกลับได้หมดและล้นผ่านไตออกมาที่มีความเข้มข้นสูง จึงดึงเอาน้ำที่เป็นตัวทำละลาย น้ำตาลออกมาด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะครั้งละมากๆ

2) ดื่มน้ำมาก ( Polydipsia ) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีการเสียน้ำทางปัสสาวะมาก จึงเกิดภาวะขาดน้ำ เป็นผลให้รู้สึกกระหายน้ำและดื่มน้ำมากขึ้นเพื่อชดเชยน้ำที่สูญเสียไป

3) รับประทานอาหารจุ ( Polyphagia ) เนื่องจากการที่ร่างกายขาดอินซูลิน ( Insulin ) และกลูโคสเป็นพลังงานไม่ได้ จึงทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย หิวบ่อยและ รับประทานอาหารมากขึ้น

4) น้ำหนักตัวลด ( Weight loss ) เนื่องจากการที่ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคส ไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงมีการสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงาน ทดแทน ทำให้กล้ามเนื้อฝ่อ สิบ และร่างกายซูบผอมลงอย่างรวดเร็ว

5) เป็นแผลและฝีง่ายแต่หายยาก เนื่องจากมีการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง ผู้ป่วยมักมีอาการคันและเมื่อเกาก็จะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่แผลและลุกลามได้ เพราะความต้านทานต่ำและเชื้อโรคเจริญเติบโตได้ดีจากการที่มีน้ำตาลในเลือดสูง

6) ชาตามปลายมือ ปลายเท้าและปวดกล้ามเนื้อ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จึงมีการอักเสบของปลายประสาทไขสันหลังซึ่งมีหน้าที่ควบคุมกล้ามเนื้อของแขนขา รวมทั้งความรู้สึกไปสู่สมอง ดังนั้นเมื่อเกิดอาการอักเสบจึงทำให้การส่งและรับความรู้สึกเสียไป

7) ความรู้สึกทางเพศลดลง เนื่องจากปลายประสาทอักเสบและการไหลของโลหิตไม่ดี จึงทำให้มีผลต่อการแข็งตัวขององคชาติ

8) บางรายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ตาฝ้า กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น

### 1.3.6 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

นอกจากจะอาศัยการซักประวัติและการตรวจร่างกายแล้ว ยังต้องอาศัยการตรวจสอบชีวเคมีร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องพิจารณาเป็นรายบุคคลไป ว่าควรใช้การทดสอบด้วยวิธีใดบ้าง จึงสมควรกับเหตุผลและการสูญเสียทางเศรษฐกิจน้อยที่สุด รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก เจ็บตัวและเสียเวลาน้อยที่สุด (อุรา สุวรรณรักษ์, 2542:42) การวินิจฉัยโรคเบาหวานอาจทำได้ดังนี้

1) การตรวจปัสสาวะ สามารถตรวจได้โดยการตรวจด้วยเทสเทปคลินิสติก โดยจุ่มเทปลงในปัสสาวะเป็นเวลา 2 วินาที แล้วอ่านผล ภายหลังจากจุ่มในปัสสาวะ 30 วินาที เทียบสีของเทสเทปที่เปลี่ยนแปลงไปจากหน้ากล่อง จะแสดงปริมาณน้ำตาลที่มีในปัสสาวะ การเก็บเทสเทปควรเก็บในที่มืดแห้ง และปิดจุกขวดให้แน่น ไม่ควรเก็บในตู้เย็นเพราะไม่แสดงผล

2) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากงดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting blood sugar) ในเลือด (Whole blood) สูงกว่า 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (เทพ หิมะทองคำ, 2544:59) หรือในพลาสมาสูงกว่า 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 2 ครั้ง ที่ต่างวันกัน หรือโดยวิธีการตรวจน้ำตาลในเลือดตรวจตอนใดก็ได้ครั้งเดียว (Random blood sugar) ได้สูงกว่า 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ในเลือด (Whole blood) หรือสูงกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในพลาสมา

### 1.3.7 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวานทุกประเภท เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตราย และคุกคามชีวิตได้ ปัจจัยที่สำคัญซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานคือ ระยะเวลา

ที่เป็นโรค การควบคุมโรคไม่ตี ระดับโคเลสเตอรอลสูง ความดันโลหิตสูง อายุมาก (สุจิตรา ลิ้มอำนาจ. และคณะ. 2536:69)

ภาวะแทรกซ้อนแบ่งตามระยะเวลาที่เกิดโรค ได้ 2 แบบคือ

1) ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

1.1) ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูง

1.1.1) ภาวะกรดคั่งในกระแสเลือด เกิดจากขาดฮอร์โมนอินซูลิน หรือความต้องการของอินซูลินสูงขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สาเหตุ ได้แก่ การหยุดฉีดยาเอง ไม่สบาย คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อยหรือมีการติดเชื้อในร่างกาย (สาธิต วรณแสง. 2527 : 28) สาเหตุของการเกิดกรดในร่างกาย ไม่สามารถเผาผลาญน้ำตาลให้เป็นพลังงานได้จึงต้องเผาผลาญไขมันแทน จึงเกิดคีโตนคั่ง เป็นจำนวนมาก เป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก เบื่ออาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดตามกล้ามเนื้อ กระหายน้ำ หายใจเร็วลึก ลมหายใจมีกลิ่นอะซิโตน จนหมดสติได้

1.1.2) ภาวะหมดสติเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยไม่มีกรดคั่งในกระแสเลือด พบได้มากในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีน้ำหนักมาก มีโรคติดเชื้อหรือรับประทานอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตเป็นจำนวนมาก ระดับอินซูลินมีเพียงพอที่จะไม่ทำให้เกิดการสลายเนื้อเยื่อไขมัน จึงไม่เกิดภาวะกรดคั่งในกระแสเลือด แต่อินซูลินที่มีอยู่ไม่สามารถนำไปใช้ในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตได้เป็นเหตุให้น้ำตาลในเลือดสูงมากจึงดูดน้ำออกจากเซลล์ทำให้เซลล์ขาดน้ำ ประสาทส่วนกลางทำงานไม่ได้ตามปกติ เกิดอาการขาดน้ำ ผิวหนังเหี่ยว ตาลึกและมีไข้ ปัสสาวะน้อยลง งุนงง แน่นท้อง ชักเฉพาะที่หรือชักทั่วตัวและหมดสติได้

1.2) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ปกติน้ำตาลในเลือดมีค่า 60 – 120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถ้าลดต่ำกว่าร้อยละ 50 จะเกิดอาการหมดสติได้ ทั้งนี้สมองจะขาดพลังงาน ขาดกลูโคส โดยปกติแล้วภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำนี้พบได้บ่อยจากการฉีดอินซูลิน หรือการรับประทานยาเม็ดรักษาโรคเบาหวานมากเกินไปหรือไม่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร ทำให้มีอาการหิว อ่อนเพลียหมดแรง ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตอาจสูงขึ้นแต่ไม่มาก เหงื่อออก ตัวเย็น มือสั่น ปวดศีรษะ สับสน ซึม และหมดสติ

2) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

2.1) โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ การอักเสบของระบบขับถ่าย ปัสสาวะในผู้ป่วยเบาหวานพบบ่อย 2-3 เท่าของคนปกติ ทั้งนี้เพราะปัสสาวะของผู้ที่

เป็นเบาหวานมีน้ำตาล ทำให้เชื้อโรคเจริญได้ดี การอักเสบเกิดขึ้นได้ตั้งแต่กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ เข้าไปถึงเนื้อไต ทำให้เกิดการอักเสบของไตและกรวยไต หากเบาหวานลงไตมีอาการมากขึ้น ผู้ป่วยจะผ่านจากภาวะไมโครแอลบูมินเข้าสู่ภาวะแมคโครแอลบูมิน คือจะมีแอลบูมินในปัสสาวะวันละมากกว่า 300 มิลลิกรัม และการที่โปรตีนแอลบูมินรั่วออกจากร่างกายมากๆ เข้าจะทำให้โปรตีนแอลบูมินในเลือดต่ำลง เกิดอาการบวมโดยเฉพาะบริเวณเท้า ในระยะต้นอาจบวมๆ ยุบๆ และต่อมาก็จะบวมตลอดเวลาและทั่วตัว ในระยะนี้จะพบว่าผู้ป่วยมักมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยสุดท้ายก็ไตพิการหรือไตวายเรื้อรัง (เทพ หิมะทองคำ. 2544:45)

2.2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวานมีผลกระทบต่อทุกระบบของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็กๆ (Microangiopathy) เป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสื่อมของจอตาและหน่วยไต (Ditzel. 1980 อ้างถึงใน อติชัย ภูมิวิเศษ. 2537:59) หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นผลจากการที่มีระดับไขมันในเลือดสูงและการสะสมสารซอร์บิทัล (Sorbital) ผลจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าเป็นหลอดเลือดที่สมองก็ทำให้เป็นอัมพาต (วารวดี นิธิยานันท์. 2535:54 อ้างถึงใน ภาวนา กิรติยวงศ์. 2544:58)

