

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัย โดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคเบาหวาน
3. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วย

เบาหวาน

#### 3.1 ปัจจัยด้านบุคคล

3.1.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านบุคคล

3.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 3.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุน

3.2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการสนับสนุน

3.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 3.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

3.3.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยเบาหวาน

3.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. ประสิทธิภาพในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความสำคัญที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญจากข้อมูลระบาดวิทยาพบว่าความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปี ค.ศ. 2010 จะมีผู้ป่วยจำนวน 177 ล้านคน และ 380 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 ซึ่งพบอัตราสูงมากในประเทศ

กำลังพัฒนา (ชิตี สนับบุญ, 2549 : 15) ในประเทศไทยพบว่าทุก ๆ 100 คน มีผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณ 6 คน และผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 99 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (เทพ หิมะทองคำ, 2548 : 9) โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินซูลิน ทำให้เมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ มีผลให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงขึ้น จนเกินความสามารถที่จะกักไว้ได้ จึงมีการกรองน้ำตาลในเลือดออกมาทางปัสสาวะจึงเรียกว่า เบาหวาน (บุญทิพย์ สิริธรรวัศรี, 2539 : 8)

### 1.1 สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน

1.1.1 สาเหตุจากพันธุกรรม เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2

1.1.2 สาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากพันธุกรรมที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวาน ได้แก่

- 1) ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด ทำให้เนื้อเยื่อในการตอบสนองของเนื้อเยื่อร่างกาย ต่ออินซูลิน ไม่ดี
- 2) ผู้สูงอายุ การสังเคราะห์และการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลง
- 3) โรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบหรือได้รับการผ่าตัดตับอ่อน
- 4) การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูมซึ่งมีผลต่อตับอ่อน
- 5) การได้รับยาบางชนิด สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิดบางชนิด ทำให้มีการสร้างน้ำตาลมากขึ้น
- 6) การตั้งครรภ์ เนื่องจากการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิด ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

### 1.2 ประเภทของโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลกและสหพันธ์โรคเบาหวาน แห่งอเมริกา (American Diabetic Association, 2008) ได้แบ่งประเภทของเบาหวานตามลักษณะทางคลินิก ได้ดังนี้

1.2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes) หรือประเภทพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus ; IDDM) เกิดจากเบต้าเซลล์ ในตับอ่อนมีจำนวนน้อยหรือไม่มีเลย ทำให้ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยเด็กหรือคนที่อายุ

น้อยกว่า 40 ปี อาการของโรคจะเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและรุนแรง มีรูปร่างผอมหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว ต้องรักษาโดยการฉีดอินซูลินทุกวัน

1.2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes) หรือประเภทไม่พึ่งอินซูลิน (Non- insulin Dependent Diabetes Mellitus ; NIDDM) เกิดจากภาวะพร่องอินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน เบต้าเซลล์ในตับอ่อนยังสามารถสร้างอินซูลินได้บ้าง โรคเบาหวานชนิดนี้พบในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปี ในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 95-97 ตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยการควบคุมอาหาร และการกินยารักษาเบาหวาน โดยไม่จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยอินซูลิน แต่เมื่อนาน ๆ ในผู้ป่วยบางรายมีเบต้าเซลล์เสื่อม อาจจำเป็นต้องฉีดอินซูลินในการรักษา

1.2.3 โรคเบาหวานชนิดอื่น (Other Specifies Type) ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทราบชนิดชัดเจน คือ

- 1) โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ (Genetic Defects of B-cell Function)
- 2) โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมจากการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (Genetic Defects of Insulin Action)
- 3) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน (Disease of the Exocrine Pancreas )
- 4) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคต่อมไร้ท่อ (Endocrinopathies)
- 5) โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี (Drug – or-chemical – induced)
- 6) โรคเบาหวานที่เกิดจากการติดเชื้อ (Infection)
- 7) โรคเบาหวานที่สัมพันธ์กับโรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ (Other Genetic Syndromes Associated with Diabetes )

1.2.4 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus ; GDM) ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ในระหว่างตั้งครรภ์จะมีฮอร์โมนจากรกซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน ทำให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลิน ถ้าไม่สามารถเพิ่มการสร้างอินซูลินได้เพียงพอ จะทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

### 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

เทพ หิมะทองคำ (2544) และวิทยา ศรีมาคา (2545) ได้กล่าวถึงอาการที่สำคัญที่พบบ่อยของโรคเบาหวาน ดังนี้

1.3.1 ปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมาก เนื่องจากกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดสูงมากออกทางปัสสาวะโดยไต ดังนั้นผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลสูงมากเท่าใดก็ยิ่งปัสสาวะบ่อย

1.3.2 คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก เนื่องจากร่างกายสูญเสียน้ำมากทางปัสสาวะ

1.3.3 น้ำหนักลด ผอมลง เนื่องจากมีภาวะขาดอินซูลินทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงจำเป็นต้องมีการสลายพลังงานจากโปรตีนและไขมันที่เก็บสะสมในเนื้อเยื่อมาใช้แทน

1.3.4 หิวบ่อย รับประทานมากขึ้น เนื่องจากร่างกายขาดพลังงานจึงทำให้รู้สึกหิวบ่อย และรับประทานจุ

1.3.5 เป็นแผลหายยาก มีการติดเชื้อตามผิวหนังเกิดฝีบ่อย เนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรคลดลง

1.3.6 คันตามผิวหนัง ติดเชื้อราง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอดของผู้เป็นเบาหวานเพศหญิง

1.3.7 ตาพร่ามัว มีสาเหตุหลายประการ เช่น อาจเป็นเพราะสายตาเปลี่ยน (สายตาสั้นลง) มีน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลไปคั่งอยู่ในตาหรืออาจเกิดจากต่อกระจกหรือจอตาผิดปกติจากโรคเบาหวาน

1.3.8 ชาปลายมือปลายเท้า หย่อนสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากน้ำตาลที่สูงมาก ๆ ทำให้เส้นประสาทเสื่อม เกิดแผลที่เท้าง่าย เพราะไม่รู้สึกรู้ว่า จะทรบสาเหตุแผลก็ดูกลามแล้ว ติดเชื้อได้ง่าย

### 1.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีอันตราย และคุกคามชีวิตได้ ปัจจัยที่สำคัญซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน คือ ระยะเวลาที่เป็นโรค การควบคุมโรคไม่ดี ระดับไกลโคเซอรอลสูง ความดันโลหิตสูง อายุมาก การสูบบุหรี่ ส่วนมากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีปัญหาที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแบ่งภาวะแทรกซ้อนได้ดังนี้

(ภาวนา กิริติยุตวงศ์. 2544)

#### 1.4.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

1) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากจะมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ได้แก่ ภาวะหมดสติโดยมีภาวะกึ่งของกรดคีโตน (Diabetes Ketoacidosis) และภาวะหมดสติโดยไม่มีภาวะกึ่งของกรดคีโตน (Nonketotic Hyperosmolar Coma)

2) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) พบได้บ่อยจากการลดระดับน้ำตาลในเลือดมากเกินไป การได้รับอาหารไม่เพียงพอจากความเจ็บป่วย การงดอาหาร ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และการมีกิจกรรมที่ใช้พลังงานมากเกินไป จะแสดงอาการ มึนงง สับสน ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ชัก หมดสติ

#### 3) ภาวะการติดเชื้อ

1.4.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ และคณะ. 2547 : 6) แบ่งได้ดังนี้

1) โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ (Macrovascular) ความเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ โอกาสเป็นโรคหัวใจ 2-4 เท่าของคนทั่วไป ซึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดตีบที่เท้า

2) โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็ก (Microvascular) ได้แก่ โรคแทรกซ้อนทางตา (Retinopathy) โรคแทรกซ้อนทางไต (Nephropathy) และโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Neuropathy)

### 1.5 การดูแลรักษา และควบคุมโรคเบาหวาน

#### 1.5.1 หลักการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย การรักษาให้ได้ผลดีต้องได้รับความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยเอง และญาติ ในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งการดูแลรักษา ที่สำคัญ คือ

- 1) การควบคุมอาหาร
- 2) การออกกำลังกาย
- 3) การรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาล หรือ ฉีดอินซูลิน
- 4) การผ่อนคลายความเครียด และการเรียนรู้ที่จะดูแลรักษาตนเอง

### 1.5.2 เป้าหมายในการควบคุมเบาหวาน

เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน คือ เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและ การควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด มีการป้องกันและชะลอ การเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง นอกจากการควบคุมน้ำตาลในเลือดแล้ว ควรให้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดด้วย เช่น ระดับไขมันในเลือดและระดับความดันโลหิต ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในโรคเบาหวาน

การตรวจ	ดี	ต้องปรับปรุง
1. Fasting Plasma Glucose (มก./คณ.)	80-120	> 140
2. Postprandial Glucose (มก./คณ.)	80-160	> 180
3. HbA <sub>1c</sub> (%)	< 7	> 8
4. Total Cholesterol (มก./คณ.)	< 200	> 250
5. LDL Cholesterol (มก./คณ.)	< 100	> 130
6. HDL Cholesterol (มก./คณ.)	> 45	< 35
7. Triglyceride (มก./คณ.)	< 200	> 400
8. Body Mass Index (BMI) (Kg/M <sup>2</sup> )	20-25	> 27
9. Blood Pressure (มม.ปรอท)	< 130/80	> 160/90

### 1.6 การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน

เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) สหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย มีเกณฑ์ในการการวินิจฉัยดังนี้

1.6.1 ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) อย่างน้อย 2 ครั้ง

1.6.2 ระดับกลูโคสในพลาสมาเมื่อไม่ได้อดอาหาร คือเจาะเมื่อใดก็ได้ (Random Plasma Glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน



1.6.3 ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมงหลังการดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 g Oral Glucose Tolerance Test) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง

สาเหตุที่องค์การอนามัยโลกได้ปรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน โดยลดค่าระดับน้ำตาลในพลาสมา หลังอดอาหารจาก 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็น 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เนื่องจากการศึกษาวิจัยในกลุ่มโพลีมาซินเดียนชาวฮิปปี้ และการสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารอยู่ระหว่าง 120- 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่จอประสาทตาเสื่อมไตเสื่อม (ภาวนา กิริติยดวงศ์. 2544 : 6) ดังนั้นค่าพลาสมาที่กลูโคสขณะอดอาหารและหลังรับประทานอาหารสามารถนำมาวินิจฉัยโรคเบาหวานได้ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานจากค่าพลาสมาที่กลูโคส

การวินิจฉัย	Fasting Plasma Glucose	Post –plasma Glucose
ปกติ	< 100 mg /dl	< 140 mg / dl
Impaired Fasting Glucose	100-125 mg / dl	-
Impaired Glucose Tolerane	-	140-199 mg / dl
เบาหวาน	> 126 mg /dl	>200 mg / dl

(ที่มา : วิทยา ศรีมาดา. 2545)

## 2. พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคเบาหวาน

2.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและลักษณะของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรค อาจแบ่งออกได้หลายอย่าง คือ

2.1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม ในแง่ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ขณะนี้ยังไม่พบความผิดปกติของยีนตัวใดตัวหนึ่งที่จะอธิบายการเกิด โรคเบาหวานได้ในผู้ป่วยทุกราย ปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีการค้นพบ ในปัจจุบันคือการมี Mutation ของ Insulin Receptor, Glucokinase และ Mitochondrial Gens พบว่า เป็นสาเหตุของโรคเบาหวานในผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ส่วน Mutation ของยีนอื่น เช่น Glycogen Synthetase และ Insulin – receptor Substrate – 1 (IRS-I) ก็มีรายงานในผู้ป่วย NIDDM บางเชื้อชาติเท่านั้น และไม่ใช่ว่า

สาเหตุสำคัญในผู้ป่วยส่วนใหญ่ในปัจจุบันจึงยังไม่อาจชี้ชัดถึงยีนที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน (Diabetogenes) ได้ สมมุติฐานหนึ่งที่อาจอธิบายปรากฏการณ์ที่พบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศที่กำลังพัฒนาหรือในคนบางเชื้อชาติ เช่น ชาวอินเดียหรือชาวจีนที่อพยพไปอยู่ประเทศทางตะวันตก คือ Thrifty Gene Hypothesis ซึ่งอธิบายว่าในคนที่อาศัยอยู่ในที่ที่อาหารค่อนข้างขาดแคลน ร่างกายจะมีการปรับตัวโดยมีการสะสมไขมัน และพลังงานมากขึ้น เมื่อคนเหล่านี้ไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ที่มีอาหารมากเกินไป การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงทำให้มีโอกาสเป็นเบาหวานได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้สภาวะแวดล้อมระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดา (Intrauterine Environment) ก็อาจมีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตได้ ภาวะทุพโภชนาการบางช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ อาจมีผลต่อการทำงานของ B-cell ของตับอ่อน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรืออาจเป็นไปได้ว่าทารกที่น้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยกว่าปกติที่รอดชีวิตมาได้นี้มีภาวะคืออินซูลินมากกว่าปกติ

2.1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม การศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันทั้งในภาคตัดขวางและการศึกษาระยะยาว พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมบางอย่างที่อาจเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ความอ้วน โดยเฉพาะ Upper Body Obesity การขาดการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและมีการบริโภคอาหารบางชนิด โดยเฉพาะอาหารประเภทไขมันในปริมาณสูง

2.1.3 ความอ้วน มีการศึกษาหลายรายงานที่แสดงให้เห็นว่าความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวาน และความทนกลูโคสที่ผิดปกติ คำนีความหนาของร่างกายมีความสัมพันธ์ โดยตรงกับโอกาสเกิดโรคเบาหวานทั้งในเพศชายและเพศหญิง ในหลายเชื้อชาติ นอกจากนี้การกระจายของไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายยังมีความสำคัญต่อโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ต่าง ๆ กัน โดยผู้ที่มีไขมันสะสมบริเวณท้องมาก จะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้สูงกว่าผู้ที่มีไขมันมากบริเวณอื่น สาเหตุที่การสะสมไขมันในบริเวณนี้ทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานนี้ยังไม่ทราบแน่ชัดหลักฐานที่มีในขณะนี้คือไขมันในช่องท้อง หรือ Visceral Fat นี้เป็นไขมันที่สามารถสลายเป็น Free Fatty Acid และส่งไปยังตับโดยตรง ไขมันบริเวณนี้ตอบสนองต่อการกระตุ้น โดยระบบประสาทซิมพาทติก พบว่าความอ้วนชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะ Insulin Resistance และในบางรายงานพบว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับ 3- adrenergic Receptor Polymorphism ในคนที่อ้วนมากและมี



ความทนกลูโคสผิดปกติ การลดน้ำหนักตัว สามารถช่วยลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้