2.3) จอตาเสื่อม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดตาบอดในผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่เป็นมานานเกิน 30 ปี มักมีพยาธิสภาพบริเวณจอภาพของตา ตามสถิติพบว่าหากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 10 ปี จะมีโอกาสเกิดเบาหวานขึ้นตาได้ 50 คน ในร้อยละหนึ่งหรือหากเป็นเบาหวานมานาน 20 ปี โอกาสที่จะเกิดสูงถึง 90 คน ในร้อยละหนึ่ง ความรุนแรงขึ้นอยู่กับระยะเวลาการเป็นเบาหวาน การควบคุมอาหาร และกรรมพันธุ์ (เทพ หิมะทองคำ. 2544:46) การเกิดจอตาเสื่อมมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบภาวะจอตาเสื่อม ร้อยละ 3-4 เมื่อเป็นนาน 2-3 ปี และร้อยละ 15-20 เมื่อเป็นนาน 15 ปี (ภาวนา กิรติยวงศ์. 2544:70) ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีปัญหาเข้ารับการตรวจตาจากจักษุแพทย์มากที่สุด (พัชรินทร์ พันจรรยา. 2543:65)

2.4) ระบบประสาท เนื่องจากขนาดของใยประสาทเล็กลงและปริมาณใยประสาทลดลงทำให้สื่อความเร็วประสาทลดลง การรับความรู้สึกสูญเสียไป ซึ่งถ้าเป็นนานจะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าและปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะสูง อัตราเร็วในการนำสัญญาณของเส้นประสาทสั่งการจะลดลง ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานระยะเวลานานมักมีความบกพร่องในการทำงานของทั้งระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทปลายทาง (Peripheral nervous

system) ผู้ป่วยมักแสดงอาการชา ปวดแสบปวดร้อนบริเวณแขนขา หรือมีอาการเจ็บคล้ายถูกเข็มแทง บริเวณขา มีอาการเป็นตะคริวตอนกลางคืน ไม่มีความรู้สึกต่ออุณหภูมิร้อนเย็นที่มาสัมผัส (กิตติ อังศุสิงห์. 2533:56)

2.5) การติดเชื้อ ในภาวะที่การควบคุมโรคเบาหวานไม่ดี มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ก่อให้เกิดความบกพร่องของกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับเซลล์และภูมิคุ้มกัน (Cell and humoral components) ในการสนองต่อการติดเชื้อ (กิตติ อังศุสิงห์. 2533:45) พบว่าเม็ดเลือดขาวชนิด Polymorphonuclear ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความต้านทานโรคต่ำกว่าคนปกติ เกิดการติดเชื้อได้ง่ายในเพศหญิง อาจมีการอักเสบบริเวณช่องคลอดเนื่องจากการติดเชื้อรา

2.6) ภาวะคีโตซิส (Ketosis) พบเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่ขาดการฉีดอินซูลินนานๆ ร่างกายจะมีการคั่งของสารคีโตน ซึ่งเกิดจากการเผาผลาญไขมัน ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน กระหายน้ำอย่างมาก หายใจหอบลึก และลมหายใจมีกลิ่นหอม มีไข้กระวนกระวาย มีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง (ดาโบ้ หนึ่งเหี่ยว ความดันต่ำ ชีพจรเบาเร็ว) อาจมีอาการปวดท้อง ท้องเดิน ผู้ป่วยจะซึมลงเรื่อยๆ จนกระทั่งหมดสติ หากรักษาไม่ทันอาจตายได้

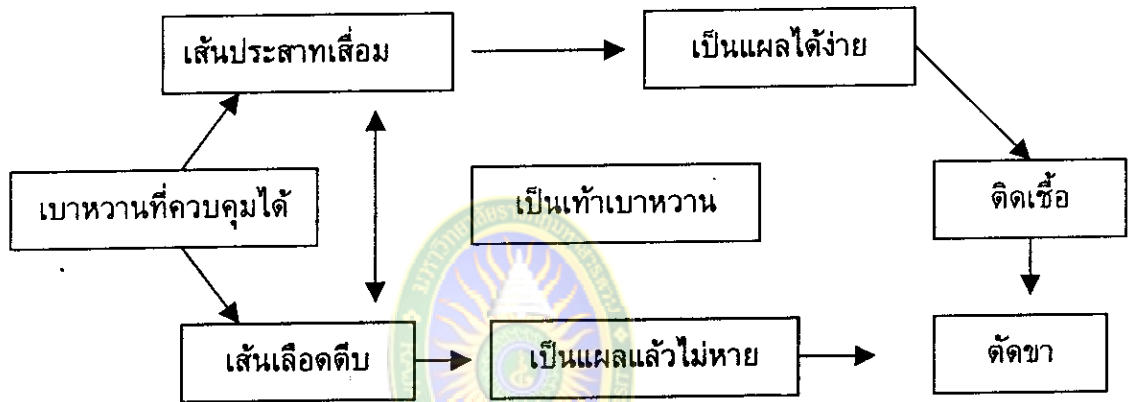
2.7) เท้าเบาหวาน (Diabetic foot) คือ อาการจากโรคเบาหวานขั้นรุนแรงของผู้ป่วยที่เป็นมานาน จนทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงอย่างมากที่เท้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลไม่ค่อยดี จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 อย่าง คือ

2.7.1) เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงเท้าทั้งสองข้างเสื่อมประสิทธิภาพลง (Neuropathy) การที่เส้นประสาทไปเลี้ยงเท้าเสื่อมลง มีสาเหตุมาจากการที่ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมากจนไปคั่งที่เส้นประสาท เมื่อเส้นประสาทไม่สามารถเผาผลาญน้ำตาลได้สมบูรณ์ จึงเกิดการคั่งของของเสียในเส้นประสาทขึ้น เหตุการณ์ดังกล่าวเป็นเหตุการณ์สำคัญทำให้เส้นประสาทเสื่อมลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อของเท้าอ่อนแรงลดขนาดลงและบางลงในที่สุด เนื่องจากสภาพกล้ามเนื้อจะคงสภาพแข็งแรงอยู่ได้ต้องมีเส้นประสาทมากระตุ้น การที่กล้ามเนื้อฝ่อเท้าบางลง จะทำให้การกระจายน้ำหนักเปลี่ยนไป น้ำหนักจะมารวมอยู่บริเวณที่แคบ ดังนั้นจึงเกิดแผลเป็นได้ง่าย

2.7.2) เส้นเลือดที่มาเลี้ยงขาเกิดการตีบตัน (Atherosclerosis obliterans) การที่มีเลือดมาหล่อเลี้ยงน้อยลงจะทำให้แผลหายยากขึ้น และลุกลามง่ายขึ้น เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในอดีตต้องเสียขาไปเป็นจำนวนมาก สำหรับในคนไทย พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่ถูกตัดขามากเกิดจากเส้นประสาทเสื่อมมากกว่า



อันตรายที่เกิดจากเท้าโรคเบาหวาน คือ เท้าเบาหวานที่มีแผล การติดเชื้อจะเกิดง่ายขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียขาได้ นอกจากนี้ การติดเชื้อจะทำให้หัวใจของผู้ป่วยทำงานแย่ลงจนอาจถึงกับเสียชีวิตได้ในที่สุด



แผนภูมิที่ 2 การเกิดเท้าเบาหวานจนกระทั่งตัดขา

ที่มา : ไวกูณฐ์ สถาปนาวัชร. (2544 : 3 – 5)

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

Rajabhat Mahasarakham University

การติดเชื้อที่เท้านี้ ถ้าเกิดแล้วผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาตนเองอย่างมาก บางรายต้องใช้จ่ายปฏิบัติชิวะนานเป็นปี หมดค่ายานับหลายแสนบาทก็เคยมีมาแล้ว ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนต้องไม่ให้เกิดการติดเชื้อที่เท้า

**1.3.8 ตัวชี้วัดในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน** ตัวชี้วัดในการรักษาโรคเบาหวาน ได้ผลเป็นที่น่าพอใจหรือไม่ มิใช่เพียงการวัดระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น เนื่องจาก ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไขมันและความผิดปกติทางสรีระ บางอย่าง เช่น ความอ้วน ความดันโลหิต ดังนั้น สิ่งชี้วัดพื้นฐานที่จำเป็นประกอบด้วย

- 1) น้ำหนักตัว ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนควรมีน้ำหนักตัวปกติ คือ อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานไม่มากหรือน้อยจนเกินไป ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึงอินซูลิน มีความโน้มเอียงที่จะมีภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้ยากต่อการควบคุมรักษาน้ำตาลให้ปกติ