2.1.4 การขาดการออกกำลังกาย เป็นที่ทราบกันดีว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้น และช่วยให้การควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยลดระดับไขมันในเลือด เพิ่มปริมาณ HDL – cholesterol และช่วยลดปริมาณไขมันในร่างกาย มีการศึกษาหลายเชื้อชาติที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายมีโอกาสดเกิดโรคเบาหวานสูงขึ้น 2-4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ออกกำลังกายหรือใช้แรงงานสม่ำเสมอ อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานที่พบสูงขึ้นมากในระยะหลังนี้โดยเฉพาะในประเทศที่เริ่มพัฒนา อาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิตเป็น Sedentary Lifestyle และขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างคนที่อยู่ในชนบทและคนที่อยู่ในตัวเมืองในหลายประเทศ เช่น เปอเตอริโก และหลาย ๆ ประเทศในหมู่เกาะแปซิฟิก เช่น ฟิจิ, ซามัวตะวันตกพบว่าโอกาสเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในพวกที่อยู่ในตัวเมือง ถึงแม้จะตัดปัจจัยเรื่องความอ้วนออกไปแล้วการศึกษาในไต้หวัน พบว่า ผู้ที่ทำงานในบริษัทจะมีระดับน้ำตาลและอินซูลินในเลือดสูงกว่าผู้ใช้แรงงานเป็นประจำ กลไกของการออกกำลังกายที่ช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน น่าจะเป็นทั้งผลโดยตรง จากการที่การออกกำลังกาย ทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้น และผลทางอ้อม จากการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและมีการกระจายของไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายดีขึ้น สำหรับผลของการออกกำลังกายต่อการควบคุมโรคเบาหวาน

2.1.5 ปัจจัยด้านอาหาร โภชนาการเป็นพื้นฐานที่สำคัญของชีวิตนับแต่เริ่มปฏิสนธิเจริญวัยเป็นเด็กและผู้ใหญ่ จวบจนกระทั่งชราภาพและเสียชีวิต โภชนาการล้วนมีผลต่อวัยดังกล่าว ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคตลอดชีวิตของคนเรามีผลกระทบต่อสุขภาพในการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บตลอดจนความรุนแรงของโรค และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โภชนาบำบัดทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคที่รุนแรง สร้างคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ขณะเดียวกันลดค่าใช้จ่ายการรักษาโดยการลดการใช้ยาลดความถี่และระยะเวลาการรักษาตัวของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและลดอันตรายจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผลที่ตามมาคือลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ การให้บริการทางโภชนาบำบัดเป็นสิ่งสำคัญต่อระบบการสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพโดยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล ผลที่ตามมาคือช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดการใช้ยา ลดภาวะโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ลดอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ลดการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มคุณภาพของชีวิต

ซึ่งเป็นที่ยกย่องกันมานานว่าการบริโภคสารอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งมากเกินไป เป็นเวลานาน ๆ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ คงเป็นการยากที่จะหาคำตอบที่ชัดเจนในเรื่องนี้ได้ อย่างไรก็ตาม หลักฐานทางระบาดวิทยาที่มีในปัจจุบันและหลักฐานทางห้องปฏิบัติการ พบว่า การบริโภคไขมันอิ่มตัวในปริมาณมากและการบริโภคปริมาณเส้นใยอาหารที่ไม่เพียงพออาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ นอกจากนี้ในผู้ที่อ้วนมีการบริโภคอาหารที่ให้ปริมาณพลังงานสูงกว่าคนทั่วไป ซึ่งความอ้วนนี้ก็ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การหันมาบริโภคอาหารแบบตะวันตกซึ่งมีไขมันสูงและปริมาณเส้นใยอาหารต่ำก็อาจเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

## 2.2 ปัจจัยอื่น ๆ

2.2.1 ความเครียด ภาวะเครียดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เช่น Glucagon, Cortisol และ Catecholamines ซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น สำหรับภาวะเครียดทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ๆ ยังไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

2.2.2 ยา มียาหลายชนิดที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด โดยอาจเป็นผลต่อดัชนีน้ำตาล ทำให้หลังอินซูลินได้น้อยลง หรืออาจเป็นผลต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลินก็ได้ ยาที่สำคัญและมีโอกาสพบได้บ่อย คือ ยาลดความดันโลหิต บางชนิด โดยเฉพาะ ยาขับปัสสาวะ และยาด้านเบต้า, คอร์ติโคสเตียรอยด์ และยากุมกำเนิดบางชนิด อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลที่ผิดปกติมักดีขึ้นได้หลังจากหยุดยาเหล่านี้

## 3. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

3.1 ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งมีตัวแปร 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เรื่องเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และภาวะด้านอารมณ์และความเครียด

### 3.1.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านบุคคล

#### 1) ทฤษฎีการเรียนรู้

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) เป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจหรือทักษะโดยผ่านการมีประสบการณ์ หรือจากการได้ศึกษาในสิ่งนั้น ๆ การเรียนรู้อาจเกิดจากการมีสิ่งเร้าและการตอบสนอง อาจเกิดกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งจะรวมถึงการให้เห็นผล การสร้างจินตนาการ การเกิดแนวคิดแบบนามธรรมและการแก้ปัญหา

ซึ่งการเรียนรู้จะเกิดจากองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ คือ 1) ผู้เรียน 2) สิ่งที่จะเรียน 3) กระบวนการ และ 4) สิ่งแวดล้อมทางการเรียนรู้ (ประภาพร สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. 2534 : 49)

ความต้องการที่จะเรียนรู้ประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้และผลของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จะเป็นผลหรือมีอิทธิพลมาจากสิ่งที่ผู้เรียนรู้นำติดตัวมาสู่สิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้นั้นๆ เพราะว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้ (สุชาติพิศ สฤทธิพัฒนา. 2536 : 166-167)

1. วุฒิภาวะและความพร้อม วุฒิภาวะ หมายถึง ความเจริญเติบโตของเด็ก โดยธรรมชาติทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา วุฒิภาวะและความพร้อมเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด ความพร้อม หมายถึง ระดับวุฒิภาวะและความสามารถที่จำเป็นในการเรียนรู้หรือการฝึกฝนกิจกรรมนั้น ๆ เช่น เด็กที่มีความพร้อมในการเรียนการอ่าน ย่อมหมายถึงระดับวุฒิภาวะของเขที่สามารถแยกความแตกต่างและความคล้ายคลึงของตัวอักษรได้

2. ความสามารถ หมายถึง เซาว์ปัญญา คนที่มีเซาว์ปัญญาต่ำย่อมเรียนในเรื่องที่ง่ายและไม่สลับซับซ้อนได้ ส่วนคนที่มีเซาว์ปัญญาสูงย่อมจะเรียนในเรื่องที่ยากได้ ความสามารถนี้จะวัดได้จากแบบทดสอบเซาว์ปัญญา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้และนำมาพิจารณาร่วมกับวิธีการอื่น เพื่อให้ได้ใกล้เคียงกับความสามารถของผู้เรียนและใช้ทำนายความสำเร็จในอนาคต

3. การจูงใจ เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่มีจุดหมายแน่นอน การจูงใจเกิดจากเครื่องล่อใจต่าง ๆ ที่จะช่วยให้เกิดความปรารถนาที่จะเรียน การมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งที่จะเรียนรู้อยู่ก่อนก่อให้เกิดความสนใจอยากเรียน ความต้องการ ความสนใจ การใฝ่เรียนล้วนเป็นแรงจูงใจทั้งสิ้น

4. อายุ บุคคลที่พ้นวัยผู้ใหญ่ไปแล้ว ยิ่งอายุมากขึ้นความสามารถในการเรียนจะยิ่งลดลง ความจำไม่ดีเท่าวัยรุ่น แต่ก็มีสิ่งชดเชย เช่น ประสบการณ์ การใช้เหตุผลดีขึ้น การควบคุมอารมณ์ดีขึ้น โดยทั่วไปความสามารถในการเรียนรู้ตั้งแต่ยังเป็นเด็กจนถึงวัยรุ่นจะเพิ่มขึ้นจนถึงวัยผู้ใหญ่จะคงที่และจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยชราจะลดลง (กันยา สุวรรณแสง. 2532 : 160)

5. ประสบการณ์เดิม ผู้เรียนมีความรู้ในเรื่องที่เรียนมาน้อยเพียงใด ถ้าเคยรู้มาบ้างหรือเคยมีประสบการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ที่อาจมีผลต่อการเรียนรู้ในเรื่องนั้น

ซึ่งก็คือ ความรู้ หรือประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ช่วยให้เรียนเรื่องใหม่ได้สะดวกและเร็วขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าผลของการเรียนรู้จากบทเรียนไปแล้ว มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ บทเรียนใหม่นั้นเอง

6. ความบกพร่องทางร่างกาย ซึ่งจะมีผลต่อการเรียนรู้ อวัยวะที่ช่วยในการแสดงพฤติกรรมของคนเรา ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้เช่นกัน หากอวัยวะเหล่านั้น บกพร่องก็ย่อมจะมีผลต่อการเรียนรู้ด้วย ความบกพร่องทางร่างกายที่สำคัญ ๆ เช่น สายตาสั้น สายตาเอียง สายตายาว หูตึง หูหนวก เป็นต้น

7. อารมณ์ ถ้าปราศจากความวิตกกังวลก็จะเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ที่ดี

กระบวนการเกิดเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้ เกิดขึ้นจากกระบวนการต่าง ๆ ดังนี้

1. การเรียนรู้ เป็นกระบวนการที่บุคคลเรียนรู้โดยได้ร่วมกระทำวิธีใดวิธีหนึ่งหรือ ได้ลงมือกระทำในสิ่งที่จะเรียนรู้ นั้นจริง

2. การเรียนรู้ที่แท้จริงจะมีได้เมื่อผู้เรียนรู้ได้บรรลุวัตถุประสงค์ หรือได้รับสิ่งที่ตนต้องการ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การเรียนรู้จะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนมีความสนใจ หรือมีความต้องการในบางสิ่งบางอย่าง ผู้เรียนได้ลงมือกระทำกิจกรรม โดยตั้งใจ เพราะมีความสนใจในสิ่งนั้นหรือได้รับสิ่งที่ตนต้องการ

3. การเรียนรู้เก่าหรือประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้ว จะกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ขึ้น โดยเฉพาะกับประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้วนั้น เป็นสิ่งที่สมปรารถนาและน่าตื่นเต้น การเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่สะสมขึ้นเนื่องจากประสบการณ์ก่อน ๆ หรือที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ก่อน ๆ นี้ เป็นหลักสำคัญของการเรียนรู้ทุกชนิด

4. การเรียนรู้ทักษะและทัศนคติใหม่ ๆ เป็นเรื่องของบุคคลแต่ละคน จะต้องเรียนรู้เอง คนเราอาจเรียนรู้เป็นหมู่เป็นกลุ่มได้ แต่การเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดเห็นเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล

5. การสอนเป็นการแนะแนวที่จะช่วยให้ผู้เรียนรู้จักช่วยตนเอง เป็นการแนะแนวทางการเรียนดำเนินไปด้วยดี (สุชา จันทร์โอม. 2535 : 152)

จากทฤษฎีการเรียนรู้ดังกล่าว สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ของผู้ป่วยเบาหวานและสนับสนุนการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้

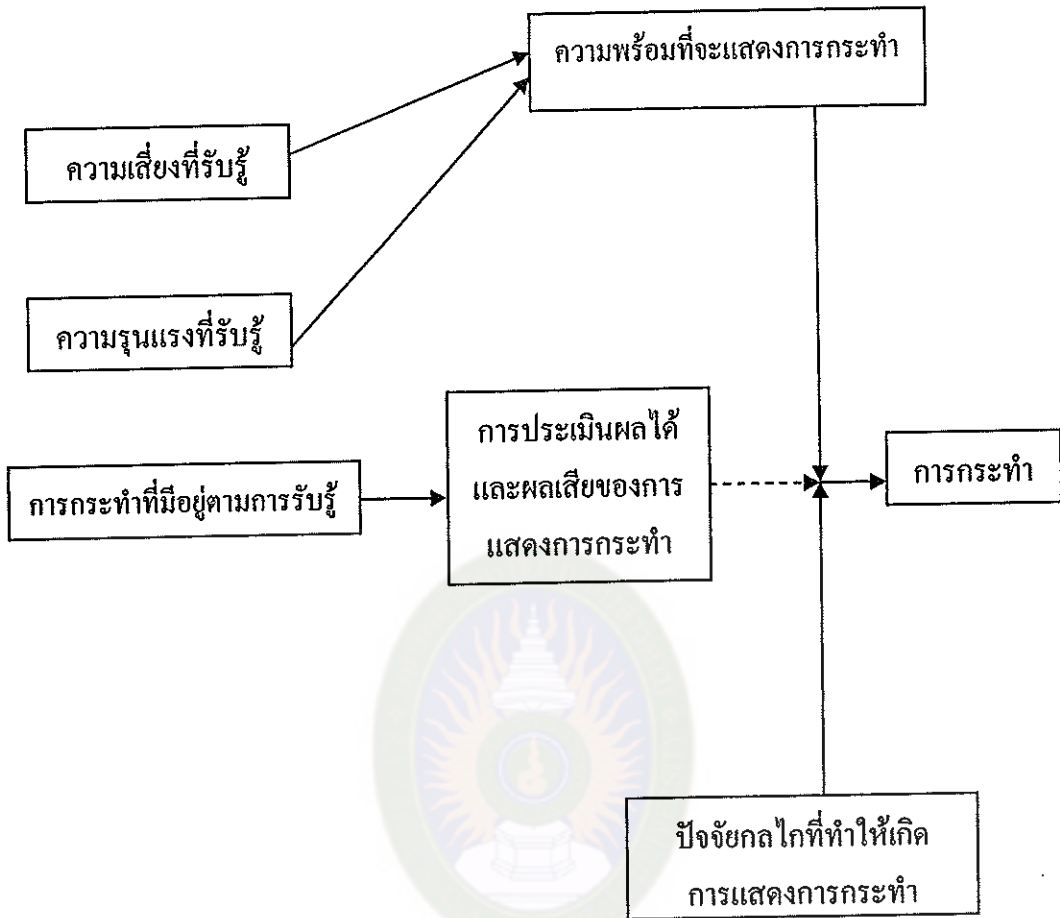
## 2) แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจ (อรุณีย์ ศรีนวล. 2548 : 26 ; อ้างอิงมาจาก จรรยา สุวรรณทัต. 2527)

ความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนาขึ้นมาระหว่าง ค.ศ. 1950-1960 โดย นักจิตวิทยา 4 คน คือ Godfrey M.Hochbaum , Stephen S.Kegeles , Howard Leventhal และ Irwin M.Rosenstock รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจาก ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่ด้านสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) แต่ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงนำไปใช้ในอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick –role Behavior) และต่อมาได้ถูกนำมาพัฒนาและใช้อธิบายปัญหาในโครงการสาธารณสุขด้วย

Rosenstock และคณะ ได้พัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมาเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับบุคคล โดยที่ได้อธิบายแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านคุณภาพ ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีต่อเขาในการช่วยลด โอกาสต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย ความอาย





แผนภาพที่ 1 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ Rosenstock และคณะ (1974)

## 2.1 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

### ประกอบด้วย

#### 2.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึง 1) ความเชื่อต่อความถูกต้องที่มีต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นโรคซ้ำอีก และ 2) ความรู้สึกของผู้ป่วย ว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ดังนั้นบุคคลจะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพ เบคเกอร์สรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้



2.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิด ความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิด โรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนเองซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของ โรคที่กล่าวถึงนี้อาจมีความหมายแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและ ป้องกันโรคของบุคคลได้

2.1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits of Taking the Health Action Minus the Barriers or Costs of that Action)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่ บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย หรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็น อย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึง ประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่ปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วย ป้องกันโรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรค หรือความยุ่งยากที่จะขวางกั้นการปฏิบัติ นั้น ๆ โดย เลือกลงปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึง ความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้วย (จุฬารัตน์ โสตะ, 2546 ; อ้างอิงมาจาก Janz and Becker, 1984) และได้ข้อสรุป การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมป้องกันโรค เช่นเดียวกันการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