- 2) ความดันโลหิต ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวและการดื้อต่ออินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน ในผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาลดความดันโลหิตอาจมีผลต่อเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตหรือไขมัน นอกจากนี้ความดันโลหิตสูง ถ้าหากไม่ได้รับการควบคุมจะมีผลต่อการเกิดและการดำเนินของโรคแทรกซ้อนหลายอย่าง



3) ระดับการควบคุมน้ำตาลประเมินว่าเบาหวานควบคุมได้ดีเพียงใด คือ การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงตามเวลาอาหารเช่นเดียวกับคนปกติ แต่อัตราและปริมาณการเปลี่ยนแปลงจะมีมากกว่า

ดังนั้นระดับน้ำตาลในเลือดแต่ละวันของผู้ป่วยไม่คงที่ จึงเป็นการยากที่จะประเมินการควบคุมเบาหวานในขณะที่ตรวจเท่านั้นและใช้เป็นแนวทางที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการรักษาในช่วงเวลาถัดไป ส่วนการวัดระดับน้ำตาลในเลือดฝอย ในปัจจุบันการตรวจโดยวิธีนี้เป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ว่า มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ สำหรับบ่งชี้การควบคุมระดับน้ำตาล

4) ระดับการควบคุมไขมัน ตามปกติระดับไขมันในผู้ป่วยเบาหวานมีได้หลายรูปแบบ ผู้ป่วยบางรายเมื่อควบคุมเบาหวานได้ดี ระดับไขมันจะเป็นปกติด้วย แต่ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการรักษาไขมันในเลือดสูงร่วมกับการรักษาเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากไขมันในเลือดสูงมีผลต่อการควบคุมเบาหวานและการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังทางหลอดเลือด (วรรณิ นิธิยานันท์, 2539 : 2-4)

ผู้ป่วยแต่ละรายมีเป้าหมายที่ระดับแตกต่างกัน โดยทั่วไปผู้ที่มีอายุน้อยไม่มีโรคแทรกซ้อนทุกราย ต้องตั้งเป้าหมายการควบคุมเบาหวานในระดับดี ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับการควบคุมดีโดยสมบูรณ์จะต้องควบคุมได้ในเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยสูงอายุตั้งเป้าหมายไว้ที่ระดับการควบคุมยอมรับได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการแทรกซ้อนเรื้อรังอยู่ในระยะสุดท้ายหรือมีโรคอื่นรุนแรงกว่าร่วมด้วย อาจตั้งเป้าหมายการควบคุมที่ระดับควบคุมพอได้หรือควบคุมยอมรับได้

**1.3.9 การรักษาโรคเบาหวาน** ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องพิจารณาชนิดของเบาหวานความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก่อนที่จะเริ่มให้การรักษา ดังนี้

1) ถ้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่เป็นในคนอายุน้อยหรือในระยะรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจำเป็นต้องเริ่มรักษาด้วยอินซูลินร่วมกับการรักษาอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อช่วยควบคุมการเผาผลาญอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตและป้องกันภาวะมีกรดสูงในร่างกาย

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

3) ถ้าผู้ป่วยอ้วนหรือรูปร่างปกติ ควรให้ควบคุมอาหารก่อน โดยควบคุมอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตและจำกัดจำนวนจะช่วยให้น้ำหนักลดลง น้ำตาล ในเลือดและในปัสสาวะจะลดลงไปด้วย เมื่อไม่ได้ผลจึงลองรักษาด้วยการรับประทานยาควบคุมเบาหวาน ถ้าไม่ได้ผลก็ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน

4) ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะไม่แสดงอาการ แต่ตรวจน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะสูง ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาตัวเอง โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหาร ระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆและการติดเชื้อ แนะนำให้มาติดต่อแพทย์เป็นระยะๆ เพื่อตรวจปัสสาวะและตรวจเลือด และตรวจโพสแพนเดียล ซูกา (Postprandial sugar)

5) ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังไม่มีสภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ (Coronary artery) หรือหลอดเลือดเลี้ยงสมอง (Cerebral artery) การรักษาด้วยการรับประทานยาควบคุมเบาหวานหรือการฉีด ก็ตาม ต้องระวังอย่าให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไฮโปไกลซีเมีย (Hypoglycemia) ขึ้นได้ มิฉะนั้นอาจเกิดอันตรายร้ายแรงแก่หัวใจและสมอง เนื่องจากขาดอาหารไปเลี้ยง

**1.3.10 การควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน** ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรกินอาหารโดยพยายามกินอาหารหลัก 5 หมู่ให้ครบ แต่ปรับสัดส่วนให้เหมาะสมกับโรค (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

ตัวอย่างปริมาณอาหารของผู้ป่วยตามสภาพร่างกายและการใช้พลังงาน

1) ถ้าใช้แรงงาน เช่น ทำสวน ไร่ นา กรรมกร หรือออกกำลังกายมาก แต่ละมือควรกินอาหาร ดังนี้

- 1.1) ข้าวสุก 5 – 6 ทัพพีไม่พูน
- 1.2) เนื้อสัตว์หรือเต้าหู้ 4 – 5 ช้อนโต๊ะ
- 1.3) ไขมันในอาหาร 4 – 5 ช้อนโต๊ะ
- 1.4) ผักมากตามต้องการ
- 1.5) ผลไม้รสหวาน 2 ผล

2) ถ้าใช้แรงงานกลางหรือน้อย เช่น ทำงานในสำนักงาน ครู แม่บ้าน แต่ละมือควรกินดังนี้

- 2.1) ข้าวสุก 4 – 5 ทัพพีไม่พูน
- 2.2) เนื้อสัตว์ หรือเต้าหู้ 4 ช้อนโต๊ะ
- 2.3) ไขมันในอาหาร 1 ช้อนโต๊ะ
- 2.4) ผักมากตามต้องการ

(ถ้าต้องการตีมนม 1 แก้วต้องตัดเนื้อสัตว์ออก 2 ช้อนโต๊ะไขมัน 1 ช้อนโต๊ะและข้าวสุก 1 ทัพพี)

- 3) ผู้ที่อ้วนและแพทย์แนะนำให้ลดน้ำหนัก แต่ละมื้อควรกินดังนี้
  - 3.1) ข้าวสุก 2 ทัพพีไม่พูน
  - 3.2) เนื้อสัตว์ไม่ติดมันหรือเต้าหู้ 4 ช้อนโต๊ะ
  - 3.3) ไขมันที่ได้ในอาหาร 1 ช้อนชา
  - 3.4) ผักมากตามต้องการให้รับประทานอิมด้วยผัก
  - 3.5) ผลไม้ อาจเป็นส้ม 1 ผล

ประเภทของอาหารที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรทราบ เพื่อให้ง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติ จะขอแบ่งอาหารออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) กลุ่มที่ควรงด ได้แก่ น้ำตาลทุกชนิด (รวมน้ำผึ้งด้วย) ขนมหวาน เช่น ทองหยิบทองหยอด ผ้อยทอง และขนมเชื่อมต่างๆ ผลไม้กวนทุกชนิด น้ำอัดลม รวมทั้งเครื่องดื่มที่ใส่น้ำตาลเช่น ชา กาแฟ ผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ละมุด น้อยหน่า ลิ้นจี่ อ้อย เป็นต้น
- 2) กลุ่มที่ควบคุมปริมาณ คือ อาหารพวกแป้ง ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง มะกะโรนี มัน เมล็ดพืชแห้ง เช่น มะม่วงหิมพานต์ ถั่วต่างๆ เป็นต้น อาหารไขมันมาก เช่น ขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารทอดด้วยน้ำมัน อาหารกะทิ ฯลฯ ผักประเภทหัวที่มีแป้งมาก เช่น หัวผักกาด ฟักทอง แครอท หัวหอม สะเดา กะเจี๊ยบ ถั่วงอก หัวโอด ถั่วลิสงเตา หัวปลี ผลไม้บางชนิด เช่น กล้วย เงาะ ส้ม มะละกอ ฝรั่ง สับปะรด เป็นต้น
- 3) กลุ่มที่ไม่จำกัดปริมาณ ได้แก่ ผักทุกชนิด ยกเว้นผักที่มีแป้งมาก อาหารโปรตีนจากสัตว์ เช่น ไก่ กุ้ง ปู ปลา เนื้อหมู ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง อาหารโปรตีนจากพืช เช่น ถั่ว เต้าหู้ เป็นต้น

### 1.3.11 การออกกำลังกายที่เหมาะสม

หลักในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ

- 1) ควรทำสม่ำเสมอวันละประมาณ 15 – 20 นาที หรือถึง 1 ชั่วโมง จนเหงื่อออกชุ่มๆ สัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้ง ไม่ควรออกกำลังกายอย่างหักโหมและไม่ควรออกกำลังกายขณะหิวหรืออิ่ม
- 2) วิธีการออกกำลังกาย ทำได้หลายอย่าง เช่น เดินไกล ๆ วิ่งกายบริหาร โยคะ ว่ายน้ำ จะใช้อย่างใดควรทำตามถนัด และเหมาะสมกับวัยหรือโรคแทรกซ้อนทางหัวใจอื่นๆ

- 3) อายุมากอาจเพียงเดินหรือบริหารท่าง่าย ๆ
- 4) ในรายที่มีโรคหัวใจแทรก ต้องระมัดระวังไม่ให้ออกกำลังกายมากเกินไป และจะต้องหยุดทันทีเมื่อรู้สึกเหนื่อย หรือเจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น
- 5) การทำงานด้วยแรงกายก็ได้ประโยชน์ เช่น ทำสวน ทำนา ทำไร่ เดินไกล ตักน้ำ ขุดดิน เข็นรถ เป็นต้น แต่ต้องมากพอให้มีเหงื่อออกและทำติดต่อกันอย่างน้อย 15 นาที ทำวันละครั้งหรืออย่างน้อยวันเว้นวัน และควรหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อมีอาการต่อไปนี้

- 5.1 ตื่นเต้นกระสับกระส่าย
- 5.2 มือสั่น ใจสั่น
- 5.3 เหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย
- 5.4 ปวดศีรษะ ตาพร่า หัว
- 5.5 เจ็บแน่นหน้าอก
- 5.6 เจ็บที่หน้าอกกว้างไปที่แขน คอ ขากรรไกร
- 5.7 หายใจหอบมากผิดปกติ

6) สำหรับผู้ที่เริ่มออกกำลังกายควรเริ่มต้นที่ละน้อยตามกำลังของตนเอง ก่อนอย่าให้หักโหม หรือเหนื่อยเกินไป แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อยในการออกกำลังกาย อาจไม่จำเป็นต้องกินอาหารเครื่องดื่ม น้ำหวาน หรือน้ำผลไม้เพิ่มจากปกติเสมอไป ควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน

7) หลังการออกกำลังกาย ควรดื่มน้ำเปล่าให้เพียงพอ

#### ประโยชน์ของการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเป็นเบาหวาน

1. ช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เพราะขณะออกกำลังกายกล้ามเนื้อและไขมันใช้น้ำตาลเพิ่มขึ้น
2. ช่วยให้น้ำหนักตัวลดลง ซึ่งจะทำให้อาการของโรคเบาหวานดีขึ้น
3. ช่วยลดไขมันในเส้นเลือด ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือดของเบาหวานได้

1.3.12 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความจำเป็นและสำคัญมากพอกับการรักษาที่ถูกต้อง ถ้าผู้ให้การพยาบาลมีความเข้าใจในด้านการใช้ยา การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพและวิถีลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น โดยมีจุดประสงค์ใหญ่ๆ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนี้

- 1) เพื่อคงไว้ซึ่งความปกติทางด้านชีวเคมีและการเผาผลาญอาหารในร่างกาย

- 2) ป้องกันการกำเริบหรืออาการที่จะรุนแรงขึ้น
- 3) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหรือให้เกิดน้อยที่สุด
- 4) ลดการทำงานของตับอ่อน โดยการให้อาหารและแนะนำการจำกัดอาหารที่ถูกต้อง
- 5) ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสามารถปฏิบัติตนเองได้อย่างถูกต้อง

### 1.3.13 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัด ควรปฏิบัติดังนี้

1) ก่อนผ่าตัด ต้องควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโดยเฉพาะติดเชื้อ การงดอาหารและน้ำก่อนผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการระดับน้ำตาลในเลือดได้ง่าย ต้องคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับผลการตรวจน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะให้พร้อมก่อนเข้าห้องผ่าตัด

2) หลังผ่าตัด ความเครียดจากการผ่าตัด ทำให้ร่างกายต้องการอินซูลินสูง ผู้ป่วยอาจมีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าได้ง่าย เมื่อรับผู้ป่วยจากการผ่าตัด ถ้ามีการรักษาจากอินซูลินจะต้องให้ผู้ป่วยทันที เพื่อป้องกันอะซิโดซิสที่เกิดขึ้น ตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะทันทีที่ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะหลังผ่าตัด และต่อไปตรวจทุก 2-4 ชั่วโมง ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเพื่อประเมินการให้อินซูลินอย่างถูกต้อง มิให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การตรวจชีพจร การหายใจและความดันโลหิตให้ตรวจสอบเช่นเดียวกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั่วไป การออกกำลังกายหลังผ่าตัดและให้อาหารให้ได้เหมือนผู้ป่วยหลังผ่าตัดอื่นๆ

## 1.4 เจตคติต่อโรคเบาหวาน

### 1.4.1 ความหมายของคำว่าเจตคติ กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2528 : 172)

ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ หรือแนวโน้มในการนำมาซึ่งการกระทำ การชอบหรือไม่ชอบ การยอมรับหรือไม่ยอมรับ หรือความพร้อมที่จะตอบสนองของบุคคล ทั้งนี้เนื่องมาจากการรับรู้ เรียนรู้ของบุคคลในสังคม

งามตา วณิชทานนท์ (2535 : 215) ได้ให้ความหมายของเจตคติว่า คือ จิตลักษณะประเภทหนึ่งของบุคคล เกิดจากการรู้คิดเชิงประมาณค่าเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด ในทำนองประโยชน์หรือโทษ ทำให้มีความรู้สึกโน้มเอียงไปในทางชอบ พอใจมากน้อยต่อสิ่งนั้นๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า เจตคติเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ รวมทั้งความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเฉพาะอย่าง

ล้วน สายยศ (2538: 7) กล่าวว่า เจตคติเป็นเรื่องราวของความรู้สึกที่พอใจและไม่พอใจที่มีต่อบุคคลหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลทำให้แต่ละคนสนองตอบต่อสิ่งเร้าแตกต่างกัน

วิภา นานาศิลป์ (2538 : 22) กล่าวว่า เจตคติเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยที่พบว่ามีส่วนสำคัญในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนอย่างไรนั้น ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญ ได้แก่ ประสบการณ์เดิมที่มีต่อโรคนั้นๆ คำแนะนำที่ได้รับจากครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ความเชื่อ เป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวทำให้บุคคลมีเจตคติในการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันออกไป

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2536 : 24) กล่าวว่า เจตคติเป็นความเห็น ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเจตคติจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ค่านิยม ซึ่งจะแสดงออกถึงความชอบหรือความไม่ชอบของบุคคลและจะส่งผลถึงพฤติกรรม

ฟร็ดแมน (Freedman, 1970 ; อ้างถึงใน กมลรัตน์ หล้าวงษ์. 2528 : 169) กล่าวว่า "เจตคติ" คือ ระบบที่มีลักษณะมั่นคงถาวร ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบทางด้านความรู้สึกและการปฏิบัติ

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่าเจตคติต่อโรคเบาหวาน หมายถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเจตคติของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นความเชื่อและความรู้สึกที่มีต่อโรคเบาหวาน การรักษา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด ระดับน้ำตาลในเลือด และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ถ้ามีเจตคติในทางที่ดีก็จะมีแนวโน้มให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานนำความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับมาปรับแนวคิดและเจตคติต่อโรคเบาหวาน เกิดความตั้งใจในการรับการตรวจรักษา และนำมาซึ่งพฤติกรรมในที่สุด

1.4.2 การสร้างมาตรวัดเจตคติ การสร้างมาตรวัดเจตคติมีหลายวิธีสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสร้างมาตรวัดเจตคติตามวิธีของลิเคิท (Likert Scale) การวัดเจตคติวิธีนี้จะกำหนดระดับความรู้สึกของคนเป็นระดับ การสร้างมาตรวัดเจตคติตามวิธีของลิเคิท (Likert) (สุภักยา ทวีศรี. 2545 : 11) ดังนี้