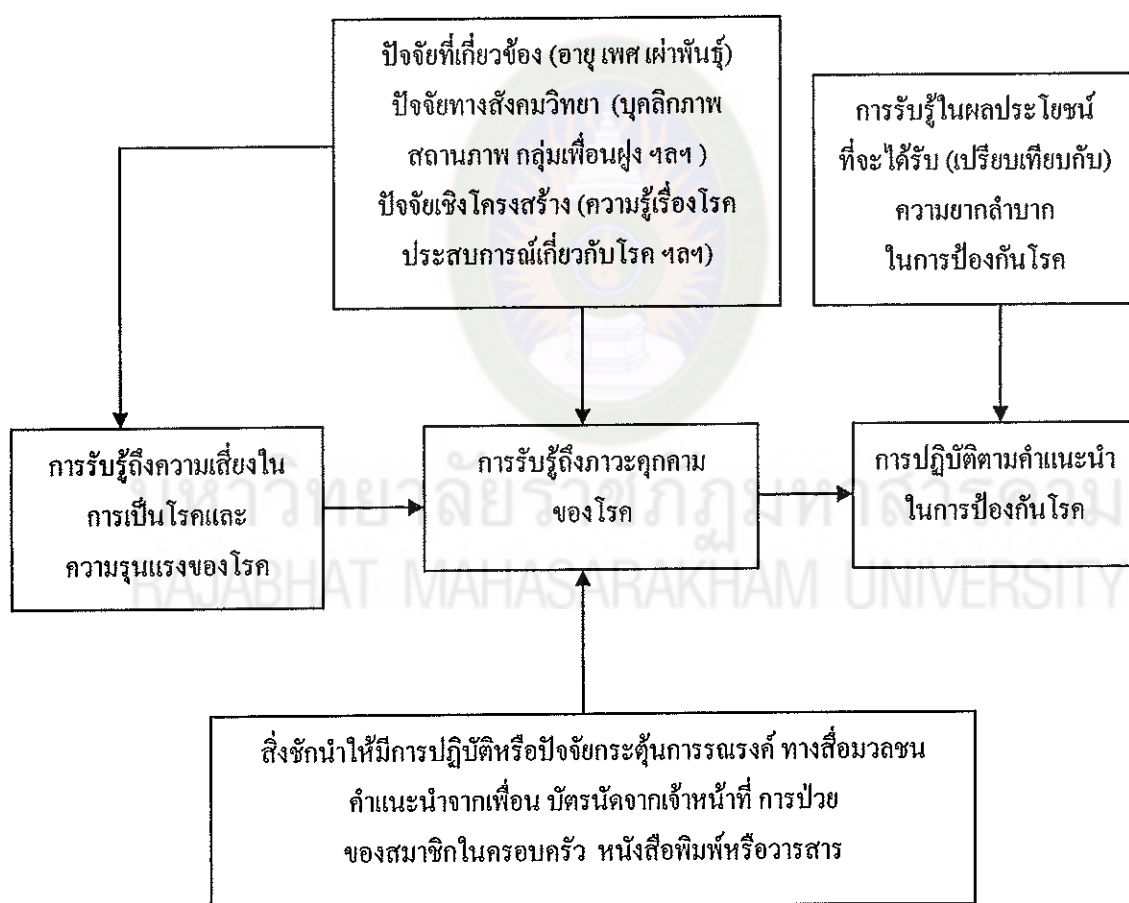
2.1.4 แรงจูงใจในด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไปความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สภาวะของร่างกายอาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้า ภายนอก ได้แก่ ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การกระตุ้นเตือน เป็นต้น เมื่อ บุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกัน กับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ

### 2.1.5 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยเช่นกัน

#### การรับรู้ของบุคคล



แผนภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Becker และคณะ (1975)

### 3) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะอารมณ์และความเครียด

#### 1. ความหมายของความเครียด

ความเครียดเป็นเรื่องของอารมณ์และจิตใจ ซึ่งมีนักวิชาการ นักจิตวิทยา จิตแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกล่าวถึงความหมายของความเครียดไว้ ดังนี้

ความเครียดทางวิชาฟิสิกส์ อธิบายว่า เป็นความกดดันที่มีต่อร่างกายของคนเรา แต่ในทางจิตวิทยา หมายถึง การปรับตัวของคนเราที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การปรับตัวนี้ถือเป็นปฏิกิริยาอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นนี้อาจแสดงออกมาโดยมีการเปลี่ยนทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมและด้าน สรีระวิทยาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน (จำลอง ดิษยวณิช และพรวิมลพร ดิษยวณิช. 2545 : 3)

#### 2. สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด

จากการทบทวนเอกสารวิชาการ สาเหตุหลักของความเครียดเกิดมาจากสาเหตุทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจเป็นสำคัญ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดออกเป็น 3 ประการ คือ

##### 1. สาเหตุจากจิตใจ

สาเหตุจากจิตใจ เป็นความต้องการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในจิตใจและกลัวว่าจะไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดขึ้น

##### 2. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

การเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน สามารถก่อให้เกิดความเครียดในตัวบุคคลได้ เช่น การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การตกงาน การประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

##### 3. สาเหตุมาจากความเจ็บป่วย

ทั้งการเจ็บป่วยทั่ว ๆ ไป และการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคนาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงความพิการที่เกิดจากอุบัติเหตุ

สาเหตุของความเครียดที่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้จำแนกไว้สอดคล้องกับสาเหตุของความเครียดที่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวถึง คือ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดมาจากสาเหตุที่สำคัญ 3 ประการ

### 1. สาเหตุทางด้านจิตใจ

สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ กลัวที่จะไม่ได้ดังหวัง กลัวไม่ประสบความสำเร็จ หนักใจในสิ่งที่ได้รับมอบหมายหรือสิ่งที่จะต้องรับผิดชอบ ความวิตกกังวลล่วงหน้า กับสิ่งที่ยังไม่ได้เกิดขึ้น รู้สึกว่าตนเองกำลังทำในสิ่งที่ยากเกินความสามารถ

### 2. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนงาน การเปลี่ยนวัย การแต่งงาน การตั้งครรถ์ เป็นต้น

### 3. สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย

การเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บป่วยทั่ว ๆ ไป การเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรัง

## 3. ความเครียดและการเจ็บป่วย

ความเครียดเป็นเรื่องของจิตใจ แต่ร่างกายและจิตใจมีความเกี่ยวเนื่องกันไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างอิสระ ดังนั้น เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อร่างกายทันที โดยที่ความเครียดนำไปสู่การเจ็บป่วยได้ ดังนี้

### 1. ความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย

ความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันและระบบต่อมไร้ท่อ ปฏิกริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดของระบบประสาทซิมพาเทติกเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดไปกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติกสร้างและหลั่งฮอว์โมนแคะทีโกลามีนเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น กระบวนการนี้จะเพิ่มการหดตัวของผนังหลอดเลือด เพิ่มการทำลายเอนโดทีเลียลเซลล์ของหลอดเลือด การตอบสนองต่อความเครียดของระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก จะนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

### 2. ความเครียดทำให้เพิ่มแนวโน้มของการเกิดโรค

ความเครียดทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยตัวบุคคลใช้วิธีการปรับตัวหรือวิธีจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมและการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ที่เพิ่มแนวโน้มของการเกิดโรคหรือการบาดเจ็บ เช่น เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นและใช้วิธีจัดการที่ไม่เหมาะสมด้วยการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น (จำลอง คิชยวณิช และพริ้มเพรา คิชยวณิช. 2545 : 120 -122)

#### 4. ความเครียดกับโรคเบาหวาน

มีงานวิจัย ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่ไม่ดี ในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเผชิญกับความเครียดเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากฮอร์โมนของร่างกายที่หลั่งออกมาเพื่อตอบสนองต่อความเครียด โดยฮอร์โมนบางชนิดมีส่วนไปต่อต้านการตอบสนองต่ออินซูลิน ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคทางจิตเวชจะควบคุมน้ำตาลในกระแสเลือดได้ไม่ดี ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้บ่อย (จำลอง คิชยวณิช และพริ้มเพรา คิชยวณิช. 2545 : 183)

จากแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด ผู้วิจัยคาดว่าภาวะอารมณ์และความเครียดจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

##### 3.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุจิตร์ ลิ้มอำนวยการ และคณะ (2536 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัญหา ความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 111 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความต้องการได้รับการประเมินสุขภาพใหม่อย่างต่อเนื่อง ต้องการได้รับความรู้ การมีบทบาทในการดูแลตนเองและต้องการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง

ภavana กীরติยุตวงศ์ (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 30 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ฉะเชิงเทรา มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน รายบุคคล รายกลุ่ม โดยใช้รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง 10 วิธี พบว่า ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง ข้อเสนอแนะการจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเลือกวิธีที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและธรรมชาติของผู้ป่วยแต่ละคน

วิลาวัลย์ ผลาพลอย และคณะ (2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาการปฏิบัติเพื่อพัฒนาการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งมีภาวะอ้วนคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 13 คน ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองประกอบด้วย การเตรียมตัวของพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว ในด้านความรู้ ทักษะและจิตใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิธีการดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรู้สึกต่อการเป็นเบาหวานจากท้อแท้ เบื่อหน่าย กลัว เพลีย และ



ทุกซ์ทรมาน เป็นที่ยอมรับและต้องการช่วยเหลือผู้อื่น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจาก ความคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้เป็นความคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ทวิวรรณ กิ่งโคถกรวด (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางครอบครัวและชุมชนกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง 274 คน ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนตัวแปร เพศ อายุ และระยะเวลาการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวรรณชัย วัฒนยิ่งเจริญชัย และคณะ (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษารูปแบบ การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัยตำบล พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะทราบ เรื่องการควบคุมอาหารจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล แต่ไม่ทราบว่า การออกกำลังกายมีความ จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และมีความเชื่อว่าการที่ตนเองทำงานทุกวัน ถือว่าเป็นการออกกำลังกายแล้ว ในด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยไม่ทราบว่าควรรับประทานก่อนอาหารนานเท่าใด ส่วนในการปฏิบัติตัวด้านอื่น ๆ ผู้ป่วย 18 ราย จะตอบว่าไม่ทราบอะไรเลย มีเพียง 2 ราย ที่ทราบว่าควรรักษาความสะอาดร่างกายให้ดี โดยเฉพาะเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผล

วิภาวรรณ ถิมเจริญ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำ แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกัน โรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในตำบลโสนลอย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่ได้รับคำแนะนำแบบมีส่วนร่วม มีคะแนนความเชื่อ สุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ ประโยชน์อุปสรรคของการป้องกันโรค คะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน ในด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนี มวลกายต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรินทร์ พันจรรยา (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการส่งเสริมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 255 คน พบว่าปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความคาดหวังในการดูแลตนเอง และแรง สนับสนุนทางสังคม พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง



ด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05

วศิษฐ์ ฉวีพญาแก้ว และคณะ (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 215 ราย จำแนกเป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 82 ราย และที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 133 ราย ผลการวิจัยพบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ขณะที่การดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกกลุ่มตามระดับน้ำตาลในกระแสโลหิต เป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และไม่ได้ โดยทั่วไปทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ยกเว้นปัจจัยด้านเพศ รายได้เฉลี่ย รายครัวเรือน และสถานภาพสมรส เมื่อเปรียบเทียบความรู้โรคเบาหวาน การดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในด้านการป้องกัน และคะแนนรวมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และเมื่อพิจารณาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ด้านสาเหตุ อาการ การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามกำหนด พบว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

เสถียรพงษ์ สิวินา (2546 : 133-134) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อโรคเบาหวาน และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และศึกษาอิทธิพลของตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะทางครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รุ่งทิwa มุกดาสนิท (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการให้โภชนศึกษาต่อการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการศึกษาพบว่าก่อนการได้รับโภชนศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารอยู่ในระดับพอใช้และหลังการได้รับโภชนศึกษาผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี และพบว่าคะแนนเฉลี่ย

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการได้รับ โภชนศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ หลังการได้รับ โภชนศึกษา มีคะแนนการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชนากานต์ แสงสิงห์ชัย (2550 : 64) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลตนเองและความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ มีความรู้ในการดูแลตนเองในระดับปานกลางและยังขาดความรู้ที่เจาะจง โดยเฉพาะความรู้ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ดังนั้นควรมีการพัฒนากลยุทธ์หรือรูปแบบในการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ที่เป็นเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้สามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง และประยุกต์เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันได้ สำหรับความเครียดควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมโรคได้และควบคุมโรคไม่ได้ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น

ประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550 : 65-67) ได้ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองคายและบริบทชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าจากผู้ป่วย 340 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 87 และมีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 92.8 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ มีความเสื่อมของสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการเป็นโรคเบาหวานต้องเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต คือ จำกัดอาหาร การกินยาหรือฉีดยาประจำ การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มักทำให้มีปัญหาด้านอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้าได้ 2) ปัจจัยทางจิตสังคมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง รู้สึกว่าตนเองถูกกดดันต้องอยู่ในสภาพคล้อยตาม และหากขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากคนในครอบครัว ญาติ และบุคคลอื่นในสังคม จะกลายเป็นคนมองโลกในแง่ร้าย ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ 3) ปัจจัยทางสภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ต้องพึ่งพาคนในครอบครัว และรายได้ก็ยังไม่เพียงพอ ทำให้มีความรู้สึกต่ำต้อย ค้ำยคุณค่า และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ผลการศึกษากครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า อันเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ

ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพต้องทำความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

อโณทัย เหล่าเที่ยง (2550 : 80-82) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยแบบสัมภาษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป และปัจจัยร่วมต่าง ๆ สำหรับแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานประกอบด้วย พฤติกรรมด้านยารักษา พฤติกรรมด้านเกี่ยวกับการรักษา การออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม และพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมที่สุด และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางบวก ( $r = .186$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้คงอยู่อย่างยั่งยืน

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้เรื่องเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และภาวะด้านอารมณ์และความเครียด จะส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และส่งผลโดยอ้อมผ่านปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

### 3.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุน

#### 3.2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการสนับสนุน

##### 1) แนวคิดและหลักการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็น โรคเรื้อรังที่ต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดชีวิต ระบบบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานต้องประกอบด้วย การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหรือการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม และการฟื้นฟูสภาพจากภาวะแทรกซ้อนของโรค (สุพัฒน์ สมจิตรสกุล และคณะ. 2544)

### 1.1 บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในการบริการผู้ป่วยเบาหวาน

โรงพยาบาลชุมชนมีหน้าที่จัดบริการสุขภาพแบบผสม ทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ทั้งในและนอกสถานที่ให้การบริการครอบคลุมทั้งอำเภอ และทำหน้าที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตตำบล ที่ตั้งของโรงพยาบาล มีหน้าที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายของอำเภอ เนื่องจากโรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เป็นโรคที่มีความซับซ้อนและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต การควบคุมและป้องกันต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวและทีมสุขภาพ การกำหนดแนวทางในการป้องกันและรักษาโรคที่มีอยู่ 3 ระดับ คือระดับแรก (Primary Prevention) คือ การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานโดยเฉพาะบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง ระดับสอง (Secondary Prevention) คือ พยายามชะลอการดำเนินของโรค รวมทั้งการวินิจฉัยโรคในผู้ที่ยังไม่มีอาการ เพื่อให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ระดับสาม (Tertiary Prevention) คือ การป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน และทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากโรคเบาหวาน ภารกิจของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ต้องครอบคลุม ในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพ

### 1.2 มาตรฐานการจัดคลินิกเบาหวาน

การจัดบริการดูแลสุขภาพตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามที่องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอแนวคิดที่อ้างอิงจาก Chronic Care Model ; CCM มาใช้ในการบริหารการจัดการโรคแบบ Disease Management ซึ่งหมายถึง การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยรวม การคัดกรองความเสี่ยง การตรวจวินิจฉัย การรักษาและประเมินผล เพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างผลการรักษาคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม เน้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง (ชูชัย สรขานี, 2550 : 12)

### 1.3 แนวคิดการมีส่วนร่วมในการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้วิเคราะห์ระบบการบริการสุขภาพที่ผ่านมามีปัญหาว่าเป็นบริการที่เน้นการรักษา โรคมากกว่าการส่งเสริม ป้องกันโรค เป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ กิจกรรมในลักษณะนี้ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างจริงจัง WHO จึงได้พัฒนาแนวทางแก้ไขจนกลายเป็นแนวคิดของการสาธารณสุข (Primary Health Care ;

PHC) ในคำประกาศ “อัลมาตา” (Aluma Ata Declaration) ในปี ค.ศ. 1978 หมายถึง การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งบุคคล ครอบครัวสามารถได้จากชุมชน การมีส่วนร่วมคือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่บุคคลครอบครัว ชุมชน มีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเอง

### 1.3.1 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง คือการกระทำที่เป็นปัจเจกทำบน

ผลประโยชน์ทางด้านสุขภาพของตนเอง (Health and Welfare Canada. 1986 : 176) การดูแลสุขภาพตนเองเป็นรากเหง้าทางวัฒนธรรมสุขภาพของสังคมไทย ในชีวิตประจำวัน เมื่อยามเจ็บป่วยจะใช้สมุนไพร การรักษาแบบพื้นบ้าน ซึ่งถือเป็นภูมิปัญญาในการพึ่งตนเอง ธรรมชาติของโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังทำให้ข้อจำกัดของประสิทธิภาพของเทคโนโลยี และรูปแบบการรักษาสมัยใหม่ที่มุ่งรักษาทางด้านชีวการแพทย์ละเลยมิติทางจิตใจ และสังคมของการเจ็บป่วย ทำให้การควบคุมโรคไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้อยู่กับโรคเพื่อให้มีชีวิตปกติสุข

### 1.3.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนหลายด้าน โดยเฉพาะด้านอารมณ์ จิตใจและสังคม ปัญหาเหล่านี้จึงต้องได้รับการดูแลมากกว่าการรักษา สมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้เช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวาน เข้าใจในตัวผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน วิถีชีวิตของผู้ป่วยมีความเป็นมิติทางสังคม วัฒนธรรม ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินอาการแทรกซ้อน ความกังวลและห่วงใยในสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและการให้ความช่วยเหลือ และการให้การสนับสนุนทางสังคม เช่น ด้านค่าใช้จ่าย สิ่งของ ข่าวสารต่าง ๆ และการให้กำลังใจ ซึ่งครอบครัวมีความเห็นว่าเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่ง

### 1.3.3 การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ ประชาชนที่มีจิตใจเสียสละอาสาเข้ามาดูแล รับผิดชอบสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้าน โดยผ่านกระบวนการคัดเลือกจากประชาชน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีแนวโน้มสูงมากขึ้น และต้องการดูแลที่ต่อเนื่อง การจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านหรือในชุมชน อสม. มีบทบาทในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เชื่อมบ้านผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยสู่สถานบริการใกล้บ้าน เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา ดังนั้นจึงควรส่งเสริม อสม. ให้มีส่วนร่วม



ในการบริการสุขภาพพื้นฐานแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

#### 1.4 บทบาทของสถานพยาบาลในการจัดการเพื่อดูแลและป้องกัน

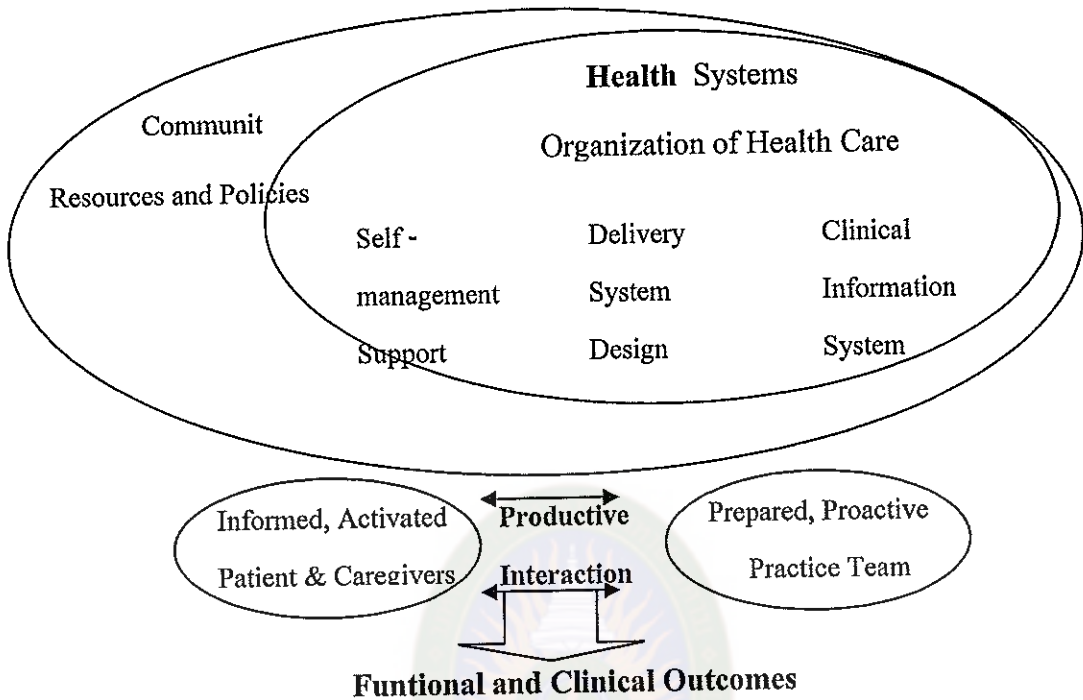
โรคเบาหวาน (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. 2552 : 21)

##### 1.4.1 บทบาทหน้าที่สถานบริการต่าง ๆ

เบาหวานเป็นโรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง สามารถใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner's Chronic Care Model (CCM) และ WHO's Chronic Care Model (แผนภาพที่ 3) สร้างเครือข่ายความร่วมมือขั้นพื้นฐานในการดูแลอย่างรอบด้าน ทั้งการรักษาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ การส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ การป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูผู้ป่วย ทั้งนี้บนพื้นฐานของความทัดเทียมในการเข้าถึงบริการซึ่งจัดโดยเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบสหวิชาชีพ มุ่งเน้นให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งกายและใจ สามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอเพียงอย่างมีเหตุผลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคม เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ สถานบริการระดับต่าง ๆ จำเป็นต้องมีบทบาทหน้าที่ชัดเจนสามารถจัดเครือข่ายได้เหมาะสมตามทรัพยากรของระดับสถานบริการ เพื่อพัฒนาไปสู่กระบวนการดูแลสุขภาพร่วมกัน



### The Chronic Care



The Chronic Care Model (Wagner et al. 1999)

### แผนภาพที่ 3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

#### 1.4.2 การสร้างทีมร่วมดูแลสุขภาพประชาชน

เนื่องจากการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน นั้นจะต้องประกอบไปด้วยความรู้ความเข้าใจในโรคเบาหวานอย่างถ่องแท้ การรู้จักเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งรู้จักตรวจประเมินของการรักษาด้วยตนเองได้ มีทัศนคติที่ดีต่อโรคที่ตนเป็นอยู่ เป็นต้น จึงต้องอาศัยทีมงานหลายฝ่ายร่วมกัน ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจุดเริ่มต้นของการพัฒนาทีมงานอาจเป็นทีมเล็ก ๆ เริ่มที่คนทำงานที่มีน้ำใจ 3-4 คน เช่น แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาล เภสัชกร ทีม Patient Care Team (PCT) ในโรงพยาบาล ทีมนำต่าง ๆ สถานบริการปฐมภูมิเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน โดยมีผู้จัดการ โครงการ (Project Manager) เป็นผู้ประสาน และวางแผนกำหนดทิศทางการทำงานทีมดูแลสุขภาพประชาชน คือ

- บ้าน
- 1) จัดระบบบริการที่สามารถดูแลประชาชนในทุกมิติ
  - 2) มีระบบเชื่อมโยงโรงพยาบาลกับเครือข่ายและติดตามดูแลถึงบ้าน
  - 3) ทีมงานทำงานกลมกลืน เป็นเนื้อเดียวกันกับชุมชน
  - 4) วางตัวเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่สามารถติดตามผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่อง
  - 5) ทุก PCT มีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เชื่อมลงสู่สถานบริการปฐมภูมิ

สร้างระบบบริการเบาหวานภายในโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดระบบบริการเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยนอก ครอบคลุมการค้นห่าปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรคอย่างเข้มงวด มีตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทุกด้านในการสะท้อนถึงระบบบริการที่ดี เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาระบบบริการในคลินิกทุก 3 เดือน และมีการพัฒนางานบริการในคลินิกอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับผู้ป่วยเบาหวานจากการคัดกรองในพื้นที่ และสถานบริการปฐมภูมิ ต้องเตรียมรับรองรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ดีกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องที่สถานบริการใกล้บ้าน โดยการสร้างและพัฒนางานรูปแบบใหม่ที่มีลักษณะผสมผสาน เน้นการทำงานเป็นทีม มีการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิและชุมชนที่มีประสิทธิภาพตามระดับการรักษา โดยมีการพัฒนาระบบงานที่ทำให้สามารถเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ไม่เพิ่มภาระงานแก่ที่ใดมากเกินไปแต่มีความพอดี ส่งผลดีทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เกิดประสิทธิผลของงานที่แสดงออกให้เห็นตามตัวชี้วัดของโครงการย่อย ส่งผลให้สามารถควบคุมสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในด้านต่าง ๆ เช่น ควบคุมอัตราการเกิดโรค ควบคุมคุณภาพบริการในกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการทบทวนระบบงาน และนำมาซึ่งการพัฒนาทำให้เห็นผลเป็นรูปธรรมที่วัดผลได้

จากข้อมูลเชิงคุณภาพของคลินิกบริการเบาหวานแบบบูรณาการ พบว่าการออกแบบและจัดระบบบริการที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของทุกระดับบริการ ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดี สามารถค้นพบภาวะแทรกซ้อนในระยะเริ่มต้น ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม มีผลทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งอัตราการป่วย และอัตราการตาย

1.4.3 สร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชนหน่วยต่าง ๆ  
เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญ  
ในการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ  
อย่างยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง ในชุมชน
- 2) ชี้แนะและสนับสนุนชุมชนในการสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อ  
การสร้างสุขภาพ
- 3) ให้ความร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมความสามารถของ  
กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน
- 4) ร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคล
- 5) ส่งเสริมชุมชนให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชน ที่เอื้อต่อ  
การมีสุขภาพดี
- 6) ส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม
- 7) มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนแนวคิด และข้อมูลระหว่างบุคลากร  
สาธารณสุขและชุมชน

#### 1.4.4 แนวคิดในการคัดกรองเบาหวาน

ปัจจุบันกลุ่มอายุในการคัดกรองเบาหวานคืออายุ 35 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นกลุ่มประชากรเสี่ยงแต่ยังไม่ป่วย เพราะการเป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังจะใช้ระยะเวลาในการเกิดโรคหลายปีประกอบกับวิถีชีวิตเปลี่ยนไปโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากขึ้น ดังนั้นต้องค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มแต่ยังไม่มีอาการ โดยการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อทำนายโอกาสต่อการเกิดโรคเรื้อรัง การเกิดโรคเรื้อรังนอกจากพันธุกรรมแล้ว ยังเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งมีอยู่หลายปัจจัยด้วยกัน และโรคเรื้อรังไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดด ๆ อาจเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัย เช่น โรคเบาหวานอาจเกิดจากบุคคลนั้นมีพฤติกรรมการกินอาหารหวาน มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ขาดกิจกรรมทางกายหรือมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอต่อการลดความเสี่ยง ถ้าสูบบุหรี่ด้วยยังมีโอกาสเสี่ยงสูง และถ้าภาวะความดันเลือดสูงด้วย โอกาสเสี่ยงต่อภาวะภาวะแทรกซ้อนจะมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในการคัดกรองโรคเรื้อรังจึงต้องมองภาพรวมของโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลายโรค การป้องกันโรคเรื้อรังต้องดำเนินงานแบบบูรณาการไปพร้อม ๆ กัน หน่วยงานทั้งภาครัฐและ เอกชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดจาก

ปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนนำข้อมูลไปตัดสินใจจัดการตนเองและลดความเสี่ยงก่อนการเกิดโรค หรือเมื่อเป็นโรคแล้วควรปฏิบัติตนอย่างไร ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติไม่เป็นภาระต่อครอบครัว ชุมชน

ในระบบโดยรวมของประชาชน ประชาชนในชุมชนต้องร่วมคิด ร่วมทำและหาแนวทางดำเนินงานป้องกันร่วมกัน เช่น จัดสภาพแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อการลดความเสี่ยง มีสนามกีฬาของชุมชน มีกฎ ข้อบังคับของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยง เพราะถ้ามีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาก ๆ แสดงว่าชุมชนนั้นป่วยด้วยเช่นกัน

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่มีผลต่อการเกิด โรคเรื้อรัง ได้แก่

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. ภาวะความดันสูง
3. สูบบุหรี่
4. คั่งแอลกอฮอล์ที่เสี่ยงต่อร่างกาย
5. ภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน
6. บริโภคเกินไม่ได้สัดส่วน (หวาน ไขมัน เค็ม ไม่เพียงพอต่อการลดความเสี่ยง, บริโภคผักและผลไม้ไม่พอ)
7. ภาวะเครียดที่ไม่สามารถรับมือได้
8. ขาดกิจกรรมทางกายหรือ ออกกำลังกายไม่เพียงพอต่อการลดความเสี่ยง

#### 1.4.5 การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม

ประเด็นในการประเมิน ประกอบด้วย

- 1) สภาวะทางด้านคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันเลือด ไขมันในเลือด และภาวะแทรกซ้อน
- 2) สภาวะด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ได้แก่ การประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้าเบื้องต้น
- 3) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การกินอาหาร การออกกำลังกาย
- 4) ปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วม ได้แก่ ความดันเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง อ้วน การสูบบุหรี่
- 5) การใช้ยา

6) ความร่วมมือในการรักษา

7) อาการของน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ในช่วงก่อนมารับการตรวจ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินครบทุกด้านทุกครั้งที่มารับการตรวจรักษา สำหรับข้อมูลบางอย่างที่ไม่ได้ทำการตรวจผู้ป่วยในทุกครั้งที่ผู้ป่วยมา (เช่น การตรวจภาวะไขมันในเลือด การตรวจตา คลื่นหัวใจ) ที่ต้องอาศัยการตรวจพิเศษ จึงอาจประเมินได้ปีละ 1-2 ครั้ง และสามารถใช้อินโฟลว์ข้อมูลครั้งล่าสุดในการประเมินการมาตรวจครั้งปัจจุบัน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินอย่างครบถ้วน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และในการสรุปข้อมูลผู้ป่วยประจำปีควรมีข้อมูลการประเมินเหล่านี้ของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

1.4.6 การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

1) ประเภททีมสหสาขาวิชาชีพ

ทีมหลัก (Core Team) เป็นทีมหลักที่ต้องให้บริการผู้ป่วยทุกขั้นตอน โดยประกอบด้วย แพทย์ประจำศูนย์แพทย์ชุมชน หรือศูนย์สุขภาพชุมชน พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เกษัชกร เจ้าหน้าที่ธุรการ ซึ่งต้องทำงานสอดคล้องกันเพื่อให้บริการทั้งในและนอกหน่วยบริการ โดยแต่ละวิชาชีพสามารถทำงานทดแทนกันได้บางอย่าง เช่น แพทย์ควรสามารถให้คำปรึกษา หรือให้คำปรึกษารายกลุ่มได้ พยาบาลควรตรวจรักษาผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนแทนแพทย์ได้

ทีมใหญ่ (Greater Team) ได้แก่ ทีมหลักร่วมกับสหสาขาวิชาอื่นที่ไม่ได้ประจำอยู่ในหน่วยบริการ เช่น โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น โดยมีการประสานงานเพื่อให้มาร่วมให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้บริการอย่างบูรณาการสมบูรณมากยิ่งขึ้น

ทีมเฉพาะกิจ (Ad hoc Team) ได้แก่ ทีมวิชาชีพเฉพาะทาง เช่น แพทย์เฉพาะทาง อายุรกรรม นักจิตวิทยา โดยจะเข้ามาร่วมให้บริการเฉพาะ เช่น โครงการพิเศษ หรือการตรวจสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานประจำปี

2) บทบาทสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

แพทย์ มีบทบาทในการตรวจรักษา ให้คำปรึกษาเชิงลึกทั้งในเรื่องโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค เป็นที่ปรึกษาหรือผู้นำทีมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นหนึ่งในการดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน และยังคงเป็นที่ปรึกษาด้านองค์ความรู้ของการรักษาโรคเบาหวานด้วย

พยาบาลวิชาชีพ ถือเป็นบุคลากรหลักในการจัดบริการคลินิก เบาหวาน มีบทบาทในการจัดระบบบริการ การให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ให้คำปรึกษา ส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน และยังคงประสานการดูแลผู้ป่วยกับสหวิชาชีพสาขาอื่น ๆ ด้วย

นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เป็นบุคลากรหลักในการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมประสานกับชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

เภสัชกร มีบทบาทหลักในบริการเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน ในหน่วยบริการที่ยังไม่มีเภสัชกรประจำอาจต้องได้รับนิเทศติดตาม จากเภสัชกรในโรงพยาบาล เพื่อให้บริการเภสัชกรรมได้ตามมาตรฐาน

โภชนาการ/นักกำหนดอาหาร จะมีบทบาทช่วยได้อย่างดีในเรื่องการให้ความรู้ ปรับพฤติกรรมกลุ่มในด้านการกินอาหาร และคำปรึกษาเฉพาะรายที่มีปัญหาการควบคุมอาหาร รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน

นักกายภาพบำบัด มีบทบาทหลักในการจัดกิจกรรมเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาเพื่อออกแบบการเคลื่อนไหวสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน หรืออ้วน และมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม ช่วยในการดูแลเท้า แผลที่เท้า การฝึกเดินในกรณีผู้ป่วยที่ตัดเท้า ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

นักสุขภาพจิต มีบทบาทเป็นทีมในการให้ความรู้ และจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ติดตาม เยี่ยมในชุมชน ร่วมกระตุ้นการจัดตั้งชมรมส่งเสริมสุขภาพ

ทันตแพทย์/ทันตภิบาล มีบทบาทในการคัดกรองและดูแลสุขภาพช่องปาก

นักจิตวิทยา มีบทบาทช่วยในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเชิงลึก

นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในด้านเศรษฐกิจ สังคม



แพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาเฉพาะด้านต่าง ๆ เช่น จักษุแพทย์ อายุรแพทย์ (ดูแลด้านไต หัวใจ ต่อมไทรอยด์) ศัลยแพทย์ (ดูแลบาดแผล การผ่าตัดต่าง ๆ)

## 2) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

### 2.1 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

กลวิธีสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ต่อมาก็ได้มีผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่ให้คนไข้ ปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การให้คนไข้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น การนำกลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ขยายออกไปอีก ในแง่ของพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว ได้มีผู้วิจัยและให้ความหมายคำจำกัดความไว้ดังนี้

แคปแลน (จุฬารัตน์ โสตะ. 2546 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Caplan. 1977) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่คุณจะได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับ ไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

คอบ (จุฬารัตน์ โสตะ. 2546 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Cobb. 1976) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อ มีความรับรู้และสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข่าวสาร ข้อมูล วัสดุสิ่งของ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ เพื่อช่วยให้การแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม อันมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน นักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

## 2.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติทางสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ภาพตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

## 2.3 หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการให้แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

2.3.1 จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน

2.3.2 ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้อง ประกอบด้วย

1) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง

2) ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

2.3.3 ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

2.3.4 จะต้องช่วยให้ผู้รับบรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

## 2.4 ประเภทของการให้การสนับสนุนทางสังคม

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกได้หลายรูปแบบ ได้แก่

2.4.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2.4.2 การสนับสนุนโดยการให้ประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การพ้องเห็น การให้คำรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา

2.4.3 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่นการให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา การให้ข่าวสาร

2.4.4 การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่นแรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

## 2.5 ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ

2.5.1 ระดับมหภาค หรือระดับกว้าง (Macro Level) คือการวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2.5.2 ระดับกลาง หรือระดับกลุ่ม (Mezzo Level) คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด เพื่อนบ้าน ญาติ

2.5.3 ระดับจุลภาค หรือระดับเล็ก (Micro Level) คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

2.6 ความสัมพันธ์ของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ สามารถแบ่งได้ 3 ด้าน คือ

2.6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ ผู้ที่มีการติดต่อ ปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม หรือการเข้าร่วมกลุ่ม มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า 2-5 เท่า

2.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

1) ทางด้านพฤติกรรมป้องกันการโรค ผู้ที่มีการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนบ้านมาก มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับผู้อื่นน้อย

2) ทางด้านพฤติกรรมการรักษาพยาบาล อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอ กว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม

2.6.3 ผลต่อความเครียด การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลดความเครียด มีผลต่อร่างกาย และจิตใจ ช่วยให้ผู้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น

ขั้นตอนการแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยแรงสนับสนุน ทางสังคม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนแรก ให้ความรู้เพื่อกระตุ้นให้เกิดทัศนคติที่ดี

ขั้นตอนที่สอง กระตุ้นให้เกิดอำนาจการตัดสินใจ โดยหาบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจหรือบุคคลที่กำลังใช้วิธีการ หรือมีพฤติกรรมที่ต้องการและประสบผลสำเร็จมาเป็นแบบฉบับเพื่อให้บุคคลได้เห็นและปฏิบัติตาม

ขั้นตอนที่สาม นำวิธีสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ โดยให้กลุ่มเพื่อนบ้านหรือผู้ที่ได้ผลดีจากการปฏิบัติ มาให้ความรู้ เพื่อให้เกิดแรงสนับสนุน และแน่ใจว่าสิ่งที่ตนจะทำนั้นไม่ขัดต่อบรรทัดฐานทางสังคมของชุมชน

สรุปจากแนวคิด ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าสามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล ซึ่งจะเห็นว่าทำให้การสนับสนุนในทางด้านสื่อสารและประชาสัมพันธ์ โดยให้ข้อมูลข่าวสารด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ ทีมสหวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

3) แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (นินทร์ชัย พัฒนพงศ์. 2533)

1. ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนแบ่งเป็น 2 ความหมายคือ

1.1 ความหมายอย่างกว้าง เป็นการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจในกระบวนการตัดสินใจกระบวนการดำเนินการ และการใช้ประโยชน์จากโครงการ

1.2 ความหมายเฉพาะเจาะจง เป็นการมีส่วนร่วม ในลักษณะให้ประชาชนมีทั้งสิทธิและหน้าที่ที่จะเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของโครงการ ตั้งแต่การกิดริเริ่มด้วยตนเอง การควบคุมทรัพยากรและสร้างระเบียบในสถาบันเพื่อแก้ไขปัญหา ตลอดจนมุ่งเน้นให้ร่วมปฏิบัติอย่างแข็งขันเอาจริงเอาจัง

2. ลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชน มี 4 ลักษณะ คือ

2.1 การร่วมมือเป็นการมีส่วนร่วมในลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลด้วยการระดมกำลังและระดมทุน

2.2 การกระจายความรับผิดชอบให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกัน

2.3 องค์กร เป็นการมีส่วนร่วมต่อจากการการกระจายความรับผิดชอบร่วมกันให้มีส่วนร่วมกัน ในลักษณะจัดตั้งเป็นองค์กร โดยมีการจัดสรรบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างองค์กร

2.4 การได้มาซึ่งอำนาจและการกระจายอำนาจ เป็นการร่วมกันเพื่อให้ได้อำนาจในการควบคุมและต่อรองทรัพยากรที่จำเป็น พร้อมทั้งมีการกระจายอำนาจให้กับผู้มีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ

3. ปัญหาและอุปสรรค ในการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

3.1 ปัญหาในระหว่างการดำเนินการ อาทิเช่น การวางแผนอยู่ที่ส่วนกลาง

3.2 ปัญหาในลักษณะเกี่ยวกับวัฒนธรรม ซึ่งเป็นความเข้าใจ และความรู้สึของผู้เกี่ยวข้อง และประชาชน มีพื้นฐานและทัศนคติที่ต่างกัน

ชัยณรงค์ สุระชัยปัญญา และคณะ (2545 : 10-11) ได้กล่าวถึงกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมว่า การเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือกลุ่มบุคคล องค์กรในการร่วมคิดร่วมทำร่วมใช้ประโยชน์ เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งการออกแบบในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมและการวางแผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล ตลอดจนความคาดหวังของสาธารณชนที่มีต่อ



กระบวนการหรือการพัฒนาอื่น กระบวนการมีส่วนร่วมอาจมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ประเมินความต้องการในการเข้าร่วม ทำการรวบรวม และประเมินข้อมูลสาธารณเบื้องต้น เพื่อแยกผลกระทบต่อบุคคลหรือกลุ่มเบื้องต้น หาข้อมูลสภาพสังคมของชุมชนที่ถูกกระทบ ประเมินความต้องการของชุมชนในการเข้าร่วมในแผนงานโครงการต่าง ๆ จัดตั้งผู้ประสานงานระดับชุมชนเพื่อชี้แจงและสร้างความเข้าใจ การแสวงหาวิธีการมีส่วนร่วมที่ชุมชนเห็นด้วย เป็นต้น

2. จัดสร้างกระบวนการที่มีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ

2.1 สร้างความเข้าใจร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ ของการพัฒนาและการมีส่วนร่วม โดยมีการแลกเปลี่ยนความสนใจความต้องการของบุคคลหรือกลุ่มและความต้องการในการมีส่วนร่วม

2.2 กำหนดเป้าหมายและสร้างแนวทางแก้ไขต่าง ๆ ที่อาจเป็นไปได้ร่วมกัน ประเมินแนวทางการพัฒนา ยืนยันแนวทางที่ถูกเลือกโดยวิธีการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม ตัวอย่าง เช่น

การสัมภาษณ์และการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างหรือไม่มีโครงสร้าง แล้วแต่กรณีเพื่อหาข้อมูลความคิดเห็นของสาธารณะ หรือนำข้อมูลที่มีอยู่แล้วในชุมชนมาประกอบใช้ในการวางแผนการอบรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการปรึกษาหารือ และวางแผนร่วมกันของผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ที่ตกลงจะทำงานร่วมกัน ในการอบรมนี้เนื้อหาจะประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ ของการมีส่วนร่วม เช่น การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) หรือวิธีการอื่น ๆ การฝึกอบรมอาจจะทำก่อนหรือหลังจากที่ตกลงการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมก็ได้ เพราะการฝึกอบรมจะมีส่วนช่วยในการปรับปรุงกระบวนการหรือกำหนดกระบวนการใหม่ ๆ การอบรมร่วมกันจะช่วยทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ดีขึ้นด้วย ซึ่งอาจจะเป็นส่วนสำคัญที่จะนำไปสู่ผลสำเร็จของการแก้ไขปัญหา

การสัมมนาเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง โดยเฉพาะผลการสัมมนาจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางปฏิบัติต่อไป ตัวอย่างเช่น การจัดสัมมนาหลาย ๆ ครั้ง ต่อเนื่องกันจะช่วยให้มีการกำหนดประเด็น และข้อมูลที่ต้องการ หาสาเหตุ ปังจัยเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญห และพัฒนาที่เหมาะสม อีกทั้งกำหนดประเด็นการติดตามประเมินผลในบางครั้งที่เป็นและอาจต้องให้มีการแต่งตั้งอนุกรรมการสนับสนุนการจัดกิจกรรมสัมมนาอย่างต่อเนื่อง

การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วม (Future Search Conference = FSC) การจัดประชุมผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ มาร่วมกันทำงานโดยนำเอาประสบการณ์และบทเรียนของแต่ละกลุ่ม แต่ละคนมาสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน และสร้างดำเนินกิจกรรมพร้อมกันพร้อมกัน โดยมีความมุ่งหมายเพื่ออนาคตที่ดีร่วมกันภายใต้หลักการดังกล่าว ทุกคนจึงทำงานด้วยความหวัง โดยมีเป้าหมายที่สมาชิกทุกคนยอมรับและลดการใช้ปัญหา หรือ การแก้ไขปัญหาคือตัวตั้งในการทำงานเพราะทำให้เกิดความขัดแย้งและความท้อแท้สิ้นหวังตามมา

ประชาพิจารณ์ การทำประชาพิจารณ์เพื่อให้สาธารณชนและผู้สนใจได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นใด ประเด็นหนึ่ง โดยเฉพาะหรือทั้งโครงการ

นำไปปฏิบัติและการติดตามผล เป็นการติดตามการตัดสินใจในแผนงานโครงการที่นำไปปฏิบัติ การดำเนินการร่วมกัน เครือข่ายความร่วมมือ การพัฒนาระบบในการทบทวนและปรับปรุงวิธีการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม การประสานแผนและทรัพยากรของแต่ละองค์กรที่จะนำกิจกรรมไปปฏิบัติ ตั้งกรรมการที่ปรึกษา (Advisory Committee) ทำหน้าที่ติดตามผล ประชุมร่วมกับชุมชนที่มีผู้นำกลุ่มต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วม ผู้เชี่ยวชาญหรือที่ปรึกษาจะถูกเชิญมาให้ข้อมูลหรือให้ความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะมีการสรุปทบทวนร่วมกันและปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลภายใต้การมีส่วนร่วม ซึ่งกิจกรรมการพัฒนามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในชุมชนท้องถิ่น อำนาจการตัดสินใจควรอยู่ที่ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นนั้น ๆ

ดังนั้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลให้กระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานประสบความสำเร็จมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน เนื่องจากการที่ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมแก้ไขปัญหา และร่วมรับผลประโยชน์ นอกจากนี้ทุกคนที่เกี่ยวข้องจะต้องร่วมประเมินผลว่าวิธีการที่เลือกนั้นส่งผลอย่างไร เพราะตัวเขาเองจะต้องเป็นผู้นำแนวทางหรือวิธีการเหล่านั้นไปปฏิบัติ แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อการปฏิบัติงาน การวิจัย และการพัฒนาคน

### 3.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน และปัญหาเกี่ยวข้องในการดูแลตนเองใน

โรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองในโรคเบาหวาน ก่อนเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 42.9 แต่หลังเยี่ยมบ้าน มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 94.7 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองก่อนเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 68.4 แต่หลังเยี่ยมบ้านมีการปรับตัวอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยคิดเป็น 95.7 ร่วมทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายตามตัวแปรผันได้ร้อยละ 21.58

พรทิศา อินทร์พรหม (2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่าเฉลี่ยอันดับของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยอันดับของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ หลังได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านดีกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อรุณี รัตนพิทักษ์ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการพยาบาลระบบส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคเบาหวาน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการควบคุมโรคไม่ดี จำนวน 23 คน ใช้การพยาบาลระบบส่งเสริมและสนับสนุน พร้อมกับกระบวนการกลุ่มในการร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาแล้วนำไปปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองและการควบคุมโรคดีกว่าก่อนการศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการดูแลตนเองเรื่องความกังวลเกี่ยวกับโรค ไม่มีความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ไม่เห็นความสำคัญ และไม่มีความรู้ในการติดตามผลและการประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง

ภาณุมาศ นพผลเมือง (2540 : บทคัดย่อ) การศึกษาการพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลพิจิตรจังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 คน เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม พบว่าการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี คือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการควบคุมอาหาร โดยการตั้งเป้าหมายในการควบคุมอาหาร การได้รับความรู้ การกำหนดการควบคุมอาหารด้วยตนเอง การสร้างความมั่นใจและให้

กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวและการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร รวมทั้งส่งเสริมแรงจูงใจให้ปฏิบัติ

**อินทราพร พรหมปรการ (2541 : บทคัดย่อ)** ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 400 คน ทำการเก็บข้อมูลด้วยการ สัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อนั้น พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและรายได้ เป็นกลุ่มตัวแปรทำนายที่ดีที่สุดที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายความแปรผัน ได้ร้อยละ 21.58

**พัชรินทร์ พันจรรยา (2543 : บทคัดย่อ)** ได้ศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 255 คน พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยความรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความคาดหวังในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม พิจารณาเป็นรายด้านพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

**สุวัฒน์ สมจิตรสกุล และคณะ (2544 : บทคัดย่อ)** การใช้กระบวนการกลุ่มในการควบคุมโรคเบาหวาน การศึกษาการพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 17 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้รับบริการสามารถควบคุมโรคดีขึ้น เพราะการเจ็บป่วยไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้ป่วย การปฏิบัติใด ๆ ผู้ป่วยย่อมรู้สึกเข้าใจว่าสิ่งนั้นทำให้เกิดอันตรายแก่ตัวหรือมีประโยชน์ และเสนอแนะวิธีการจัดบริการควรมีการทำกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนหรือแสดงความคิดเห็นร่วมกันทั้ง 2 ฝ่าย ผลของการพัฒนาระบบบริการทำให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยและผู้ให้บริการดีขึ้น ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานทำให้การควบคุมโรคดีขึ้น

**ถิอชัย ศรีเงินยวง และคณะ (2546 : บทคัดย่อ)** ศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน พบว่าการบริการด้านการดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นสิ่งที่ผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว และชุมชน เป็นบริการที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องการมากกว่าการบริการด้านการแพทย์ ผู้ป่วยบริการตนเอง โดยการแสวงหาการรักษา ปฏิบัติกิจกรรมที่ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวให้บริการด้านการให้ข้อมูล สนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยชุมชนให้บริการสนับสนุนด้านสังคม

**บงกช สุภวิทย์กุล และคณะ (2548 : บทคัดย่อ)** ได้ศึกษากระบวนการแก้ไข ปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลแม่ไร่ และตำบลจันทน์จิ้ง อำเภอมะจันท์ จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้สูงอายุ ในทั้ง 2 ตำบลสามารถดูแลรักษาสุขภาพตนเองได้ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือการได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วของโรงพยาบาล สถานีอนามัย และการส่งเสริมกิจกรรมด้านต่างๆ จากฝ่ายที่เกี่ยวข้องและได้รับการดูแลปฏิบัติจากครอบครัว ทำให้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

**จรรยา รัชฎ์น้อม (2549 : 52-53)** การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยวิธีสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในการดูแลตนเองในเกณฑ์ดี ร้อยละ 52.5 และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 59.6 ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลตนเองและปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลาง กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางให้กับเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในการให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว

**เสียงสวรรค์ ทิพย์รักษ์ (2549 : 139-143)** ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน บุคลากรสาธารณสุข ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ผลการวิจัยพบว่า แนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การใช้ยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยเน้นการเข้าถึงตัวผู้ป่วยเป็นหลัก ในด้านการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเห็นความสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งผลการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ สามารถจัดกิจกรรมการพัฒนาได้ครบทุกกิจกรรม ผู้ป่วยเบาหวาน



มีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยา โดยส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น

จุฑามาส ยอดเรือน (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการประเมินระดับน้ำตาลก่อนและหลังการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองร่วมกับญาติ 3 กิจกรรม คือ การจัดกิจกรรมที่ให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งกิจกรรมการควบคุมอาหาร กิจกรรมการออกกำลังกายและการดูแลเท้า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการตรวจพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยมีการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยของญาติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สุันทนา เปรื่องธรรมกุล (2550 : 108-115) ได้ศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วม และได้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน คือ การให้ความรู้ สาธิตการออกกำลังกายและกิจกรรมคลายความเครียด รูปแบบที่ 2 เป็นการมีส่วนร่วมในชุมชน คือ การเยี่ยมบ้านและการสร้างเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ชุมชนและผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวานสามารถจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ทิพย์สุภางค์ สุวรรณสร (2550 : 62) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากผลของโปรแกรมการส่งเสริม

สมรรถนะแห่งตนซึ่งผู้ศึกษาได้มีการส่งเสริมโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่

- 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง
- 2) การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ
- 3) การพูดชักจูง และ
- 4) การประเมินความพร้อมของสภาวะร่างกายและอารมณ์ โดยการเข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง และเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ภายหลังสิ้นสุดโครงการ 4 สัปดาห์สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการให้การพยาบาลตามปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม โดยพบว่าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมสม่ำเสมอมากที่สุดในช่วงขั้นตอนการร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการ ทั้งกิจกรรมที่ไม่ใช่ตัวเงิน และร่วมบริจาคเงินหรือทรัพย์สินส่วนตัวเพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรม พบว่า เหตุผลของการมีส่วนร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการของผู้นำชุมชน เพื่อร่วมแก้ปัญหาและเสริมสร้างความสามัคคีในหมู่บ้าน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ควรให้โอกาสแก่ผู้นำชุมชนร่วมกิจกรรมดังกล่าว โดยการประยุกต์แนวคิดกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของคนไทย เพราะมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน และมีความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพ

วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2550 : 72-73) ได้ทำการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ระยะที่สอง เป็นการวางแผนและกำหนดแนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเอง และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่าก่อนศึกษาโครงการผู้ป่วยรับรู้โรคเบาหวานว่าเป็นโรคเกิดจากกรรมพันธุ์ ความเสื่อมของร่างกายเนื่องจากอายุมาก เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เป็นโรคเรื้อรัง สังคมไม่รังเกียจ มีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย ไม่รุนแรง แต่ถ้ารุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทาน ซึ่ยอมรับประทานเองและหยุดยาเอง และมีภาวะเครียดสูง ผลจากการพัฒนา

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มี 15 กลวิธี ประกอบด้วย 5 ส. จากฝ่ายพยาบาล ได้แก่ สัมพันธ์ภาพ สื่อสารความรู้และทักษะ สิ่งแวดล้อม สมดุลด้านจิตใจและอารมณ์สนับสนุน และสืบสาน 5 ต. จากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ตระหนัก ตั้งใจ ตั้งต้น ตั้งสติ ต่อเนื่อง และ 5 อ. จากญาติผู้ป่วย ได้แก่ เอื้ออาหาร อ่อนรสชาติ ออกกำลังกาย ออกความคิดเห็น อุเบกขา ภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน มีการควบคุมชนิดและปริมาณอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่องดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้ มีประสิทธิภาพขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดบนฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ออกความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เน้นความเป็นหุ้นส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล ภายใต้บรรยากาศของการดูแลแบบองค์รวม

ชูชีพ โฆษะจา (2550 : 97-105) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงควรนำกระบวนการกลุ่มมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติเพื่อให้ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพที่ดี

ไพรัช ปัญญาคง (2550 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยนำขั้นตอนขององค์การแห่งการเรียนรู้ของ Peter M. Senge ความรู้เรื่องเบาหวาน แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน แนวคิดการสร้างอนาคตร่วมกัน แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แนวคิดอริยสัจ 4 และกระบวนการกลุ่ม โดยศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วย ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จากการศึกษาวิจัยพบว่าการใช้กระบวนการเรียนรู้ต่าง ๆ ร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในทางที่ดีขึ้น เกิดนวัตกรรมในการให้บริการ

ผู้ป่วย และมีการทำงานเป็นทีม

ณัฐรยานี ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ (2551 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของปัจจัยคัดสรร (เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค และปัจจัยกระตุ้น) ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ 140 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาจากหลอดเลือดดำหลังอดอาหารมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในระยะเวลา 6 เดือน ก่อนการเก็บข้อมูล การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะ น้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยกระตุ้น การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะ น้ำตาลสูงได้ ร้อยละ 25.9 และปัจจัยคัดสรรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะ น้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ ปัจจัยกระตุ้นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และรายได้ตามลำดับ จากผล การศึกษาครั้งนี้การจัดบริการคลินิกโรคเบาหวาน ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เหมาะสม มีการนัดผู้ป่วย มารับการตรวจต่อเนื่อง บุคลากรในทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำการปฏิบัติตนด้วยการสร้าง สัมพันธภาพที่ดี สนับสนุนให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมกระตุ้นในการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วย และคำนึงถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

เดวิด และคณะ (1996 ; อ้างอิงมาจาก อรุณี ศรีนวล. 2548 : 37) ได้ศึกษา การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แอฟริกัน – อเมริกัน อยู่ในเขตชุมชนเมือง โรงพยาบาล ในท้องถิ่น ทำการศึกษาชนิดวิเคราะห์ ชนิด Prospective Studies ระยะเวลา 6 เดือน เพื่อ ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่ไม่ต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่ให้ การดูแลขั้นปฐมภูมิโดยพยาบาล นักโภชนาการ ตัววัดผลคือระดับน้ำตาลในฮีโมโกลบินเอวันซี



(HbA1c) ระดับน้ำตาลในพลาสมา และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องใช้อินซูลินในการรักษาสามารถใช้หลักการกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย (Metabolic) ในการควบคุมได้ดีขึ้น ระดับ HbA1c ลดลง ในการเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมน้ำหนักได้กับผู้ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้

จูเลียนา และคณะ (Juliana and Others. 2008 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่าร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และร้อยละ 3.6 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ 3 อย่าง คือ ความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท แอลดีแอลคอเลสเตอรอล น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลสะสม (HbA<sub>1c</sub>) น้อยกว่า 7% และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องเบาหวาน แพทย์ผู้รักษา และทีมที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และระบบสุขภาพ มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการทบทวนเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว การมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน จะส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และส่งผลโดยอ้อมผ่านปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

### 3.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

#### 3.3.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

1) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2546)

เป็นที่ยอมรับกันว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนและความเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานตามมา ดังนั้นจากการศึกษาเอกสารพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของโรคเบาหวาน คือ



## 1.1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่

1.1.1 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/รายได้ของผู้รับบริการ รายได้ของครอบครัว การประกันสุขภาพ ต้นทุนด้านเวลา เช่น เวลาที่รอคอยในการรับบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทางและเวลาที่ต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

1.1.2 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรสและขนาดครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยที่ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ อาชีพการทำงานหนัก จะมีการดูแลตนเอง น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าอาชีพทำงานเบากว่า

1.2 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุการเกิดโรค การปฏิบัติตน การป้องกันโรค การให้บริการสุขภาพ ขั้นตอนที่จะเข้ารับบริการ วิธีการข้อมูลข่าวสารของการรับบริการสุขภาพ

1.3 ปัจจัยด้านระบบบริการเกี่ยวกับความพึงพอใจเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ ผู้ให้บริการรวมถึงความคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ การเข้าถึงแหล่งบริการแหล่งแรก

1.4 ปัจจัยด้านความเชื่อ เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและการรักษา แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์แผนโบราณและแนวคิดวิทยาศาสตร์ ความเชื่อ ค่านิยมทัศนคติ เกี่ยวกับการรักษา วิธีการและแหล่งการรักษาที่พึงตนเองและสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษา แหล่งสถานบริการรวมถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่

### 1.4.1 แรงจูงใจด้านสุขภาพ

1.4.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค อาการของโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจะกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน และมีโอกาสพิการหรือเป็นอัมพาตได้ถ้าควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

1.4.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยและความรุนแรงของความเจ็บป่วยโดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคในด้าน 1) อาการของโรคเบาหวาน เช่น กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะมาก มีอาการกำเริบอย่างรุนแรงถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2) โรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะเกิดโรคแทรกซ้อนได้ 3) อาการของโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจะกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน และ 4) มีโอกาสพิการหรือเป็นอัมพาตได้ถ้าควบคุมระดับ

น้ำตาลไม่ได้

1.5.4 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

1.5.5 การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง

1.5 ปัจจัยการสนับสนุนของสังคม ครอบครัว ชุมชน ทั้งด้านอารมณ์ สังคม สุขภาพ สามารถส่งเสริมให้มีการพัฒนาเห็นคุณค่าของตนเอง การได้รับความช่วยเหลือการบริการด้านต่าง ๆ การสนับสนุนของทีมสุขภาพ

1.6 ปัจจัยความรู้สึกคุณค่าในตนเอง

2) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (ประธาน ศรีจุลชาติ และคณะ . 2551 : 31 ;

อ้างอิงมาจาก Orem. 2001 : 258-265)

2.1 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม หรือทฤษฎีการดูแลตนเอง

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อยที่มีความสัมพันธ์กันคือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Self-care)

2.1.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำ และผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ) เรียกว่า Dependent – care Agent

1) การดูแลตนเอง (Self Care) หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลเริ่มและกระทำด้วยตัวเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ (Deliberate Action) มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) ซึ่งการดูแลตนเองนี้เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลแต่ละกลุ่ม

แนวคิดของโอเรม การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กันคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิดความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่อย่างไรมีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม วัตถุประสงค์ หรือเหตุผลของการกระทำ การดูแลตนเองนั้น โอเรม เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น

2) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) หมายถึงกิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคล หรืออาจกล่าวได้ว่าความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นเป้าหมายของการดูแลตนเองหรือเพื่อบุคคล ซึ่งการดูแลตนเองที่จะเป็นแบ่งออกเป็น 3 อย่าง ตามภาวะสุขภาพและระยะของพัฒนาการ คือ

2.1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเอง เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัยแต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จะเป็น

2.2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็น

2.3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บเบบทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการ ตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์

2.1.2 ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) เป็นกรอบแนวคิดในการบ่งบอกถึงเหตุผล และเวลาที่บุคคลต้องการพยาบาล กล่าวคือ ความพร่องในการดูแลตนเอง เป็นความสัมพันธ์ของความไม่เท่าเทียมของความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลใช้ความสามารถในการดูแลได้เพียงบางส่วน หรือใช้ไม่ได้เลย หรือเมื่อปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด แสดงถึงการที่บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง

2.1.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) ทฤษฎีระบบการพยาบาล เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ได้ถูกปกป้อง หรือได้นำมาใช้ หรือได้รับการพัฒนา โดยที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือ

2.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับคือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง พลังความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

2.2.1 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-care Operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สมควร และจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเอง

ที่จำเป็น

3) การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

**2.2.2 พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power Components : Enabling Capabilities for Self – care)** โอเรม มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

1) ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง ให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง



10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และ สอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

### 3) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

#### 3.1 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดที่ มนุษย์กระทำแม้ว่าจะสังเกต ค้หรือไม่ก็ตาม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2536)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ของ ร่างกายที่แสดงออกมาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก (Covert and Behavior) ที่คาดหวังให้บุคคลนั้นมีสุขภาพอนามัยที่ดี ไม่เป็นโรคและป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรืออยู่ในสถานะที่ไม่ทำให้เกิดโรคได้ง่าย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นกิจกรรมที่ สังเกตเห็นได้หรือไม่ สามารถสังเกตเห็นได้ แต่สามารถวินิจฉัยได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ นั้น ๆ มีหรือไม่มี โดยใช้วิธีการหรือเครื่องมือทางด้านจิตวิทยา พฤติกรรมดังกล่าวมี องค์ประกอบ 3 ส่วน คือ

3.1.1 พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรม ขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจโดยการมองเห็น ได้ยิน ได้ฟัง ได้สัมผัส เป็นประสบการณ์ เกี่ยวกับข้อเท็จจริง เป็นเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดขึ้นมาจากการศึกษาค้นคว้า หรือเป็น ความรู้ที่ได้จากการสังเกต ตรวจสอบหรือรายงานซึ่งต้องอาศัยความชัดเจนและระยะเวลาใน การศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยจัดเป็นวิทยาศาสตร์สุขภาพและการปรับปรุงส่งเสริม สุขภาพให้ดียิ่งขึ้นและเพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างผู้ที่มีสุขภาพที่ดี ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ อนามัยนั้นเป็นความรู้ระดับขั้นองค์ความสามารถในการนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประมาณค่าเป็นระดับความรู้ขั้นที่จะสามารถกระตุ้นเตือนให้บุคคลรู้จักสำรวจ ตรวจสอบตนเอง และสามารถเกิดการกระทำได้

3.1.2 พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective Domain) ทัศนคติเป็นความ เชื่อของบุคคลการกระทำ สถานการณ์หรืออื่น ๆ รวมทั้งท่าที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มี ต่อสิ่งหนึ่งพฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม และค่านิยม 5 ขั้นตอน คือ การตอบสนอง การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม การจัดระบบหรือจัดกลุ่ม คุณค่าแสดง คุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ

3.1.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่แสดงออก พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นส่วนต่อมาจากพฤติกรรมความรู้และพฤติกรรมด้านทัศนคติ พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกมาในสถานการณ์หนึ่ง ๆ พฤติกรรมด้านนี้ต้องอาศัยความรู้ ความคิด และทัศนคติ เป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่ประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีความสุข

การใช้คำว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่จะ หมายถึง พฤติกรรมของผู้ที่ยังไม่เจ็บหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย หรืออีกนัยหนึ่ง คือเน้นในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรค หรือปัญหาสุขภาพ คือ การดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัว ให้แข็งแรงสมบูรณ์ โดยการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงมี 2 ลักษณะ คือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การดูแลสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ และตรวจสุขภาพประจำปีอันเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่ร่างกายแข็งแรง

การป้องกันโรค เป็นการจัดกิจกรรมที่ช่วยทั้งบุคคลที่สุขภาพดีและเจ็บป่วยให้พ้นจากการเกิดโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันแต่ละวัย ถ้าเกิดการเจ็บป่วยจะช่วยให้พ้นจากความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานโดยให้ความรู้ สอนวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือและจัดสภาพแวดล้อมเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะแสดง พฤติกรรมทางด้านสุขภาพออกมานั้น เกิดจากการมีความรู้ ซึ่งอาจจะเกิดจากการสังเกต การได้ยินได้ฟัง หรือเกิดจากการค้นคว้าจนเกิดความคิด ทัศนคติทางด้านสุขภาพ จนแสดงพฤติกรรมออกมา ทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค สำหรับผู้ที่ยังไม่เป็นโรค และลดภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ที่เป็นโรคต่าง ๆ แล้ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งโรคเบาหวาน

### 3.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior)

หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรครุนแรง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร

อาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

การยอมรับพฤติกรรมป้องกันการโรค การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันโรคต่างๆ นั้นจะต้องผ่านระยะต่างๆ 4 ระยะ เมื่อเข้าสู่บทบาทผู้เสี่ยง (At Risk Role) (สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข. 2538)

3.2.1 ระยะหาข้อมูล ระยะนี้บุคคลจะรับรู้จากสื่อมวลชน หรือบุคคลข้างเคียง และนำมาพิจารณาว่าตนเองอยู่ในระยะการเสี่ยงต่อการป่วย หรือต่อการเป็นโรคเหล่านั้นหรือไม่ บางคนอาจจะให้แพทย์ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อค้นหาโรคที่ยังไม่ปรากฏอาการ

3.2.2 ระยะตรวจสอบข้อมูล เป็นระยะที่บุคคลค้นหาความรู้สึก เจตคติของบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่มีต่อคำแนะนำ ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคว่า สอดคล้องกับความรู้สึกของตนเองหรือไม่เพียงใด

3.2.3 ผู้ที่อยู่ในบทบาทเสี่ยง คือ ผู้ที่ไม่ได้อนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและถูกสรุปว่า เป็นความรับผิดชอบของบุคคลแต่ละคนในการป้องกันตนเอง นั่นคืออยู่ในภาวะเสี่ยง โดยไม่ได้รับผลประโยชน์ในแง่ของการเสริมแรงหรือได้กำลังใจจากสังคมเลย

3.2.4 พฤติกรรมบางอย่างที่ผู้อยู่ในบทบาทเสี่ยง ต้องปฏิบัตินั้นเป็น พฤติกรรมที่ผิดแผก แตกต่าง ไปจากพฤติกรรมคนทั่วไป ทำให้คนในสังคมมองเหมือนเป็นผู้แตกแยกจากสังคม ซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบ

3.2.5 บทบาทของผู้เสี่ยง ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความน่าจะเป็นทางสถิติ ซึ่งได้จากการศึกษาเปรียบเทียบ หรือหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่ปฏิบัติและปฏิบัติเพื่อที่จะรักษาสุขภาพ และมักเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ไม่มีทางรักษา ซึ่งผู้รับผิดชอบในการรักษาควรเป็นแพทย์แต่ต้องถูกพิจารณา ว่าต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วยของตนเอง

#### 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546 : 8-11) สรุปพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในด้านต่าง ๆ ดังนี้

##### 1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย

1.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือด ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นหลัก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้ว่าควรดูแล

ตนเองเรื่องอาหาร ใดๆ และพยายามควบคุมอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน แต่บางรายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นบางช่วงเวลา ซึ่งเป็นเพราะสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น ช่วงเทศกาลต่าง ๆ หรือช่วงฤดูกาลผลไม้ที่ขึ้นชอบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ เมื่อเห็นผลไม้ที่เคยขึ้นชอบทั้ง ๆ ที่รู้ว่าตนเองควรรับประทานอาหารอย่างไร

1.2 พฤติกรรมการลดหรืองดเว้นสิ่งเสพติดจากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ค่อยมีการใช้สิ่งเสพติดและพยายามหลีกเลี่ยง แต่มีบางส่วนที่มีการดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว ซึ่งมักเป็นช่วงเทศกาล หรือมีการใช้ผสมยาของเหล้าเพื่อให้เลือดคลมคิ

1.3 พฤติกรรมการพักผ่อนและการออกกำลังกาย จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย หรือออกกำลังกายไปในตัวอยู่แล้ว ไม่มีเวลา ต้องทำงานนอกบ้านไม่ยอมออกกำลังกาย ไม่มีสถานที่ อยา ขี้เกียจ และสุขภาพไม่ดี เหนื่อยง่าย

1.4 พฤติกรรมการดูแลทำความสะอาดร่างกายทั่วไป พฤติกรรมการดูแลร่างกายส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเบาหวานทำได้ดี ในเรื่องความสะอาดช่องปาก การดูแลความสะอาดของผิวหนังการดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์และการดูแลความสะอาดของเท้าเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง

## 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม

จากการวิเคราะห์เอกสาร และรายงานพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นภาวะเครียดที่ผู้ป่วยจะต้องมีการปรับแบบแผนดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสถานะโรค มีการศึกษาถึงการปรับอัตรโนทัศน์ และรูปแบบการส่งเสริมอัตรโนทัศน์ในผู้ป่วยในการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ศึกษาการปรับหน้าที่ของการเป็นผู้ป่วยกรณีตนเองเป็นโรคเบาหวาน และเป็นผู้ให้การดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีการศึกษาพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ซึ่งพบว่าในบางรายงานไม่มีทักษะในการจัดการกับความเครียด ในบางกรณีที่มีการจัดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการหลีกเลี่ยงความเครียด ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ค่อยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรว่าการลดความเครียด มีผลต่อการควบคุมเบาหวานอย่างไร แต่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะพยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และพยายามเรียนรู้การคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น หาทางผ่อนคลายด้วยการอ่านหนังสือ ฟังเพลงดูโทรทัศน์ ระบายความรู้สึกกับผู้ใกล้ชิด และใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อลดความเครียดโดย

การสวดมนต์ ไหว้พระ ทำบุญใส่บาตร ไปวัด นอกจากนี้พบว่าในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้หญิง มีความคิดที่ไม่ค่อยกล้าระบายความเครียดหรือความรู้สึกไม่สบายใจกับบุคคลอื่นเนื่องจาก วัฒนธรรมไทยไม่ชอบให้นำเรื่องส่วนตัวไปเปิดเผยกับคนอื่น บางรายจึงเก็บไว้ในใจและ กรุ่นคิดอยู่คนเดียว

การศึกษามิติทางด้านสังคมพบว่ามีความค่อนข้างน้อย มีการศึกษาถึง ทดลองในลักษณะการจัดโปรแกรมการสอนให้กับญาติ เพื่อทำบทบาทในการเป็นผู้ให้ การสนับสนุนกับผู้ป่วยด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และการให้ความช่วยเหลือ มีการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่ทำบทบาทเป็นผู้ให้ข้อมูลและการสนับสนุนทาง อารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้น และมีการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในเรื่องของ การเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคคลในครอบครัวอาจเนื่องมาจาก ความเกรงใจว่าอาจทำให้ผู้ป่วย โรคเบาหวานไม่สบายใจ แต่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังคงไปร่วมงานที่เป็นประเพณีต่าง ๆ ในหมู่บ้านและมีความรู้สึกสบายใจที่ได้ไปทำบุญและ ได้พบปะผู้คนในหมู่บ้านหากไม่มี ข้อจำกัดในการเดินทาง นอกจากนี้ยังมีข้อค้นพบว่าญาติเพศหญิง จะให้การสนับสนุนการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีกว่าญาติเพศชาย และการได้รับแรงสนับสนุนจาก ครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ดี ซึ่งมีข้อมูลว่ากลุ่มที่ไม่ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้สม่ำเสมอเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากครอบครัวหรือคนใกล้ชิดขาดการรับรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โรคเบาหวาน จึงขาดการมีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบกับวัฒนธรรมไทยในเรื่องอาหาร จะรับประทานอาหารกันหลาย ๆ คน ในกลุ่มครอบครัว หรือเพื่อนใครทักท้วงเนื่องจากไม่รู้ว่ ผู้ป่วยเป็น โรคเบาหวาน และต้องควบคุมอาหาร (รัชณี กลิ่นศรีสุข, 2540 : 18-19)

### 3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่า มีการศึกษาพฤติกรรมการดูแล ตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในเรื่องการดูแลความสะอาดของเท้า การป้องกัน บาดแผลที่เท้าและการสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่เห็นว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และจาก การวิเคราะห์ข้อค้นพบ จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการป้องกันภาวะแทรก ซ้อนและได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า



จะพยายามดูแลตนเองตามคำแนะนำและเห็นความสำคัญและสนใจดูแลทำเป็นพิเศษ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องนี้มาก่อนจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เช่น ไม่มีการเตรียมลูกอม ทอฟฟี่ และบัตรประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานติดตัวไว้เวลาเดินทาง ซึ่งมีข้อมูลว่าการมารับบริการตรวจรักษามักจะไม่ได้รับคำแนะนำที่เพียงพอเนื่องจากผู้ให้การรักษาไม่มีเวลาให้ และเปลี่ยนผู้ให้บริการบ่อย จึงทำให้สัมพันธภาพค่อนข้างห่างเหิน และมักไม่ค่อยได้รับกำลังใจจากบุคลากรทีมสุขภาพ (ถ่ายอง ทับทิมศรี. 2541: 171)

#### 4. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรักษา

4.1 พฤติกรรมการการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาตามคำแนะนำ บางส่วนมีพฤติกรรมการซื้อยากินเอง โดยจะนำตัวอย่างไปขอซื้อยาร้านขายยาเนื่องจาก ยาหมดก่อนถึงเวลานัด และคิดว่าซื้อยามารับประทานเองได้

4.2 พฤติกรรมการมารับการรักษา พบว่าส่วนใหญ่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4.3 พฤติกรรมการแสวงหาคำปรึกษาอื่น ๆ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการแสวงหาคำปรึกษาอื่นร่วมด้วย ได้แก่ การซื้อยากินเอง การรักษาทางไสยศาสตร์ การใช้ยาสมุนไพร เช่น ฟ้าทลายโจร มะแว้ง มะระขี้นก เห็ดหลินจือ บอระเพ็ด ไบยอ ทองพันชั่ง รังมดแดง กาฝาก เป็นต้น บางส่วนได้มาจากการไปรักษากับหมอพื้นบ้าน ซึ่งมีพฤติกรรมการแสวงหาคำปรึกษาวิธีอื่นร่วมด้วยนี้ บางส่วนให้เหตุผลว่าอยากลองเพราะเกิดความเบื่อหน่ายในการรักษาวิธีเดิม อยากหาย เมื่อได้ทราบข่าวว่ามีคนเคยรักษาแล้วได้ผล และหวังเพื่อโชคดีจะได้หายขาดได้ เป็นต้น มีข้อมูลที่น่าสนใจพบว่ากลุ่มที่ใช้วิธีการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วยมักจะปกปิด ไม่เปิดเผยข้อมูลให้บุคลากรสาธารณสุข ได้รับรู้เพราะเกรงว่าจะถูกตำหนิ หรือถูกปฏิเสธการรักษา (รัชนก เจนวิริยะกุล. 2543 : 79)

#### 3.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุปผา อาศรัยราช (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค และกระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางการกำหนดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่ม

ทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขภาพตามโปรแกรมสุขภาพที่กำหนด ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง และพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริมา เนาวรัตน์ (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎี ความสามารถตนเองร่วมกับบุคคลอ้างอิงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 79 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 39 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และพฤติกรรมปฏิบัติไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา สำหรับค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA<sub>1c</sub> นั้นพบว่า กลุ่มทดลองมีค่า น้ำตาลสะสมในเลือด HbA<sub>1c</sub> ลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิตภา ลอยทะเล (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง การใช้โปรแกรมการควบคุมตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ทดลองใช้โปรแกรมการควบคุมตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติที่โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการฝึกโปรแกรมการควบคุมตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่า มีความวิตกกังวลน้อยกว่า และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ดูแลตนเองตามปกติที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

เยาวเรศ สมทรัพย์ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา จำนวน 202 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ

กับความเครียด การใช้ยา และการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่มีมาก่อน การรับรู้อุปสรรคด้านการปฏิบัติด้านสุขภาพ และอายุ ร่วมกันทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ได้ร้อยละ 47.9 โดยการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด และการรับรู้อุปสรรคด้านการปฏิบัติด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บุญเรียม จุติวิโรจน์, วิวัฒน์ ถีลาตำราญ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยการสุ่มเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจงกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 29 คน หลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงจากเดิม จากร้อยละ 8.4 เป็นร้อยละ 7.4

ขนิษฐา นันทบุตร (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นภาคอีสาน พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากจะได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว เพื่อนบ้านและผู้ป่วยด้วยกันเองแล้ว การจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมีการปฏิบัติตามความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี ท้องถิ่น การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ ส่วนบุคคลออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การติดตามการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการความเครียดซึ่งจะเชื่อมโยงกับกิจกรรมในชุมชน ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองโดยวิธีลองผิดลองถูกและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามความเข้าใจของตนเอง การจัดการดูแลตนเองเป็นการกระทำเพื่อค้นหาการวินิจฉัยโรค การค้นหาข้อมูลเรียนรู้เกี่ยวกับเบาหวาน กระทำเพื่อบรรเทาและป้องกันอาการเพิ่มลดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและส่งเสริมด้านจิตใจ อันได้แก่ ความรู้สึกสบายใจจิตใจสงบ

นิภา แสนโยและคณะ (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการออกกำลังกายด้วยวิธีโยคะร่วมกับรำไม้พลอง ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและต่อระดับไขมัน ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการตรวจ HbA1C และค่า FBS หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัญญา สุยะมั่ง (2551 : 83) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังได้รับการสร้างเสริมแรงงใจ ในการออกกำลังกายต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสร้างเสริมแรงงใจในการออกกำลังกาย มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมแรงงใจในการออกกำลังกายต่ำกว่าของกลุ่มควบคุมที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมายด์ (Smaide, 2000 : 1022 ; อ้างอิงมาจาก จวีวรรณ ดันพุดชา. 2547 : 18) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัญหาเรื่องเท้าและการรับรู้ตนเองเรื่องสุขภาพใน ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชาวแทนซาเนีย จำนวน 150 คน และ ผู้ป่วยเบาหวาน ชาวสวีดิช จำนวน 150 คน พบว่า ผู้ป่วยชาวแทนซาเนีย ร้อยละ 40 มีความ พึงพอใจต่อการดูแลตนเองและเห็นว่าการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์เป็นปัจจัยที่ สำคัญที่สุดที่ช่วยให้ความรู้สึกดีขึ้น ส่วนชาวสวีดิช ร้อยละ 43 ได้รายงานเกี่ยวกับ ความพึงพอใจในการดูแลตนเอง โดยเน้นเรื่องของการลดน้ำหนักตัวและการออกกำลังกาย การขาดยาและการให้การศึกษาเป็นเหตุหนึ่งที่สร้างความไม่พึงพอใจแก่ผู้ป่วยแทนซาเนีย ขณะที่ผู้ป่วยชาวสวีดิชไม่พึงพอใจกับพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยชาวแทนซาเนีย 7 คน และ ชาวสวีดิช 1 คน มีปัญหาเรื่องเท้าเป็นแผลมีหนอง ผู้ป่วยชาวแทนซาเนีย 20 คน และชาวสวีดิช 103 คน มีปัญหาเกี่ยวกับเท้าเปื่อยพุพอง หลังจากระยะเวลาผ่านไป 2 ปี มีการติดตามผลใน กลุ่มผู้ป่วยชาวแทนซาเนีย พบว่า พวกเขามีการปรับปรุงด้านการดูแลดีขึ้น

หยาง และคณะ (Yang and Others, 2008 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ ทางชีววิทยาระหว่างภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกับภาวะมีโปรตีนในปัสสาวะ ที่จะอธิบายถึง สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ศึกษาในกลุ่ม ผู้ป่วยชาวฮ่องกงจำนวน 6,445 คน โดยตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA<sub>1c</sub>) และระดับไม โคร-แมคโครอัลบูมินในปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับ HbA<sub>1c</sub> มากกว่า 6.2 % และมีภาวะไมโคร-แมคโครอัลบูมินในปัสสาวะจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคภาวะสมอง ขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น

เจนนี่ และคณะ (Jeny and Others, 2008 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดกับภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของ HbA<sub>1c</sub> ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีค่าเท่ากับ 6.5 % ส่วนในกลุ่ม ควบคุมมีระดับ HbA<sub>1c</sub> เท่ากับ 7.3 % จากการศึกษาพบว่า การควบคุมให้ปริมาณ HbA<sub>1c</sub> ต่ำกว่า 6.5 % หรือไม่ให้เกิน 10 % สามารถลดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็กและ

หลอดเลือดใหญ่ได้จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย คาดว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อน จะส่งผลโดยตรง ต่อประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

#### 4. ประสิทธิภาพในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

4.1 ตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการคลินิกเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน (สถาบันวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. 2552 : 57)

ในแต่ละหน่วยบริการสามารถจะกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินมาตรฐาน การบริการของตนเองตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ หรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง ตัวชี้วัดมีประเด็น ใหญ่ 3 ประเภท คือ

4.1.1 ตัวชี้วัดเชิงปัจจัยนำเข้า (Input Indicator) มีจุดประสงค์เพื่อประเมิน ความพร้อมในการให้บริการ เช่น

- 1) จำนวนบุคลากรเหมาะสมกับจำนวนประชากร
- 2) มีการจัดสถานที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการ
- 3) มีแผนงาน โครงการจัดบริการที่ชัดเจน
- 4) มีแนวปฏิบัติการให้คำแนะนำปรึกษา
- 5) มีอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นในการจัดกิจกรรมครบถ้วน
- 6) ผู้ให้บริการผ่านการอบรมทักษะการให้คำปรึกษา/การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ

4.1.2 ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (Process Indicator) เพื่อใช้ในการควบคุม คุณภาพการให้บริการ และคาดหวังว่ามีกระบวนการที่ดีจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เช่น

- 1) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวาน
- 2) ร้อยละการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน
- 3) ร้อยละของผู้ป่วยขาดนัด
- 4) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนตามเกณฑ์
- 5) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยา

4.1.3 ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (Output Indicator) เพื่อใช้ในการประเมินผลลัพธ์ การให้บริการ ซึ่งมี 3 ประเภท คือ



1) ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ระยะสั้น (Intermediate Outcome Indicator) ซึ่งสามารถวัดผล โดยใช้ช่วงเวลาที่ไม่ยาวนานนัก เช่น 1 เดือน 3 เดือน 1 ปี

1.1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยน้อยกว่า 140 มก./ดล.

1.2) ร้อยละของผู้ป่วยที่มี  $HbA_{1C} < 7\%$

1.3) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการออกกำลังกายประจำ

1.4) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

2) ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ระยะยาว (Long – term Outcome Indicator) ซึ่งต้องใช้ช่วงเวลาที่ติดตามผู้ป่วยอย่างยาวนานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ หรือความคุ้มค่าคุ้มทุน ของการให้บริการ เช่น 5 ปี 10 ปี ซึ่งผลลัพธ์ระยะยาวเป็นตัวชี้วัดที่มีน้ำหนักที่สุดในการประเมินผล โครงการป้องกันส่งเสริมสุขภาพของโรคเรื้อรังอย่างโรคเบาหวาน

2.1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

2.2) อัตราตายของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

2.3) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

## 4.2 เป้าหมายการควบคุมโรคเบาหวาน

ตารางที่ 3 แสดงค่าเป้าหมายการควบคุมโรคเบาหวาน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	หน่วย	ดี
Fasting Plasma Glucose	mg/dl	80 -120
Post Prandial Glucose	mg/dl	< 180
HbA <sub>1c</sub>	%	<7
Total Cholesterol	mg/dl	<200
LDL- cholesterol	mg/dl	< 100
HDL- cholesterol	mg/dl	> 40
Fasting Triglyceride	mg/dl	< 150
Body Mass Index	kg/m <sup>2</sup>	20-25 ( ชาย) 19-24 ( หญิง )
Waist Circumference	Cm	90 ( ชาย) 80(หญิง )
Blood Pressure	mmHg	< 130/80

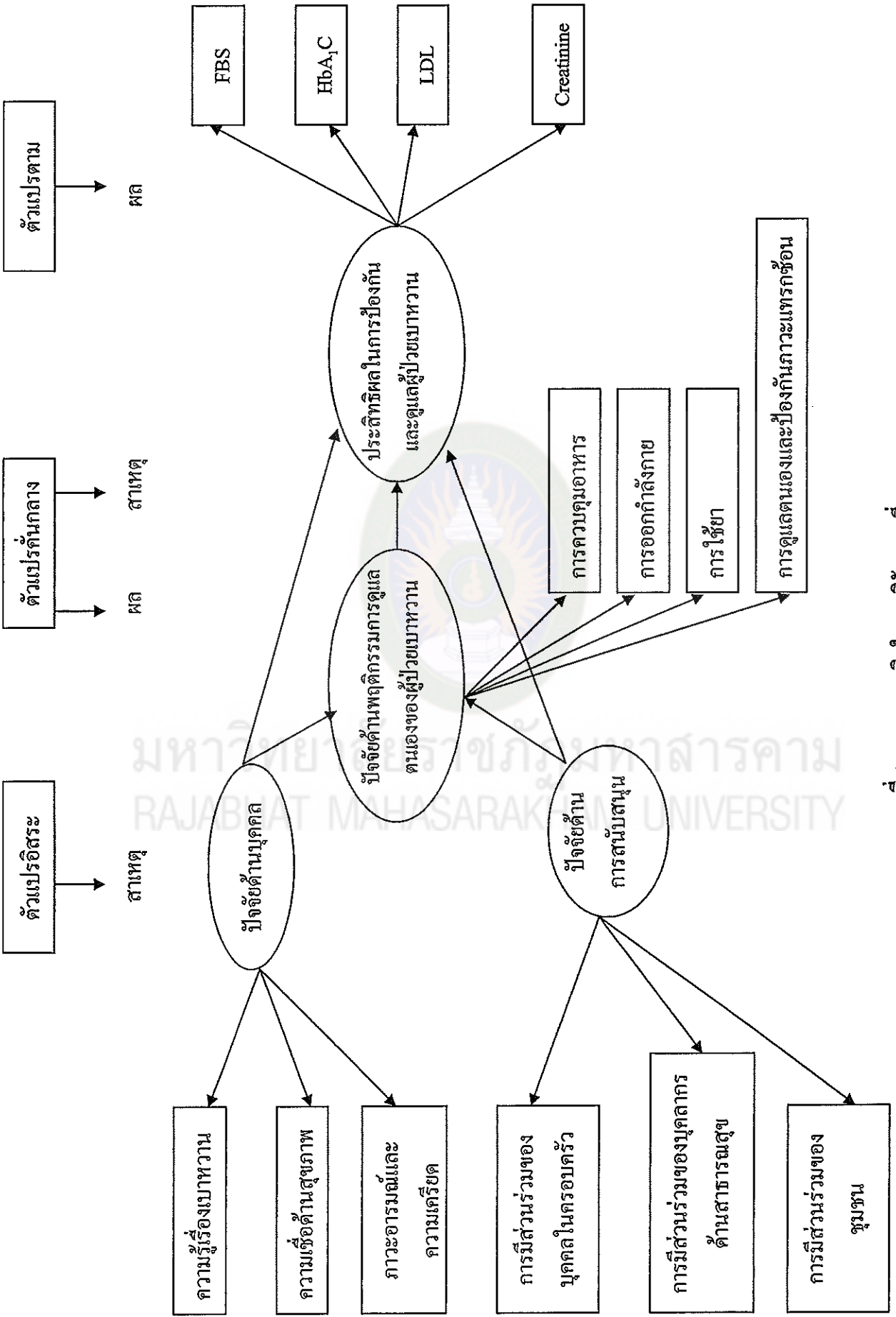
ที่มา (American Diabetes Association. 2005 : 28 : S4-S36)

## 4.3 การประเมินประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

การวิจัยในครั้งนี้จะประเมินประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA<sub>1c</sub>) ระดับไขมันในเส้นเลือด (Total-cholesterol, Triglyceride, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol) การทดสอบการทำงานของไต (BUN, Creatinine) และดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) นอกจากนั้นจะประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สำหรับในระยะที่ 1 ประเมินเฉพาะ FBS , HbA<sub>1c</sub> , LDL และ Creatinine เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งไม่เปิดให้บริการทุกรายการตรวจ

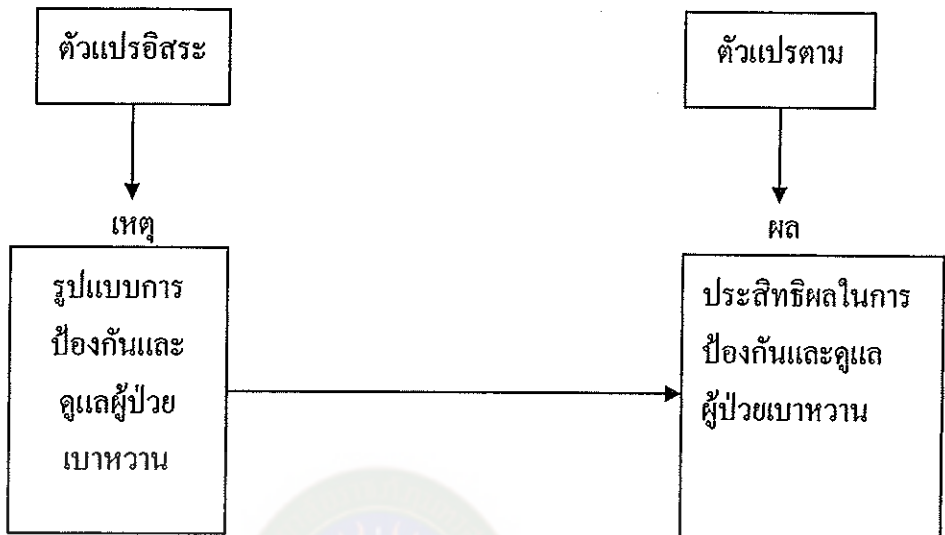
## 5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผล ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นมี 3 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุน และปัจจัยด้านพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ตัวแปรอิสระ หรือปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ ปัจจัยด้านบุคคลซึ่งมีตัวแปร 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เรื่องเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และภาวะอารมณ์และความเครียด ปัจจัยด้านการสนับสนุนซึ่งมีตัวแปร 3 ตัวแปร คือ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว การมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนตัวแปรคั่นกลางหรือปัจจัยเชิงเหตุและผล คือปัจจัยด้านพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีตัวแปร 4 ตัวแปร ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ ประสิทธิภาพในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีตัวแปร 4 ตัวแปร ได้แก่ FBS, HbA1C, LDL และ Creatinine ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล โดยอาศัยหลักการเหตุผลสัมพันธ์ ลำดับการเกิดก่อนหลังของปัจจัยลักษณะการส่งผลโดยตรง และโดยอ้อม ดังแสดงในแผนภาพที่ 4



แผนภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 1

## 5.1 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 3



แผนภาพที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 3