- 1) ตั้งจุดมุ่งหมายของการศึกษาว่าต้องการศึกษาเจตคติของใครที่มีต่อสิ่งใด

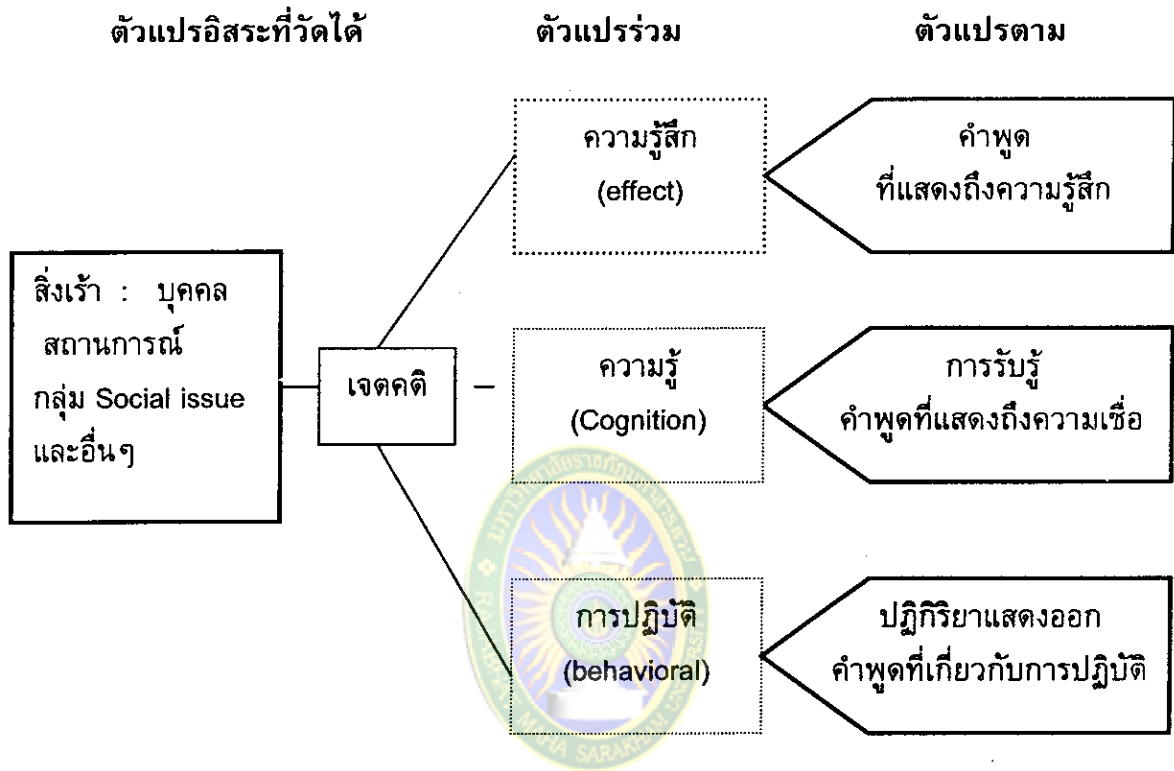


- 2) ให้ความหมายของเจตคติต่อสิ่งที่จะศึกษานั้นให้แจ่มชัดเพื่อให้ทราบว่าสิ่งที่เป็นประเด็นที่จะสร้างแบบวัดนั้นประกอบด้วยคุณลักษณะใดบ้าง
  - 3) สร้างข้อความให้ครอบคลุมลักษณะที่สำคัญๆ ของสิ่งที่จะศึกษาให้ครบถ้วนและต้องมีข้อความที่เป็นไปในทางบวกและทางลบมากพอต่อการที่จะนำไปวิเคราะห์
  - 4) ตรวจสอบข้อความที่สร้างขึ้น ซึ่งทำได้โดยผู้สร้างข้อความขึ้นเองและนำไปให้ผู้มีความรู้ในเรื่องนั้นๆ ตรวจสอบ โดยพิจารณาในเรื่องของความครบถ้วนของคุณลักษณะของสิ่งที่ศึกษา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนลักษณะการตอบข้อความที่สร้างว่าสอดคล้องกันหรือไม่เพียงใด เช่น พิจารณาว่าควรจะให้ตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือชอบมากที่สุด ชอบมาก ปานกลาง ชอบน้อย ชอบน้อยที่สุด เป็นต้น
  - 5) ทำการทดลองข้างต้นก่อนที่จะนำไปใช้จริง แล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่ง เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของข้อความและภาษาที่ใช้อีกครั้งหนึ่ง และเพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเที่ยงตรง ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของมาตรวัดเจตคติทั้งชุดด้วย
  - 6) กำหนดการให้คะแนนการตอบของแต่ละตัวเลือก โดยทั่วไปนิยมใช้คือ กำหนดคะแนนเป็น 5 4 3 2 1 หรือ 4 3 2 1 0 สำหรับข้อความทางบวกและ 1 2 3 4 5 หรือ 0 1 2 3 4 สำหรับข้อความทางลบ
- สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างมาตรวัดเจตคติตามวิธีของลิเคิท (Likert) กำหนดระดับเจตคติเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย โดยพิจารณาเรื่องของความครบถ้วนของลักษณะสิ่งที่จะศึกษา

**1.4.3 องค์ประกอบของเจตคติ** มีความเกี่ยวข้องกับความหมายหรือนิยามของเจตคติซึ่งนักจิตวิทยาหลายๆ ท่าน กล่าวถึงองค์ประกอบของเจตคติไว้ดังนี้

- 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) องค์ประกอบนี้มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมอย่างใดอย่างหนึ่ง





มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
**แผนภูมิที่ 3 องค์ประกอบของเจตคติ**  
 Rajabhat Mahasarakham University  
 ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 90-91)

1.4.4 การเกิดเจตคติ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 91-93) กล่าวถึงแหล่งสำคัญที่ทำให้เกิดเจตคติไว้ 3 แหล่ง ดังต่อไปนี้

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

2) สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Model) เจตคติบางอย่างถูกสร้างขึ้นจากการเลียนแบบผู้อื่นขบวนการเกิดทัศนคติโดยวิธีนี้เกิดขึ้นได้ โดยขั้นแรกจากเหตุการณ์บางอย่างบุคคลจะเห็นว่าบุคคลอื่นมีการปฏิบัติอย่างไร ขั้นต่อไปบุคคลนั้นจะแปรความหมายของการปฏิบัตินั้นในรูปความเชื่อ เจตคติซึ่งมาจากการปฏิบัติของเขา ถ้าบุคคลนั้นให้ความเคารพนับถือ ยกย่องคนที่แสดงปฏิภิรยานั้นอยู่แล้ว บุคคลนั้นจะยอมรับความรู้สึก ความเชื่อที่เขาคิดว่าบุคคลที่แสดงปฏิบัตินั้นดี

3) องค์ประกอบที่เกี่ยวกับสถาบัน (Institutional factor) เจตคติของบุคคลหลายอย่างเกิดขึ้นสืบเนื่องจากสถาบัน เช่น โรงเรียน สถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา หน่วยงานต่างๆ สถาบันเหล่านี้จะเป็นทั้งแหล่งที่มาและสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดเจตคติบางอย่างได้

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

1) ให้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้องแก่ผู้เรียนโดยวิธีอภิปรายหรือจัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนนำไปพิจารณาไตร่ตรองจนเกิดการยอมรับเจตคตินั้น

2) ชักจูงให้ผู้เรียนเกิดการยอมรับ โดยการให้คำแนะนำ บอกเล่า หรือให้ความรู้เพิ่มเติมจากผู้รู้มาอาจให้ชมภาพยนต์หรือฟังปาฐกถา เมื่อผู้เรียนเห็นประโยชน์และให้ความสำคัญก็จะยอมรับเจตคตินั้น

3) จัดกิจกรรมที่เร้าใจให้เกิดการยอมรับ เช่น การชมภาพยนต์ การดูละครหรือดูรูปภาพ

4) เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้เกิดประสบการณ์ตรง ผู้เรียนได้พบ ได้สัมผัสด้วยตนเองย่อมเปลี่ยนทัศนคติหรือยอมรับทัศนคติใหม่ สร้างความประทับใจแก่ผู้เรียน

การอ่านหนังสือจะช่วยเปลี่ยนทัศนคติได้บ้างเพราะผู้อ่านมักจะนำตนเองเข้าไปสวมบทบาทตัวเอกในเรื่อง ทำให้คล้อยตามแนวคิดต่างๆ ถ้าผู้สอนจัดหนังสือที่ดีให้ผู้อ่านผู้เรียนย่อมได้ทัศนคติที่ต้องการ

1.4.6 วิธีเปลี่ยนเจตคติ กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2528 : 200) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเปลี่ยนได้ง่ายกว่าเปลี่ยนค่านิยมเพราะขึ้นอยู่กับความรู้สึกของบุคคล โดยไม่ต้องคำนึงถึงเกณฑ์การตัดสินของสังคม จึงมักพบเสมอว่า ในสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ มากกว่าเปลี่ยนแปลงค่านิยมหรือความรู้สึกอื่นๆ และเนื่องจากเจตคติเกิดจากการเรียนรู้หรือได้รับประสบการณ์ต่างๆ ในสังคมย่อมเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ตามสภาพหรือสถานการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

กระบวนการเกิดเจตคติหรือการเปลี่ยนแปลงเจตคติมี 3 อย่าง คือ (Kelmam.1958 : 5160 : อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 122-124)

1) การยินยอม (Compliance) การยินยอมจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อเขาและเพื่อมุ่งหวังจะให้เกิดความพึงพอใจจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลนั้น

2) การเลียนแบบ (Identification) การเลียนแบบเกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนั้นเป็นผลมาจากการที่เขาต้องการที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีหรือพึงพอใจระหว่างตัวเขากับบุคคลหรือกลุ่มหนึ่ง

3) ความต้องการภายใน (Internalization) จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า อันสืบเนื่องมาจากสิ่งนั้นตรงกับความต้องการภายในของบุคคลนั้น

**1.4.7 อิทธิพลของเจตคติต่อพฤติกรรมของบุคคล** เจตคตินอกจากจะมีอิทธิพลเกี่ยวข้องในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคลแล้ว ยังมีส่วนช่วยบุคคลในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) ช่วยให้เข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว โดยการช่วยจัด รวบรวมและทำให้สิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อนกลายเป็นที่ง่ายต่อการเข้าใจ

2) ช่วยปกป้องความนิยมในตัวเอง (Self - esteem) โดยการช่วยให้บุคคลสร้างความนิยมชมชื่นในตัวเองขึ้น

3) ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้อยู่ในโลกที่ซับซ้อนได้ โดยการช่วยแสดงพฤติกรรมที่จะได้รับสิ่งตอบแทนที่น่าพึงพอใจจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว

4) ช่วยให้บุคคลได้แสดงออกซึ่งค่านิยมพื้นฐานของตนเอง

**1.4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ** มีผู้ให้ความรู้ด้านนี้ ดังนี้

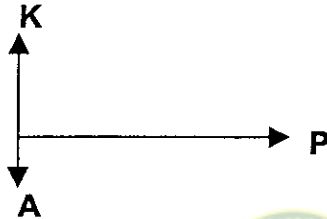
**สุชาติ โสมประยูร (2525 : 48)** กล่าวว่า พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ละด้านจะไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ มักจะเกิดขึ้นรวมๆ กันและพึ่งพาอาศัยกัน การสร้างพฤติกรรมอย่างหนึ่งจะช่วยสร้างเสริมพฤติกรรมอย่างอื่นๆ เสมอ การพัฒนาพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง จึงเป็นการพัฒนาพฤติกรรมด้านอื่นๆ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

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

1) เจตคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ เจตคติเป็นตัวนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้น ความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลจึงมีความสัมพันธ์กับเจตคติและมีผลต่อการปฏิบัติ



2) ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กัน (Interaction) และมีผลทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



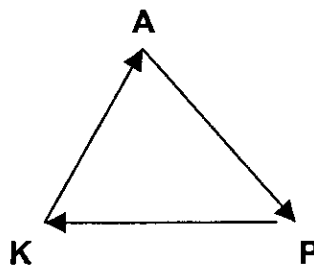
3) ความรู้และเจตคติต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

Rajabhat Mahasarakham University

4) ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นเจตคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



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

กล่าวโดยสรุปได้ว่า เจตคติต่อโรคเบาหวาน จะเป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็น ความสนใจ ทำที่ ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่รวมถึง ความเชื่อ และความรู้สึกมีความสัมพันธ์กับอารมณ์จะจงใจให้เกิดพฤติกรรมตาม ความรู้สึกนั้น ความรู้สึกของบุคคลที่ต่ออาการ การรักษา การควบคุมอาหาร

การออกกำลังกาย การปฏิบัติสมาธิ การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้ป่วยที่มีต่อโรคเบาหวาน โดยที่ความรู้เป็นส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดเจตคติ ถ้ามีเจตคติในทางที่ดีก็จะมีแนวโน้มให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมในที่สุด

### 1.5 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537: 95) พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิบัติต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้

ชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2542: 32) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่าเป็นการกระทำหรือกิจกรรมทางกาย วาจา และทางใจที่มนุษย์แสดงออกมาที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ การกระทำหรือกิจกรรมของคนมีรูปแบบต่างๆ กัน บางอย่างสามารถเห็นได้ด้วยตาหรือได้ยินด้วยหู บางอย่างเป็นความรู้สึกภายในจิตใจที่ไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือหรือตัวชี้วัดและมีกิจกรรมหลายอย่างที่คนแสดงออกมาทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึก

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

กันยา สุวรรณแสง (2536 : 92) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าเป็นอาการ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏสัมผัสได้ด้วย ประสาทสัมผัสหรือมีฉะนั้น ก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

รัตนา ประเสริฐสม (2546 : 3) พฤติกรรม หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาสุขภาพที่ควรกระทำในชีวิตประจำวัน

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

จากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่กล่าวมาข้างต้นสรุปว่าพฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติต่างๆ หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต แสดงออกทั้งภายในและ

ภายนอกตัวบุคคล มีทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ การกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่แสดงออกมามีรูปแบบต่างกัน บางครั้งสามารถวัดได้ด้วยตาหรือได้ยินด้วยหู แต่ความรู้สึภายในจิตใจไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถวัดได้ด้วยตัวชี้วัดและกิจกรรมที่คนแสดงออกมาทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว

**ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536 : 94)** แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรครื่น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ ฯลฯ เป็นต้น
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Iness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การพักผ่อน การตามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหา การรักษาพยาบาล การหลบหลีกจากสังคม
3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick – role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการของโรครื่นมีมากขึ้น

จากแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพสรุปได้ว่าพฤติกรรมมนุษย์แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้ เจตคติและพฤติกรรม องค์ประกอบเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยความรู้และเจตคติเป็นองค์ประกอบเบื้องต้นที่นำไปสู่การปฏิบัติหรือความรู้ที่ทำให้เกิดเจตคติในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง แล้วจึงนำไปสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้การเกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบใดนั้นยังเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบและปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และทำให้สภาวะสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน

**1.6 แนวคิดเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด** มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

**เทพ หิมะทองคำ และคณะ (2547 : 31)** ได้กล่าวว่า ระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง การวินิจฉัยว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นเบาหวานหรือไม่นั้นพิจารณาที่ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเกณฑ์ ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเข้าตั้งแต่ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ขึ้นไป หรือ หลังรับประทานอาหารแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการของเบาหวาน ให้ถือว่าเป็นเบาหวานได้เลย



วนิดา นิมิตรพรชัย (2538 : 9) ได้กล่าวว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหมายถึงภาวะระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานใช้เกณฑ์วัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของผู้ป่วยเบาหวานทุกครั้ง โดยถือว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีค่าระหว่าง 70 – 120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับน้ำตาลในเลือดที่พอใช้มีค่าระหว่าง 120 – 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี (ต้องแก้ไขเต็มที่) มีค่าเกิน 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานว่าอาการแสดงของโรคเบาหวานร่วมกับระดับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ได้ (casual plasma glucose ) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (11.1 มิลลิกรัมต่อลิตร) มีความเสี่ยงกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ จอประสาทตาเสื่อม ไตเสื่อม (ภาวนา กิริติยวงศ์. 2546 : 35)

จากแนวคิดระดับน้ำตาลในเลือดที่กล่าวมาข้างต้น สรุปว่าระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง วิธีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ คือการเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานใช้เกณฑ์วัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกครั้ง โดยถือว่า ระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีค่าระหว่าง 80 – 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร การวินิจฉัยโรคเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สำหรับผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100 – 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร คนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานจำเป็นต้องคุมอาหาร รักษาน้ำหนัก ออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี (ต้องแก้ไขเต็มที่) มีค่าเกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร วัดโดยใช้วิธีการเจาะเลือดผู้ป่วยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา ทำการวิเคราะห์ผลการตรวจวินิจฉัยเพื่อความ ถูกต้องแน่นอน

จากการทบทวนวรรณกรรมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวพอสรุปได้ว่าการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีกิจกรรมต่างๆ จะช่วยให้เกิดการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานจึงอยู่ที่การควบคุมอาหารเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีระดับใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติสมาธิเพื่อลดความเครียดซึ่งจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่า ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

จะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเป็นแรงจูงใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเอง ดีขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้อย่างแน่นอน ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานจึงอยู่ที่การควบคุมอาหารเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีระดับใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด

## 2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การส่งเสริมสุขภาพน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น มีผู้วิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานไว้หลายลักษณะดังนี้

### 2.1 งานวิจัยในประเทศ

วัลลา ตันนโยทัย (2525 : 54-71) ได้ติดตามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และภาวะควบคุมโรคในผู้ใหญ่ที่ควบคุมโรคไม่ดี แต่ภายหลังการสอนและการติดตามให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะการควบคุมโรคได้ดีขึ้น นอกจากนั้นพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่อง การควบคุมอาหารมากกว่าปัญหาเรื่องอื่น แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะการควบคุมโรค

วันเพ็ญ วิสุวรรณ (2527 : 61-62) ได้ศึกษาการจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างการให้แบบปกติคือ การให้คำแนะนำโดยแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ส่วนกลุ่มทดลองให้สุขศึกษาโดยการจัดรูปแบบโปรแกรมสุขศึกษาแบบกลุ่ม และส่งเอกสารไปให้ผู้ป่วยอ่านที่บ้าน 2 ฉบับ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วนิดา ชุกกลิ่น (2534 : 76 – 82) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน

และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึก การเปรียบเทียบโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน  $t$ -test แบบ dependent และ  $t$ -test แบบ independent ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และการปฏิบัติตนเรื่องโรคเบาหวาน ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .01

**วัฒน์ คล้ายดี (2530 : 25)** ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดย การสอนผู้ป่วยร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี กลุ่มที่ 1 ได้รับการสอนโดยผู้วิจัยร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้รับเฉพาะการสอนอย่างเดียวจากผู้วิจัย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ย ในเรื่องความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจต่อบริการ ของเจ้าหน้าที่ การควบคุมอาหาร การรับประทานยา ตลอดจนการสังเกตการเกิด ภาวะแทรกซ้อน การสังเกตการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำดีกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.05$ ) วิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

**วนิดา มะระรงค์และคณะ (2534 : 203-210)** ศึกษาผลการควบคุม เบาหวานและความไม่สามารถใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ระดับ น้ำตาลในเลือด 70-120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ร้อยละ 7.3 ควบคุมระดับน้ำตาลพอใช้ (120 – 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ร้อยละ 50 และควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี (มากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร้อยละ 42.7 และพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้ร้อยละ 56.3 แยกเป็นประเภทขาดยาหรือหยุดยาเอง ร้อยละ 39.5 ใช้ขนาดยาต่างจากแพทย์สั่ง ร้อยละ 8.3 เท่ากับที่ใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง นอกจากนี้ยังพบว่าอายุและความ ไม่สามารถ ใช้ยาตามสั่งมีความสัมพันธ์กับค่าระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.05$ )

**สุภัทรา ภูมิแดนดิน (2534 : บทคัดย่อ)** ได้ศึกษาประสิทธิภาพการสอน อย่างมีแบบแผนต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัด กาฬสินธุ์ ศึกษาในด้านความรู้ ความเชื่อการดูแลตนเองและการควบคุมโรคเบาหวาน ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยแบ่งกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนแบบมีแผนโดยการบรรยายประกอบภาพพลิกจำนวน 2 ครั้งจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสอนตามปกติได้แก่การให้ความรู้ ตามปกติของเจ้าหน้าที่ที่คลินิกโรคเบาหวาน ประเมินผลการทดลองจากแบบสัมภาษณ์และ

ค่าน้ำตาลสะสม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเชื่อ การดูแลตนเองและการควบคุมโรคดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**สุรีย จันทรโมลี (2535 : 47-48)** ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเน้นความสำคัญในด้านความรู้เรื่อง การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อมั่นในความสามารถและการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีกลุ่มทดลอง 80 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 88 คน ใช้เวลาการอบรม 36 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมจัดกลุ่มสนทนา เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง จัดให้ชมวีดิทัศน์ เรื่องคุณสมบัตินการควบคุมโรคเบาหวานได้ และทำกิจกรรมกลุ่ม 3 เรื่อง คือ เรื่องผิดพลาดที่แก้ไขได้ มองไปข้างหน้าโดยฝึกทักษะให้ผู้ป่วยรู้จักมองอนาคต และแนวโน้มแก้ไข ในสิ่งผิด ในสัปดาห์ที่ 1 2 4 และ 10 หลังการอบรมผู้วิจัยได้ส่งจดหมายถึงผู้ป่วยตามลำดับดังนี้ คือ จดหมายที่ผู้ป่วยเขียนถึงตนเองจดหมายทบทวนการปฏิบัติและกำลังใจ จดหมายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความสำคัญของการให้กำลังใจตนเอง พร้อมทั้งส่งจดหมายถึงบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเกี่ยวกับการช่วยเหลือ ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 นัดผู้ป่วยกลุ่มวิเคราะห์และแก้ปัญหา รวมถึงในสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งสัปดาห์ที่ 6 และ 12

**วิชัย พักผลงาม และคณะ (2536 : 47 )** ได้ศึกษาผลการให้สุขศึกษาและการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มเดียว จำนวน 58 คน โดยความสมัครใจไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ การให้สุขศึกษา โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย และการให้โภชนาบำบัด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การรับประทานยาหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังทดลอง ดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยหลังทดลองในอาหารประเภทข้าว น้ำอัดลม กาแฟ/ไอวัลติน ผลไม้ ลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 หลังทดลองมีระดับน้ำตาลที่ต่ำกว่า

**โคมยง เหลลาโชติ (2536 : 48)** ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลโพธารามจังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือนกันยายนถึงธันวาคม 2536 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิด ไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับการตรวจรักษาตามนัดที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง 56 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน กลุ่มทดลองไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเลย ผลการวิจัย พบว่าหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ ตนเองได้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และดีกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม (กลุ่มเปรียบเทียบ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 มีข้อเสนอแนะว่าจะจัดโปรแกรมสุขศึกษา ควรเน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการพัฒนาศักยภาพในตัวผู้ป่วยเองให้สามารถฝึกทักษะ ปฏิบัติที่ถูกต้อง

**ศุภาวดี ลิ้มพานนท์ (2537 : 49)** ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย เบาหวานไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 80 คน ที่มาตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมีนาคม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแบบ รายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมงห่างกัน 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการปฏิบัติตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และการปฏิบัติตัวในเรื่องการดูแลสุขภาพ ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและการงดสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยเบาหวานได้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$  และ  $P < 0.001$  ตามลำดับ)

**อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ (2537 : 56-57)** ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 15 คน พบว่า ความรู้ในการดูแลตนเอง ในโรคเบาหวานก่อนเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 42.9 แต่หลังจากเยี่ยมบ้าน มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 94.7 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองก่อนเยี่ยมบ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 68.4 แต่หลังเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 95.7 คะแนนความรู้ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในโรคเบาหวานหลัง เยี่ยมบ้านสูงกว่าก่อนเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.01$ ) และระดับน้ำตาลในเลือดหลัง การเยี่ยมบ้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.01$ )

**เกสร แถวโนนจิ้ว** (2537 : 154-155) ศึกษาผลของการให้การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น จำนวน 40 คน หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) และมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ลดลงมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ )

**ศรีเกษ ธัญญาวินิชกุล** (2539 : 50-51) ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอสันกำแพง และอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงต่อโรค ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ 6 หมู่บ้าน 4 ตำบล 2 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 1,321 คน ดำเนินการวิจัยโดยการค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยวิธีตรวจวัดระดับน้ำตาลในปัสสาวะ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยวิธีวัดความดันโลหิต ได้ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 37 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 73 คน นอกนั้นจัดเป็นกลุ่มเสี่ยง จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Intervention Program) ให้ทั้งกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทดสอบความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**จงภักดี พร้อมเพียงบุญ** (2541 : 54 - 55) ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการมีกิจกรรมที่เหมาะสม การพักผ่อนและการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ กลุ่มประชากรเป็นผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลำพูน เลือกแบบเจาะจงจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง ทำให้เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนการจัดโปรแกรมและภายหลังจากจัดโปรแกรม



การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร ภายหลังการจัดโปรแกรมสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการมีกิจกรรมที่เหมาะสม การพักผ่อนและการออกกำลังกาย ภายหลังการจัดโปรแกรมสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม
3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ภายหลังการจัดโปรแกรมสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม

**อัญชลี แสนอ้วน (2542 : 51-52)** ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้การดูแลตนเอง และการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของโรงพยาบาลพิบูลย์มังสาหาร จำนวน 42 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติจากโรงพยาบาล ใช้เวลาศึกษา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และประเมินระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้มีการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.05$ ) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการควบคุมโรคดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.05$ )

**พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์ (2542 : บทคัดย่อ)** ได้ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มาตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสุขภาพ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการมาตรวจตามนัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

วาศนา เหนือสูญหาย (2547 : บทคัดย่อ) การเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานระหว่างการใช้สื่อประสมและการให้ความรู้ตามปกติ ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน โดยกลุ่มทดลองใช้สื่อประสมในการให้ความรู้ กลุ่มควบคุมให้ความรู้ตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยเบาหวานทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลในเลือด หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง โรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมา ถึงแม้ว่าจะมีการพยายามที่จะหารูปแบบการให้ศึกษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ โดยหวังที่จะนำไปสู่การปฏิบัตินั้น พบว่า วิธีการสอนต่างๆ มุ่งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแต่เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้ แต่การจัดกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม พร้อมกับใช้แนวคิดที่จะพัฒนาให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองรวมทั้งมีการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม จะเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพลังในการคิดตัดสินใจ และเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังนำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และนำไปสู่การช่วยเหลือกันในการดูแลสุขภาพภายในครอบครัว ชุมชนต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว พอสรุปได้ว่าการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีกิจกรรมต่างๆ จะช่วยให้เกิดการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การมีทักษะในการออกกำลังกาย และการปฏิบัติสมาธิเพื่อคลายเครียด ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่า ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเป็นแรงจูงใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ดังนั้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยข้างต้นสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพมีบทบาทต่อการชี้แนะ ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีส่วนร่วมมากขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เจตคติต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

## 2.2 งานวิจัยต่างประเทศ

แรช และคณะ (Raz. et al. 1988:53-54 อ้างใน ภาวนา กิรติยุดวงศ์. 2537 : 26) ได้พัฒนาโครงการให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยทำเป็นกลุ่มขนาดเล็กประมาณ 12 คน ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรค การรักษาและการควบคุมอาหาร มีการสาธิตเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งมีการอภิปรายภายในกลุ่ม ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามการรักษาทุก 2 เดือน มีการทบทวนความรู้ทุก 4 เดือน และติดตามประเมินผลเมื่อผู้ป่วยเข้าโครงการครบ 12 เดือน พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานผู้ป่วยไม่ได้เพิ่มขึ้น แต่ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและหลังอาหาร 2 ชั่วโมง รวมทั้งระดับฮีโมโกลบินที่น้ำตาลเกาะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้กลุ่ม และติดตามสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

ลักการีเน็น และคณะ (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

คอคเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 91 ) ได้ศึกษาพบว่า ผู้มีระดับการศึกษาสูง รายได้สูงจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูงซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมี

พฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง ต่างกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำรายได้น้อย จะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย

บรูค (Brook. 1997) ได้ใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 80 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิงโดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน กลุ่มที่ 2 ไม่ได้การฉีดอินซูลิน พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำและไม่ทราบว่าเมื่อตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะแล้วผู้ป่วยควรปฏิบัติอย่างไร

ลีเวนทาล และคณะ (Leventhal. and Others. 1983 : 332) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ชาย 196 คน หญิง 200 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลเพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้นพฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก

ไควน และคณะ (Kivin. Et al. 1987) ได้ศึกษาพฤติกรรมการรักษา และการทำนายพฤติกรรมกรให้ความร่วมมือของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเพื่อทำนายความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ตัวแปรที่ใช้ทำนายโรค คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประสิทธิภาพ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ 84 คน วัยรุ่น 23 คน ใช้เวลาในการศึกษา 6 เดือน กระบวนการวัดผลที่ใช้หลายวิธีคือ การดูแลตนเอง การสัมภาษณ์ ใช้การวัดผลความร่วมมือ 4 ประการ คือ การฉีดอินซูลิน การตรวจสอบน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย วัดผลความคาดหวังในความสามารถตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรค พบว่า ตัวแปรทางด้านจิตวิทยาทางสังคม สามารถทำนายผลความร่วมมือในการฉีดอินซูลินด้วยตนเองกับการทดลองน้ำตาลในเลือด ได้มากกว่าการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

อิมมานส์ (Aymanns. 1995 : 107 – 124) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคและการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 169 ราย ผลการศึกษาพบว่า การได้รับกำลังใจ จากครอบครัวส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้การรับรู้ การยอมรับต่อโรคและการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น

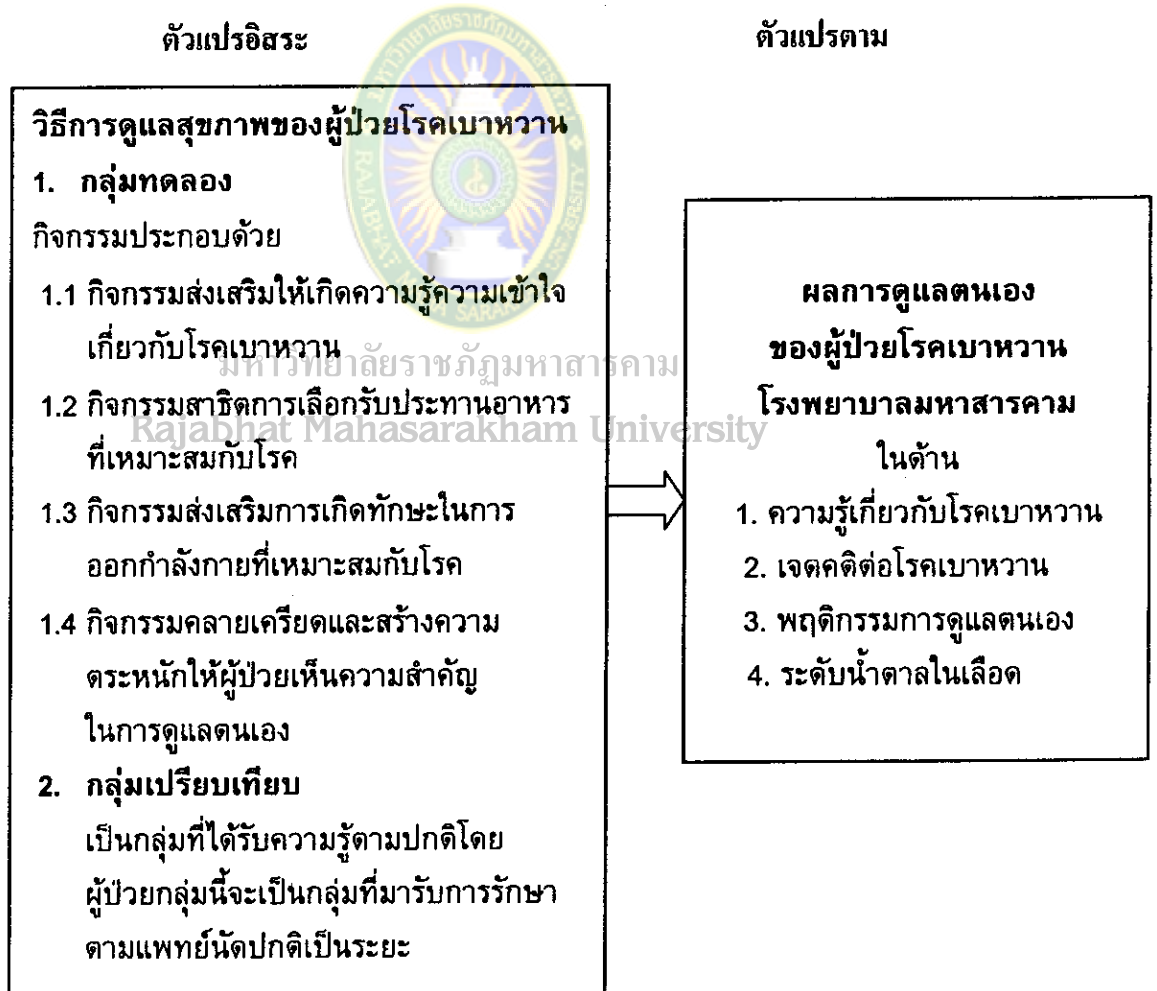
แฮร์ริส และกลูเต็น (Harris and Gluten. 1979 : 25-26) ได้ศึกษา พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านการรักษาสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง 842 คน ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีกิจกรรม ที่มีเป้าหมายในการรักษาสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณอาหาร มากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำ

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าบุคคลจะมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นจะต้องมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง การให้ความรู้ทำให้คนมีความรู้ มีเจตคติที่ดีในเรื่องนั้น และยอมรับในการปฏิบัติตามในเรื่องนั้นได้ง่ายๆ เนื่องจากความรู้ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง เมื่อบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องได้ดี ก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เพราะการมี ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ทราบว่าจะปฏิบัติอย่างไร การส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในครั้งนี้ จัดในรูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดการเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการคิดการดูแลตนเอง โดยทีมบุคลากร ทางการแพทย์เป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุน จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น และในการวางแผนการจัดกิจกรรมนั้น กิจกรรมจะมุ่งเน้นในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในทางที่พึงประสงค์ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น เป็นผลจากวิธี การส่งเสริมสุขภาพ วิธีการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ และความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้วิจัย พบว่ามีผู้ทำการศึกษาการพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ยังไม่เคย ปรากฏว่ามีผู้ใดทำการศึกษาโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการ จากโรงพยาบาลมหาสารคาม และผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข จึงเกิดแรงจูงใจ ที่จะศึกษาโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยการจัดรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยศึกษาตัวแปรอิสระวิธีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาล มหาสารคามประกอบด้วย กลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ ตัวแปรตาม ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการวางแผน ดำเนินงานสุขศึกษาเชิงรุกในโรงพยาบาลมหาสารคาม และในสถานีนามัย เครือข่ายต่อไป

### 3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยศึกษาข้อมูลจากการส่งเสริมสุขภาพจะมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างไร โดยกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า ดังนี้



แผนภูมิที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย