

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่องรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัย โดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคเบาหวาน
3. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด
 - 3.1 ปัจจัยด้านบุคคล
 - 3.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุน
 - 3.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
4. ประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1.1 คำจำกัดความของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายความหมาย ดังนี้

ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช และคนอื่นๆ (2548 : 37) ให้ความหมายของโรคเบาหวานเกิดจากการทำงานของตับอ่อนในการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเพียงพอหรือผลิตอินซูลินได้แต่อินซูลินนั้นทำงานไม่ปกติทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ผลที่เกิดขึ้นก็คือการมีน้ำตาลตกค้างในเลือดซึ่งกระทบไปถึงไตทำให้ไตต้องทำงานหนักมากขึ้นและไม่สามารถกรองเอาน้ำตาลออกจากปัสสาวะได้หมดทำให้มีน้ำตาลปนออกมากับปัสสาวะปัสสาวะจึงมีรสหวานเป็นที่มาของการเกิดโรคเบาหวาน

สุทินศรี อัญญาพร และวรรณี นิธิยานันท์ (2548 : 3) ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่าเป็นความคิดปกติทางเมตะบอลิซึมซึ่งมีลักษณะสำคัญคือระดับน้ำตาลกลูโคสสูงในเลือด

(Hyperglycemia) ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งเป็นผลให้มีการทำลายการเสื่อมสมรรถภาพและการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่างๆที่สำคัญได้แก่ตา (Retinopathy) ไต (Nephropathy) เส้นประสาท (Neuropathy) และหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็ก (Microangiopathy) และขนาดใหญ่ (Macroangiopathy)

วารสาร วังศ์ถาวรรัตน์ และวิชา ศรีคามา (2549 : 114) โรคเบาหวานหมายถึงกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระบบเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตไขมันและโปรตีนความผิดปกติดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในระยะเวลาการสูญเสียหน้าที่และความล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไตระบบประสาทหัวใจและหลอดเลือด

เทพ หิมะทองคำ และคณะ (2550 : 27) โรคเบาหวานหมายถึงภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ตามปกติร่างกายของคนเราจำเป็นต้องใช้

สำนักกระบวนวิชา (2547 : 2) ได้ให้ความหมายของโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus :DM) ว่าเป็นภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง โดยมีการตรวจพบระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl อย่างน้อย 2 ครั้งในวันที่ต่างกันหรือระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ไม่เจาะจงเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl ร่วมกับการมีอาการสำคัญของโรคเบาหวานเช่นปัสสาวะบ่อยและมากกระหายน้ำบ่อยน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ

จากข้อมูลดังกล่าวมาสรุปได้ว่าโรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการทำงานของตับอ่อนในการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเพียงพอหรือผลิตอินซูลินได้ แต่อินซูลินนั้นทำงานไม่ปกติทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สามารถตรวจพบโรคได้โดยการตรวจปัสสาวะหรือการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายคือปัสสาวะบ่อยและมากกระหาย น้ำบ่อยน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ

1.2 ชนิดของโรคเบาหวาน

การจำแนกประเภทโรคเบาหวานใช้เกณฑ์การจำแนกตามสาเหตุและพยาธิสรีรวิทยาในการเกิดโรคของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2553 แบ่งเป็น 4 ชนิดคือ (American Diabetes Association [ADA]. 2010)

1.2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes) เป็นโรคเบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลินพบได้ประมาณร้อยละ 5-10 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการถูกทำลายของเซลล์เบต้าของตับอ่อนทำให้ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ทำให้มีภาวะขาดอินซูลินผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปีอาการของโรคเกิดขึ้นรวดเร็วมักมีรูปร่างผอมและสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ Diabetes ketoacidosis ได้ง่าย

1.2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) เป็นเบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลินหรือมีภาวะดื้อต่ออินซูลินพบได้ประมาณร้อยละ 90-95 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปีมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปรูปร่างอ้วนและมักมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวคั้งนั้นโรคเบาหวานชนิดนี้จึงสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมนอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากการขาดการออกกำลังกายบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดเบาหวานชนิดนี้ได้

1.2.3 โรคเบาหวานชนิดอื่นๆ (Other specific type of diabetes) เป็นโรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติหลายประเภทเช่นความผิดปกติทางพันธุกรรมการออกฤทธิ์ของอินซูลินโรคของตับอ่อนโรคต่อมไร้ท่อเกิดจากการใช้ยาหรือสารเคมีเช่นยาสเตียรอยด์การทำลายภูมิคุ้มกันของตัวเอง

1.2.4 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเมื่อตั้งครรภ์ ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด(สุทินศรี อัญญาพร, 2548 : 95)

1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

ปัจจุบันการวินิจฉัยโรคเบาหวานใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลกซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (American Diabetes Association[ADA]. 2010)

1.3.1 HbA_{1c}มากกว่าหรือเท่ากับ 6.5% โดยในการทดสอบต้องใช้วิธีที่ National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) รับรองและได้มาตรฐานตาม Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) assay

1.3.2 ระดับน้ำตาลในพลาสมามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl หลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

1.3.3 ระดับน้ำตาลในพลาสมา 2 ชั่วโมงหลังการดื่มสารละลายที่มีกลูโคส 75 กรัม (OGTT) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl

1.3.4 ในผู้ป่วยที่มีอาการที่เข้าได้กับภาวะ Hyperglycemia ที่มี random plasma glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl

1.4 สาเหตุของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอหรือสร้างได้แต่ออกฤทธิ์ได้ไม่เพียงพอและเชื่อว่าเกิดจากการกลไกร่วมกันของภาวะคือต่ออินซูลินและจากความผิดปกติของเบต้าเซลล์ (สารัช สุนทร โยชิน. 2549 : 114) โดยมีปัจจัยอื่นๆร่วมด้วยดังนี้

1.4.1 สาเหตุจากพันธุกรรมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าร้อยละ 60-90 ของคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งคู่เนื่องจากมียีนส์ที่ควบคุมการออกฤทธิ์ของอินซูลินหลายตัวนอกจากนี้ยังพบโรคทางพันธุกรรมหลายโรคที่มีความผิดปกติต่อการหลั่งอินซูลิน ดังนั้นโดยทั่วไปจะถือว่าปัจจัยพันธุกรรมเป็นส่วนเพิ่มความเป็นไปได้ต่อการเกิดโรคโดยมีการประมาณการว่าประมาณร้อยละ 25-70 การเกิดโรคจะมีส่วนจากปัจจัยทางพันธุกรรม (สารัชสุนทร โยชิน. 2549)

1.4.2 สาเหตุที่ไม่ใช่พันธุกรรมได้แก่ความอ้วนความสัมพันธ์ของโรคอ้วนและเบาหวานเป็นสิ่งที่ทราบกันเป็นอย่างดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งความอ้วนที่เกิดจากการสะสมไขมันในช่องท้อง (Central obesity) ที่มีความสัมพันธ์กับ Metabolic syndrome และเบาหวานและยังพบว่าความอ้วนเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะคือต่ออินซูลินผู้ที่ขาดการออกกำลังกายเนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้นความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งอินซูลินโรคของตับอ่อนความเครียดการขาดเบต้าเซลล์หรือจำนวนเบต้าเซลล์น้อยลงโดยมีสาเหตุจากการขาดโปรตีนอย่างรุนแรงทำให้ตับอ่อนอักเสบเป็นผลให้เบต้าเซลล์ถูกทำลาย (ชิตินันบุญและวารสารฉวีวงศ์ถาวรรัตน์. 2549) สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผลรวมของความผิดปกติของทั้งภาวะคือต่ออินซูลินและการหลั่งอินซูลินซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและเมื่อมีการเสียสมดุลเกิดขึ้นโดยมีผลจากปัจจัยทางด้านพันธุกรรมภาวะโรคอ้วนทำให้เกิดความบกพร่องของทั้งสองระบบมากขึ้นเมื่อเบต้าเซลล์ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายก็จะเกิดเบาหวานขึ้น

1.5 อาการโรคเบาหวาน

อาการที่พบในผู้ป่วยเบาหวาน (สุนิตย์ จันทระประเสริฐ และคณะ. 2547, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. 2551) ได้แก่

1.5.1 ปัสสาวะบ่อยและมากปัสสาวะในเวลากลางคืนคนปกติมักจะไม่ต้องลุกมาปัสสาวะกลางคืนหรือปัสสาวะอย่างมาก 1 ครั้ง ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลสูงมากเกินความสามารถของไตในการสกัดกั้นมิให้น้ำตาลออกมาในปัสสาวะ (พลาสมากลูโคสในเลือดมากกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) จะมีน้ำตาลออกมากับปัสสาวะซึ่งจะดึงน้ำตามมาทำให้สูญเสียน้ำไปด้วยจึงมีปัสสาวะมากกว่าคนปกติทำให้ต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะกลางคืนหลายครั้งและอาจพบว่าปัสสาวะมีมดค่อม

1.5.2 คอแห้งกระหายน้ำดื่มน้ำมากซึ่งเป็นผลมาจากการที่ร่างกายสูญเสียน้ำมากทาง
ปัสสาวะ

1.5.3 หัวบ่อรับประทานจุแต่น้ำหนักลด อ่อนเพลียเนื่องจากร่างกายเอาน้ำตาล
กลูโคสไปใช้เป็นพลังงานไม่ได้เพราะอินซูลินไม่เพียงพอจึงมีการสลายพลังงานออกมาจากไขมันและ
กล้ามเนื้อ

1.5.4 ถ้าเป็นแผลจะหายยากมีการติดเชื้อตามผิวหนังเกิดฝีบ่อยเนื่องจากน้ำตาลสูงทำ
ให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรคลดลง

1.5.5 ค้นตามผิวหนังมีการติดเชื้อตามร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอด
ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพศหญิงสาเหตุของอาการคันเกิดขึ้นได้หลายอย่างเช่นผิวหนังแห้งเกินไป
หรือการอักเสบของผิวหนังซึ่งพบบ่อยในผู้เป็นเบาหวาน

1.5.6 ตาพร่ามัวต้องเปลี่ยนแว่นบ่อยครั้งที่ตาพร่ามัวในผู้เป็นเบาหวานมีสาเหตุหลาย
ประการเช่นอาจเป็นเพราะสายตาเปลี่ยน (สายตาสั้นลง) เมื่อน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลไปคั่งอยู่ใน
ตาหรือต้ามัวอาจเกิดจากต้อกระจกต้อตมผิดปกติจากโรคเบาหวาน

1.5.7 ชาปลายมือปลายเท้าเกิดจากเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมเนื่องจากน้ำตาลที่สูง
นานๆทำให้ลดความรู้สึกเจ็บปวดเท่ารู้สึกรูขี้กลากและการบาดเจ็บเกิดขึ้น โดยไม่รู้ตัวเพราะว่าไม่รู้สึกรูขี้กลาก
เกิดแผลที่ทำได้ง่ายเพราะไม่รู้สึกรูขี้กลากจะทราบแผลก็ดูกลามมากเมื่อเป็นแผลจะหายยากและติดเชื้อได้
ง่ายซึ่งภาวะเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลายนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการห่อนสมรรถภาพทาง
เพศหรือหมดความรู้สึกทางเพศได้

สรุปอาการของโรคเบาหวานที่พบบ่อยได้แก่ปัสสาวะบ่อยและมากเวลากลางคืน
คอแห้งกระหายน้ำดื่มน้ำมากหัวบ่อรับประทานจุแต่น้ำหนักลดอ่อนเพลียถ้าเป็นแผลจะหายยากมี
การติดเชื้อตามผิวหนังเกิดฝีบ่อยค้นตามผิวหนังมีการติดเชื้อง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอด
ของผู้ป่วยเบาหวานตาพร่ามัวและชาปลายมือปลายเท้า

1.6 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1.6.1 ภาวะแทรกซ้อนประเภทเฉียบพลันเป็นอาการที่เกิดขึ้นรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการ
ช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะมีอันตรายถึงชีวิตได้แก่

1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติคือต่ำกว่า
50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์อาการที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการหิวมากมือสั่นเหงื่อออกตามตัวใจสั่นหัวใจเต้น
เร็ววิงเวียนศีรษะหน้ามืดถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงอยู่นานพอสมควรก็อาจทำให้หมดสติชัก
และถึงแก่ชีวิต (ชัชลิต รัตนสาร, 2546)

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการที่ชวนสงสัยว่าเป็นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำด้วย ผู้สีกตัวควรรีบกินน้ำตาลน้ำหวานหรือของหวานๆทันทีซึ่งจะช่วยให้อาการต่างๆทุเลาลงทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาเบาหวานอยู่ควรพกน้ำตาลติดตัวไว้กินทุกครั้งเมื่อเริ่มรู้สึกมีอาการแต่ถ้าหมดสติอย่างกรอกน้ำตาลหรือน้ำหวานเข้าปากผู้ป่วยอาจทำให้สำลักลงปอดได้ควร รีบนำไปหาหมอที่อยู่ใกล้บ้านที่สุดเพื่อติดกดูใกล้ชิดและเพื่อนใกล้ชิดทราบเพื่อจะได้หาทางแก้ไขได้ทันที่หากปล่อยไว้จนหมดสติหรือชักนานๆอาจ ทำให้สมองพิการได้ในรายที่มีภาวะนี้บ่อยๆโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดควรให้แพทย์ตรวจหาสาเหตุให้ แน่ชัด

2) ภาวะไม่รู้สีกตัวจากน้ำตาลในเลือดสูงแต่ไม่พบสารคีโตนในเลือดเรียกว่า Hyperglycemic Hyperosmolar Nonketotic Coma (HHNC) ความผิดปกตินี้มักพบในโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยเบาหวานวัยกลางคนหรือผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ค่อยคืออาการจะพบว่ กระจายน้ำมากปัสสาวะบ่อยและมากผิดปกติต่อเนื่องหลายวันหรือสัปดาห์อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย น้ำหนักลดตามัวซึมและหมดสติ (กอบชัย พัววิไล. 2546 : 112)

3) ภาวะกรดคั่งในร่างกายจากสารคีโตน (Diabetic ketoacidosis : DKA) ความ ผิดปกตินี้มักจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน Type 1 แต่อาจเกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน Type 2 ที่ควบคุม ระดับน้ำตาลได้ไม่ดีหรือเกิดการติดเชื้อรุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการขาดน้ำหายใจหอบลึก ลมหายใจมีกลิ่น หนักกลิ่นใส้อาเจียนซึมและหมดสติไม่รู้สีกตัวในที่สุด (กอบชัย พัววิไล. 2546 ; ธิติส นันบุญ. 2545 : 45)

4) อาการติดเชื้อ (Infection) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้การทำงานของเม็ดเลือด ขาวในการจับเชื้อโรคและการทำลายเชื้อโรคผิดปกติทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (สุนิตย์ จันทร์ ประเสริฐ และคณะ. 2548) เมื่อผิวหนังมีระดับน้ำตาลมากจะทำให้เชื้อโรคและเชื้อราเจริญเติบโตได้ดี จึงอาจมีอาการคันตามผิวหนังเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและทำให้แผลหายช้า(ภาวนากิริยุดวงษ์. 2544)

1.6.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ และคณะ. 2547 : 6) แบ่งได้ คังนี้

1) โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ (Macrovascular) ความเสี่ยงของผู้ป่วย เบาหวานต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ โอกาสเป็นโรคหัวใจ 2-4 เท่าของคนทั่วไป ซึ่งเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคความดัน โลหิตสูง และโรคหลอดเลือดตีบที่เท้า

2) โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็ก (Microvascular) ได้แก่ โรคแทรกซ้อนทาง ตา (Retinopathy) โรคแทรกซ้อนทางไต (Nephropathy) และโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Neuropathy) เป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการร่วมกัน

จากข้อมูลที่ว่ามาสรุปว่าโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังซึ่งโรคแทรกซ้อนดังกล่าวมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ดังนั้นการดูแลตนเองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆจึงเป็นส่วนสำคัญเพื่อป้องกันโรคแทรกและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้

1.7 ผลกระทบของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีวิธีการรักษาที่ทำให้หายขาดได้จำเป็นต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้เกิดผลกระทบด้านต่างดังนี้

1.7.1 ด้านร่างกายผลกระทบทางด้านร่างกายเกิดจากพยาธิสภาพโรคที่รุนแรงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเกิดอาการเจ็บปวดในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นแผลเรื้อรังถูกจำกัดกิจกรรมต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาโรคทำให้ความสามารถทางด้านร่างกายลดลง (นงนุช โอบะ และคนอื่นๆ. 2545 : 32)

1.7.2 ด้านจิตใจอารมณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคเบาหวานทำให้เกิดความรู้สึกกลัว กระวนกระวายวิตกกังวลเบื่อหน่ายท้อแท้ต่อการดูแลตนเองและการรักษาขาดความเชื่อมั่นในตนเอง โกรธซึมเศร้าหมดหวังมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลงเกิดภาวะเครียด (สุภวรรณ มโนสุนทร. 2546 : 28)

1.7.3 ผลกระทบด้านครอบครัวการที่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งสูญเสียรายได้ของครอบครัวบทบาทสมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลต้องรับภาระในเรื่องค่ารักษาโรคต้องขาดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย (นงนุช โอบะ และคนอื่นๆ. 2545 : 46)

1.7.4 ผลกระทบระดับสังคมผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวเป็นระยะเวลายาวนานและต่อเนื่องทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัดไม่สามารถมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตามปกติเกิดความรู้สึกท้อแท้ไร้ค่าเป็นภาระของผู้อื่น ไม่กล้าเผชิญหน้าทำให้แยกตัวออกจากสังคม (สุภวรรณ มโนสุนทร. 2546 : 29)

1.7.5 ผลกระทบระดับชุมชนภาวะการเจ็บป่วย นอกจากการสูญเสียทางเศรษฐกิจของชุมชนแล้วผู้ที่เจ็บป่วยไม่สามารถให้ความร่วมมือในกิจกรรมของชุมชนอย่างต่อเนื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนยังเป็นอุปสรรคในการพัฒนาชุมชนทำให้ชุมชนไม่สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2535 : 42)

จากข้อมูลที่ว่ามาสรุปได้ว่าผลกระทบจากโรคเบาหวานมีผลเสียต่อทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยเองและยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวสังคมและชุมชนอีกด้วย

1.8 การดูแลรักษา และควบคุมโรคเบาหวาน

1.8.1 หลักการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย การรักษาให้ได้ผลดีต้องได้รับความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยเอง และญาติ ในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งการดูแลรักษา ที่สำคัญ คือ

- 1) การควบคุมอาหาร
- 2) การออกกำลังกาย
- 3) การใช้ยา
- 4) การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด

1.8.2 เป้าหมายในการควบคุมเบาหวาน

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

ตารางที่ 1 เกณฑ์การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในโรคเบาหวาน

การควบคุม/การปฏิบัติตัว	เป้าหมาย
1. Fasting Plasma Glucose (มก./คค.)	80-120
2. Postprandial Glucose(มก./คค.)	80-160
3. HbA _{1c} (%)	< 7
4. Total Cholesterol (มก./คค.)	< 170
5. LDL Cholesterol (มก./คค.)	< 150
6. HDL Cholesterol (มก./คค.): ชาย	≥ 40
หญิง	≥ 50
7. Triglyceride (มก./คค.)	< 150
8. Body Mass Index (BMI) (Kg/M ²)	18.5-22.9
9. Blood Pressure (มม.ปรอท)	
ความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic BP)	< 130
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic BP)	< 80

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2554

2. พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคเบาหวาน

2.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและลักษณะของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรค อาจแบ่งออกได้หลายอย่าง คือ

2.1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม ในแง่ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ขณะนี้ยังไม่พบความผิดปกติของยีนตัวใดตัวหนึ่งที่จะอธิบายการเกิดโรคเบาหวานได้ในผู้ป่วยทุกราย ปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีการค้นพบ ในปัจจุบันคือการมี Mutation ของ Insulin Receptor, Glucokinase และ Mitochondrial Gens พบว่า เป็นสาเหตุของโรคเบาหวานในผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ส่วน Mutation ของยีนอื่น เช่น Glycogen Synthetase และ Insulin – receptor Substrate – 1 (IRS-1) ก็มีรายงานในผู้ป่วย NIDDM บางเชื้อชาติเท่านั้น และไม่ใช่ว่าสาเหตุสำคัญในผู้ป่วยส่วนใหญ่ในปัจจุบัน จึงยังไม่อาจชี้ชัดถึงยีนที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน (Diabetogenes) ได้สมมุติฐานหนึ่งนี้อาจอธิบายปรากฏการณ์ที่พบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศที่กำลังพัฒนาหรือในคน

บางเชื้อชาติ เช่น ชาวอินเดียหรือชาวจีนที่อพยพไปอยู่ประเทศทางตะวันตก คือ Thrifty Gene Hypothesis ซึ่งอธิบายว่าในคนที่อาศัยอยู่ในที่ที่อาหารค่อนข้างขาดแคลน ร่างกายจะมีการปรับตัว โดยมีการสะสมไขมัน และพลังงานมากขึ้น เมื่อคนเหล่านี้ไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ที่มีอาหารมาก เกินพอ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงทำให้มีโอกาสเป็นเบาหวานได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้สภาวะแวดล้อม ระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดา (Intrauterine Environment) ก็อาจมีผลต่อการเกิด โรคเบาหวานในอนาคต ได้ ภาวะทุพโภชนาการบางช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ อาจมีผลต่อการทำงานของ B-cell ของตับอ่อน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรืออาจเป็นไปได้ว่า ทารกที่น้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยกว่าปกติที่รอดชีวิตมาได้นี้มีภาวะคีโตนินซูลินมากกว่าปกติ

2.1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม การศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผ่านมาจนถึง ปัจจุบันทั้งในภาคตัดขวางและการศึกษาระยะยาว พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมบางอย่าง ที่อาจเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ความอ้วน โดยเฉพาะ Upper Body Obesity การขาดการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและการบริโภคอาหาร บางชนิด โดยเฉพาะอาหารประเภทไขมันในปริมาณสูง

2.1.3 ความอ้วน มีการศึกษาหลายรายงานที่แสดงให้เห็นว่าความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวาน และความทนกลูโคสที่ผิดปกติ คำนึงความหนาของร่างกายมีความสัมพันธ์ โดยตรงกับโอกาสเกิดโรคเบาหวานทั้งในเพศชายและเพศหญิงในหลายเชื้อชาติ นอกจากนี้การกระจายของไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายยังมีความสำคัญต่อโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ต่าง ๆ กัน โดยผู้ที่มีไขมันสะสมบริเวณท้องมาก จะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้สูงกว่าผู้ที่มีไขมันมากบริเวณอื่น สาเหตุที่การสะสมไขมันในบริเวณนี้ทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานนี้ยังไม่ทราบแน่ชัดหลักฐานที่มีในขณะนี้ คือ ไขมันในช่องท้อง หรือ Visceral Fat นี้เป็นไขมันที่สามารถสลายเป็น Free Fatty Acid และส่งไปยังตับโดยตรง ไขมันบริเวณนี้ตอบสนองต่อการกระตุ้นโดยระบบประสาทซิมพาเทติก พบว่าความอ้วนชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะ Insulin Resistance และในบางรายงานพบว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับ 3- adrenergic Receptor Polymorphism ในคนที่อ้วนมากและมีความทนกลูโคสผิดปกติ การลดน้ำหนักตัว สามารถช่วยลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้

2.1.4 การขาดการออกกำลังกาย เป็นที่ทราบกันดีว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้น และช่วยให้การควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยลดระดับไขมันในเลือด เพิ่มปริมาณ HDL – cholesterol และช่วยลดปริมาณไขมันในร่างกาย มีการศึกษาหลายเชื้อชาติที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายมีโอกาสดังกล่าวสูงขึ้น 2-4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ออกกำลังกายหรือใช้แรงงานสม่ำเสมออุบัติการณ์ของโรคเบาหวานที่พบสูงขึ้นมาก ในระยะหลังนี้โดยเฉพาะในประเทศที่เริ่มพัฒนา อาจ

เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิตเป็น Sedentary Lifestyle และขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างคนที่อยู่ในชนบทและคนที่อยู่ในตัวเมืองในหลายประเทศ เช่น เปรูเตอร์โก และหลาย ๆ ประเทศในหมู่เกาะแปซิฟิก เช่น ฟิจิ, ซามัวตะวันตกพบว่าโอกาสเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในพวกที่อยู่ในตัวเมือง ถึงแม้จะตัดปัจจัยเรื่องความอ้วนออกไปแล้วการศึกษาในไต้หวัน พบว่า ผู้ที่ทำงานในบริษัทจะมีระดับน้ำตาลและอินซูลินในเลือดสูงกว่าผู้ที่ใช้แรงงานเป็นประจำ กลไกของการออกกำลังกายที่ช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานน่าจะเป็นทั้งผลโดยตรงจากการที่การออกกำลังกาย ทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้นและผลทางอ้อม จากการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและมีการกระจายของไขมันในส่วนต่างๆ ของร่างกายดีขึ้น สำหรับผลของการออกกำลังกายต่อการควบคุมโรคเบาหวาน

2.1.5 ปัจจัยด้านอาหาร โภชนาการเป็นพื้นฐานที่สำคัญของชีวิตนับแต่เริ่มปฏิสนธิเจริญวัยเป็นเด็กและผู้ใหญ่ จวบจนกระทั่งชราภาพและเสียชีวิต โภชนาการล้วนมีผลต่อวัยดังกล่าว ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าพฤติกรรมการบริโภคตลอดชีวิตของคนเรามีผลกระทบที่สำคัญต่อสุขภาพในการเกิดโรคภัยไข้เจ็บตลอดจนความรุนแรงของโรค และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โภชนบำบัดทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคที่รุนแรง สร้างคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ขณะเดียวกันลดค่าใช้จ่ายการรักษาโดยการลดการใช้ยาลดความถี่และระยะเวลาการรักษาตัวของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและลดอันตรายจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผลที่ตามมาคือลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ การให้บริการทางโภชนาบำบัดเป็นสิ่งสำคัญต่อระบบการสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพโดยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล ผลที่ตามมาคือช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดการใช้ยา ลดภาวะโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ลดอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ลดการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มคุณภาพของชีวิต ซึ่งเป็นที่สงสัยกันมานานว่าการบริโภคสารอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งมากเกินไป เป็นเวลานาน ๆ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ คงเป็นการยากที่จะหาคำตอบที่ชัดเจนในเรื่องนี้ได้ อย่างไรก็ตามก็ตีหลักฐานทางระบาดวิทยาที่มีในปัจจุบันและหลักฐานทางห้องปฏิบัติการ พบว่า การบริโภคไขมันอิ่มตัวในปริมาณมากและการบริโภคปริมาณเส้นใย อาหารที่ไม่เพียงพออาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ นอกจากนี้ในผู้ที่อ้วนมีการบริโภคอาหารที่ให้ปริมาณพลังงานสูงกว่าคนทั่วไป ซึ่งความอ้วนนี้ก็ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การหันมานิยมบริโภคอาหารแบบตะวันตกซึ่งมีไขมันสูงและปริมาณเส้นใยอาหารต่ำก็อาจเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

2.2 ปัจจัยอื่นๆ

2.2.1 ความเครียด ภาวะเครียดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เช่น Glucagon, Cortisol และ Catecholamines ซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับ

การผ่าตัด เป็นต้น สำหรับภาวะเครียดทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ๆ ยังไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

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

3. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลสูง และมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

เป็นที่ยอมรับกันว่าพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนและความเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานตามมา ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งมีตัวแปร 3 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง

3.1.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคล

1) ทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างเช่นความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคอาการและการรักษาการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคความเชื่อเดิมความสนใจและค่านิยม

ความเชื่อ คือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้และจะทำให้มนุษย์มีความ โน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้นความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไรความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้คาดหวังหรือสมมติฐานซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมกร

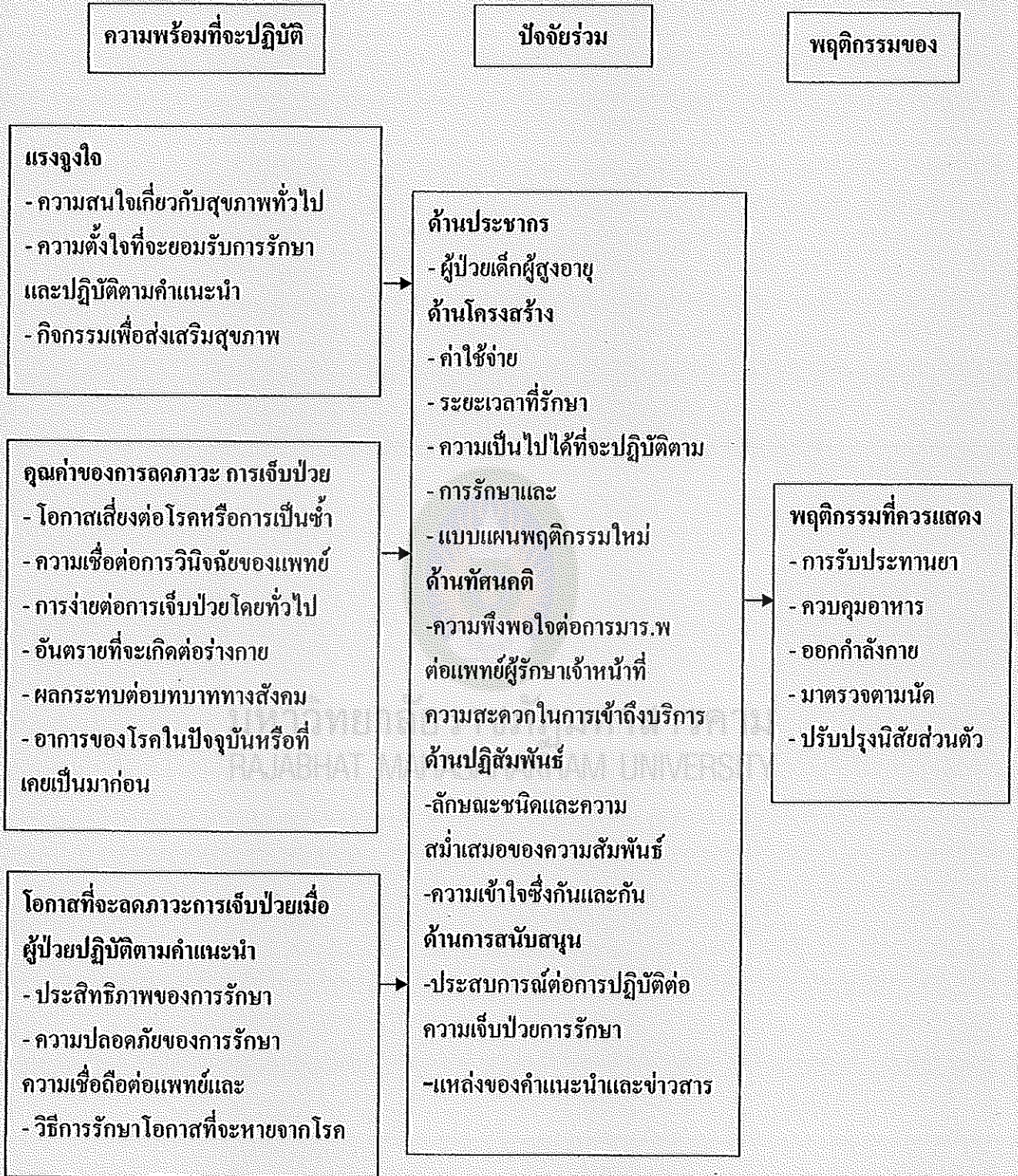
เจ็บป่วย (Illnessbehavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role behavior)

โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1966 : 254) ได้เป็นผู้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model) มาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Health Behavior) ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของเคิร์ทเลวิน (Kurt Lewin. 1951 : 152) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองและจะหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาองค์ประกอบที่โรเซนสต็อก กล่าวไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือการที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. คนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดโรครขึ้นแล้วก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้และในการปฏิบัตินั้นต้อง

คำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคมได้แก่ค่าใช้จ่ายความสะดวกสบายในการปฏิบัติความยากลำบากและอุปสรรคต่างๆเป็นต้น

ภายหลังจากการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคจนเป็นที่ยอมรับแล้วต่อมาเบคเกอร์ (Becker.1974 : 348) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมในด้านต่างๆเพิ่มเติมจากที่โรเซนสต็อกศึกษาไว้ซึ่งสามารถแสดงได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามทฤษฎีของเบคเกอร์

ที่มา : Becker (1974 : 348)

ต่อมาเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1974 : 348) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจโดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีกเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่นๆที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคโดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรคและเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Dues to action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behaviors) ได้ดีขึ้นซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายและสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพได้ดังต่อไปนี้

1.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคลกล่าวคือความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลจึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรค โดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันซึ่ง ฮอชบาม (Hochbaum, 1958 : 1-28) ได้กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพเบคเกอร์จึงสรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ (Becker, 1977 : 366)

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆมีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตของเขาถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่าแม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยาเช่นความกลัวความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

1.3 การรับรู้ประโยชน์อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action minus the barriers or cost of that action)

หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือ

โรคได้ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

1.4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barrier)

หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบได้แก่การรับรู้ถึงความไม่สะดวกค่าใช้จ่ายราคาแพงความละเอียดเป็นต้นฉะนั้นการตัดสินใจจะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับภาระชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าวโดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสียโรเซนสต็อก (Rosenstock . 1974 : 264) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไขจะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

1.5 แรงจูงใจ (Motivattion) หมายถึง ลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่ถูก

กระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่างๆกันในด้านสุขภาพอนามัยเช่นในกรณีที่บุคคลมีความต้องการจะลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคบุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตนมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นต้นทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้นซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้บุคคลร่วมมือในการรักษาการวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้ในรูปของความต้องการหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติ

1.6 ปัจจัยร่วมต่างๆ (Modifying factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

หรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆความต่อเนื่องในการรักษาหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพและปัจจัยทางสังคม (Social factors) และสิ่งชักนำภายนอกได้แก่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือสื่อมวลชนต่างๆ (Mass media communication) ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพนอกจากนี้ยังต้องมีปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic variables) ได้แก่เพศอายุระดับการศึกษาอาชีพรายได้เป็นต้นซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆเพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาโรคหรือการป้องกันได้มากขึ้น

โดยสรุปบุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นเขาจะต้องมีความเชื่อและการรับรู้ดังต่อไปนี้

ปัจจัยหลัก

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือติดเชื้อ
2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ต่อประโยชน์และสิ่งที่จะต้องเสียไป
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยร่วม

1. แรงจูงใจเช่นคำแนะนำเพื่อนสื่อต่างๆ
2. ปัจจัยกระตุ้นเช่นสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยหรือชาวบ้านความพึงพอใจความคาดหวังต่อการบริการ

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับเจตคติ

2.1 ความหมายเจตคติ

กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2552 : 172) ได้ให้ความหมายของ เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ หรือแนวโน้มในการนำมาซึ่งการกระทำ การชอบหรือไม่ชอบ การยอมรับหรือไม่ยอมรับ หรือความพร้อมที่จะตอบสนองของบุคคล ทั้งนี้เนื่องมาจากการรับรู้ เรียนรู้ของบุคคลในสังคม

งามตา วนิทานนท์ (2553 : 215) ได้ให้ความหมายของเจตคติ คือจิตลักษณะประเภทหนึ่งของบุคคล เกิดจากการรู้คิดเชิงประมาธค่าเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดในทำนองประโยชน์หรือโทษ ทำให้มีความรู้สึกโน้มเอียงไปในทางชอบ พอใจมากขึ้นต่อสิ่งนั้นๆ หรืออาจกล่าวได้ว่าเจตคติเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ รวมทั้งความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเฉพาะอย่าง

สรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความคิดความเข้าใจที่บุคคลมีต่อบุคคล กลุ่มบุคคล วัตถุสิ่งของ หรือเหตุการณ์หนึ่ง ๆ ที่ได้รับรู้จนก่อให้เกิดความรู้สึก และมีแนวโน้มว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามความคิด ความเข้าใจ และความรู้สึกที่มีอยู่

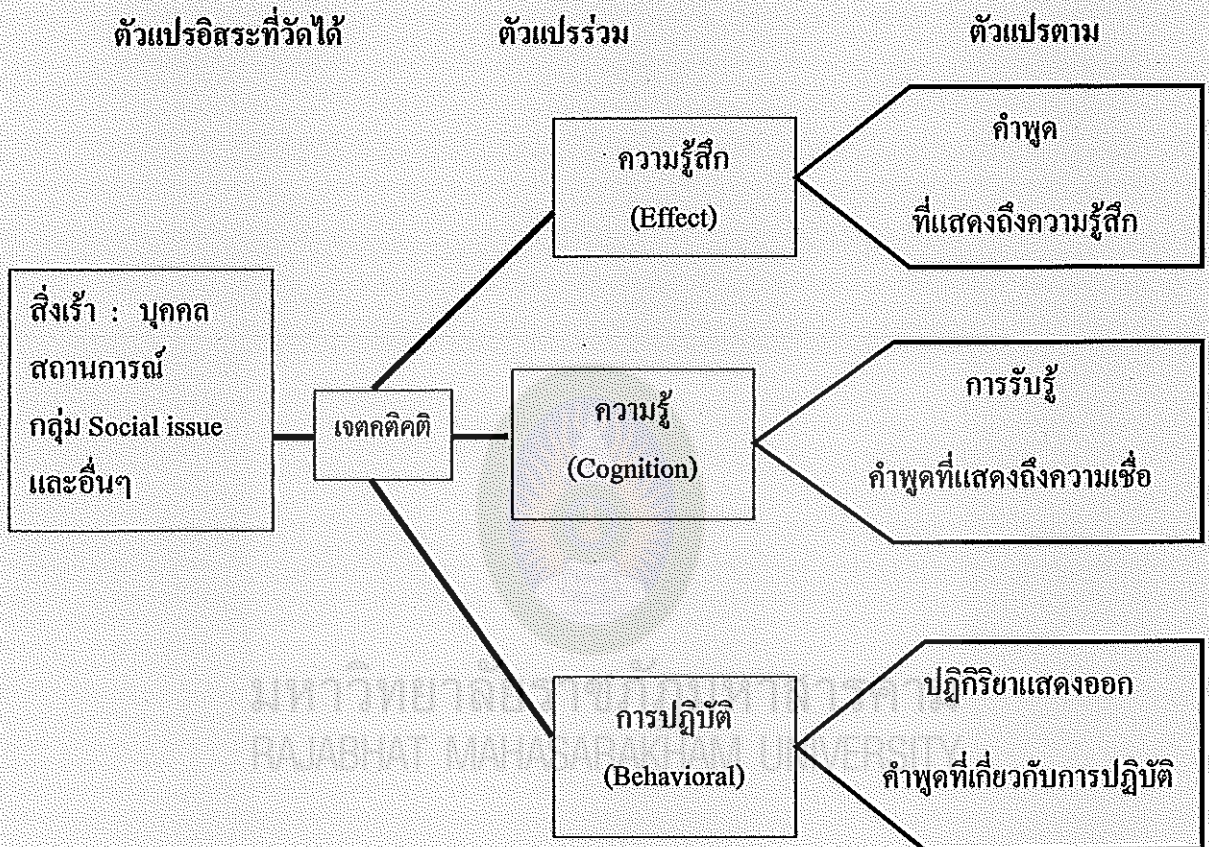
2.2 องค์ประกอบของเจตคติ มีความเกี่ยวข้องกับความหมายหรือนิยามของเจตคติ ซึ่งนักจิตวิทยาหลายๆ ท่าน กล่าวถึงองค์ประกอบของเจตคติไว้ ดังนี้

2.2.1 องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component) ได้แก่ ความคิด ซึ่งความคิดนี้อาจจะอยู่ในรูปใดรูปหนึ่งแตกต่างกัน

2.2.2 องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวเร้า “ความคิด” อีกต่อหนึ่ง ถ้าบุคคลมี

ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี ขณะที่คิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ซึ่งจะออกมาในรูปลักษณะที่แตกต่างกัน) แสดงว่าบุคคลนั้นมีความรู้สึกในด้านบวก (Positive) หรือมีความรู้สึกในด้านลบตามลำดับ

2.2.3 องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Behavioral Component) องค์ประกอบนี้มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมอย่างใดอย่างหนึ่ง



ภาพที่ 2 องค์ประกอบของเจตคติ

ที่มา : ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ (2552 : 90-91)

2.3 การเกิดเจตคติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2552 : 91-93) กล่าวถึง แหล่งสำคัญที่ทำให้เกิดเจตคติไว้ 3 แหล่ง ดังต่อไปนี้

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

2.3.2 สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Model) เจตคติบางอย่างถูกสร้างขึ้นจากการเลียนแบบผู้อื่น ขบวนการเกิดทัศนคติโดยวิธีนี้เกิดขึ้นได้ โดยขั้นแรกจากเหตุการณ์ บางอย่างบุคคลจะเห็นว่าบุคคลอื่นมีการปฏิบัติอย่างไร ขั้นต่อไปบุคคลนั้นจะแปลความหมายของการปฏิบัตินั้นในรูปความเชื่อ เจตคติซึ่งมาจากการปฏิบัติของเขา ถ้าบุคคลนั้นให้ความเคารพนับถือ ยกย่องคนที่แสดงปฏิกริยานั้นอยู่แล้ว บุคคลนั้นจะยอมรับความรู้สึก ความเชื่อที่เขาคิดว่าบุคคลที่แสดงปฏิกริยานั้นดี

2.3.3 องค์ประกอบที่เกี่ยวกับสถาบัน (Institutional Factor) เจตคติของบุคคลหลายอย่างเกิดขึ้นสืบเนื่องจากสถาบัน เช่น โรงเรียน สถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา หน่วยงานต่างๆ สถาบันเหล่านี้จะเป็นทั้งแหล่งที่มาและสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดเจตคติบางอย่างได้ตลอดเวลา

กระบวนการเกิดเจตคติหรือการเปลี่ยนแปลงเจตคติมี 3 อย่าง คือ (Kelmam, 1958 : 5160 : อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2552 : 122-124)

1. การยินยอม (Compliance) การยินยอมจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อเขาและเพื่อมุ่งหวังจะให้เกิดความพึงพอใจจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลนั้น
2. การเลียนแบบ (Identification) การเลียนแบบเกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนั้นเป็นผลมาจากการที่เขาต้องการที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีหรือพึงพอใจระหว่างตัวเขากับบุคคลหรือกลุ่มหนึ่ง
3. ความต้องการภายใน (Internalization) จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า อันสืบเนื่องมาจากสิ่งนั้นตรงกับความต้องการภายในของบุคคลนั้น

2.4 อิทธิพลของเจตคติต่อพฤติกรรมของบุคคล เจตคตินอกจากจะมีอิทธิพลเกี่ยวข้องในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคลแล้ว ยังมีส่วนช่วยบุคคลในเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้

2.4.1 ช่วยให้เห็นใจสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว โดยการช่วยจัด รวบรวมและทำให้สิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อนกลายเป็นที่ง่ายต่อการเข้าใจ

2.4.2 ช่วยปกป้องความนิยมในตัวเอง (Self-Esteem) โดยการช่วยให้บุคคลสร้างความนิยมชมชื่นในตัวเองขึ้น

2.4.3 ช่วยให้คุณสามารถปรับตัวให้อยู่ในโลกที่ซับซ้อนได้ โดยการช่วยแสดง พฤติกรรมที่จะได้รับสิ่งตอบแทนที่น่าพึงพอใจจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว

2.4.4 ช่วยให้คุณสามารถแสดงออกซึ่งค่านิยมพื้นฐานของตนเอง

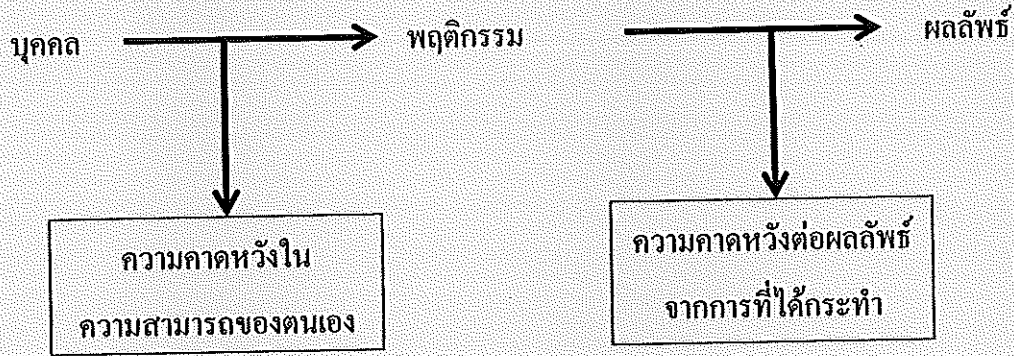
สรุปได้ว่า เจตคติต่อโรคเบาหวาน หมายถึง ความรู้สึก การรับรู้และปฏิกิริยาที่แสดงออก หรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเจตคติของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็น ความเชื่อและความรู้สึกที่มีต่อโรคเบาหวาน การรักษา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด ระดับน้ำตาลในเลือด และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ถ้ามีเจตคติในทางที่ดีก็จะมีแนวโน้มให้คุณแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

3. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-Efficacy Theory)

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเป็นทฤษฎีที่ Bandura อาจารย์และนักจิตวิทยาชาวแคนาดาซึ่งปฏิบัติงานที่มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ดประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการคือแนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self - Regulatory) และแนวคิดของความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) และ Bandura (1977 : 84-85) ให้แนวคิดว่าคุณคนจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้น โดยมีส่วนประกอบที่สำคัญดังนี้

3.1 ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectations) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าเขาสามารถกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จหรือไม่ในระดับใด

3.2 ความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectations) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจว่าถ้ากระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วจะได้รับผลกรรมใดๆ ตามมาดังนั้น ความคาดหวังทั้ง 2 ประการจึงมีค่าความสัมพันธ์กันดังแสดงภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ที่ต่างกันระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่เกิดขึ้น (Bandura, 1977 : 79)

ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำ

		สูง	ต่ำ
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำซึ่งเกิดจากการตัดสินใจกระทำของบุคคล

จากภาพที่ 3 และภาพที่ 4 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองกับความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ว่าถ้าหากบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูงจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกันบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอนในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วยหรือความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นไปในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1978 : 241 ; อ้างถึงในจิระศักดิ์ เจริญพันธ์, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์และสุวิทย์ พัฒน์มณี. 2544 : 48-49)

Bandura มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคลบุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกันในคนคนเดียวก็เช่นกันถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกันก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้และเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัวหากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั้นเองนั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถก็จะแสดงความสามารถนั้นออกมาคนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทนอดสาหัสไม่ทอดง่ายและจะประสบความสำเร็จในที่สุดการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใดในขณะที่ความคาดหวังในผลของการกระทำเป็นการตัดสินใจว่าผลลัพธ์ใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

ลักษณะการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของบุคคลแบ่งเป็น 3 มิติดังนี้ Bandura (1977 : 84-85) มิติที่หนึ่งเกี่ยวกับปริมาณของการรับรู้ (Magnitude) กล่าวคือการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลในการที่จะกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆหรือแตกต่างกันในบุคคลเดียวกันเมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายแตกต่างกันเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนจะทำงานสำเร็จถึงระดับไหนเมื่อถูกเสนองานที่มีระดับความยากง่ายแตกต่างกันมิติที่สองเกี่ยวกับการนำไปใช้ (Generality) การรับรู้ความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นๆซึ่งประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติงานในสถานการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันไปประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองถูกนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นๆ ได้มิติที่สามเกี่ยวกับความเข้มหรือความมั่นใจ (Streagth) ถ้าการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนมีความเข้มน้อยคือบุคคลไม่มั่นใจในความสามารถของตนเมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวังจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลงแต่ถ้ามีความเข้มหรือความมั่นใจมากบุคคลจะมีความบากบั่นมานะพยายามแม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของตนบ้างก็ตาม

จากข้อมูลดังกล่าวมาสรุปได้ว่าทฤษฎีความสามารถตนเองเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถตนเองซึ่งจะทำให้พฤติกรรมที่กระทำสำเร็จหรือไม่และความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นคือสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากที่ได้กระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยทั้ง 2 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันดังนั้นถ้าหากบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูงจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกันบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอนในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy Theory) ของ Bandura โดยแบ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองออกเป็น 2 ด้านคือการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการรับรู้ความคาดหวังต่อผลของพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์

3.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Bond, G.G., et.al. (2535) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 56 คน ทำการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาการทำนาย พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในด้าน การปฏิบัติตัว และการควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมา พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และการควบคุมระดับน้ำตาล มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับ 3 องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และตัวชี้แนะการกระทำ (Benefits-Cost, Cues)

กาญจนา ไชธรรม (2541 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ยะลาจำนวน 79 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 39 คนเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายร่วมกับการตรวจหาระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการรับรู้ความสามารถตนเองความคาดหวังในผลดีการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการควบคุมอาหารพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิภาวรรณ ลิ้มเจริญ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในตำบลโสนลอย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่ได้รับคำแนะนำแบบมีส่วนร่วม มีคะแนนความเชื่อสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์อุปสรรคของการป้องกันโรค คะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน ในด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

น้ำค้าง ว่องเกษญา (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองการรับรู้ภาวะสุขภาพและวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสียแขนขา รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลการรับรู้ความสามารถของตนเองการรับรู้ภาวะสุขภาพกับวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสียแขนขา รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตัดแขนหรือขาและมาติดตามการรักษาที่หน่วยกายอุปกรณ์ในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสินและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 120 รายระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนตุลาคม 2540 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ สถิติที่ใช้คือความถี่ร้อยละสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันผลการวิจัยพบว่าผู้สูญเสียแขนขาส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลางมีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยเฉพาะโดยรวมการรับรู้ภาวะสุขภาพและวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสียแขนขาโดยรวม ได้แก่ระดับการศึกษารายได้การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไปการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยเฉพาะการรับรู้ภาวะสุขภาพ

สฤดี ภูห้อยไสย (2541 : 154-185) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่นพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพการรับรู้ความสามารถของตนเองการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและผลการเรียนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 52.13

สุระศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์ (2541: บทคัดย่อ) โดยศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลตนเองในด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคและความคาดหวังผลดีในการปฏิบัติตัว พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลตนเองในด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคและความคาดหวังผลดีในการปฏิบัติตัว ดีวก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการให้การพยาบาลตามปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

สิริธร ศลินิล (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโภชนาการอย่างมีแบบแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้หญิงที่มี

นำหนักเกินมาตรฐาน โดยศึกษาองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ด้านคือ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

สิทธิ รัตนารีย์ (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองการสนับสนุนทางสังคมกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2) การรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจร่วมกันในการทำนายวิถีดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 44.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทิพย์สุภางค์ สุวรรณศร (2550 : 62) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนซึ่งผู้ศึกษาได้มีการส่งเสริมโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง 2) การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ 3) การพูดชักจูง และ 4) การประเมินความพร้อมของสภาวะร่างกายและอารมณ์ โดยการเข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง และเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ภายหลังสิ้นสุดโครงการ 4 สัปดาห์สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการให้การพยาบาลตามปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

อโณทัย เหล่าเที่ยง (2550 : 80-82) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยแบบสัมภาษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้

ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ แรงจูงใจ ด้านสุขภาพโดยทั่วไป และปัจจัยร่วมต่าง ๆ สำหรับแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานประกอบด้วยพฤติกรรมด้านบริโภค พฤติกรรมด้านการรักษา การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม และพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมที่สุด และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r = .186$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้คงอยู่อย่างยั่งยืน

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะส่งผลต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

3.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุน

3.2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการสนับสนุน

1. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

1.1 ความหมาย

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นตัวแปรทางจิตสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อมซึ่งจากแนวคิดของ Dever (1991 :24-30, อ้างถึงในกรรณิกา ลองจันจค์. 2547 : 4) กล่าวว่าปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมในมิติทางจิตสังคม หมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์การแลกเปลี่ยนทางสังคมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลผู้วิจัยจึงได้นำการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้และจากการที่แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเป็นที่สนใจของนักวิชาการอย่างมากมายจึงมีการให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลายดังต่อไปนี้

Caplan (1976 : 39-42 ; อ้างถึงในสมทรง รัชนีเฝ้า และสรงค์กฤษณ์ ดวงคำ สวัสดิ์. 2540 : 43) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงสิ่งที่บุคคลได้รับ โดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มคนอาจเป็นด้านข่าวสารเงินกำลังงานหรือทางอารมณ์ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

Cobb (1976 : 300-301) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นทางจิตใจว่าเป็นการติดต่อสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีผู้ที่ให้ความรักความเอาใจใส่เห็นคุณค่าได้รับการยอมรับยกย่องและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมส่วน

House (1981 :254-256 ; อ้างถึงในกรรณิกา ทองจำนงค์. 2547 : 4) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วยความรักความไว้วางใจ ความห่วงใยการให้ข้อมูลป้อนกลับข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบประเมินตนเองในสังคมการได้รับข้อมูลข่าวสารตลอดจนการช่วยเหลือด้านการเงินวัสดุสิ่งของแรงงานเวลาและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

Schaefer Coyneand Lazarus (1981 : 254-256 ; อ้างถึงในกรรณิกา ทองจำนงค์ .2547 : 4) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ข้อมูลข่าวสารและวัสดุสิ่งของหรือบริการโดยที่ผู้รับจะได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือหรือการมีปฏิสัมพันธ์

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดกาฬสินธุ์ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดเช่นสมาชิกในครอบครัวชุมชนสังคมและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่นแพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถดูแลตนเองได้

1.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติจะมีการจัดแบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 แหล่งใหญ่ๆคือแหล่งปฐมภูมิได้แก่ครอบครัวญาติพี่น้องซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยอย่างยิ่งส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิได้แก่ผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุข ได้แก่แพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆเช่นพระครูผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (สมทรง รักษ์เผ่า และสรศักดิ์ วัฒนศิริ. 2540 : 43) ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม Cobb (1976 : 300-301) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์(Emotional Support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ได้รับความสนิทสนมมีความผูกพันรักใคร่และไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและมีความเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Network Support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเองเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Schaefer Coyne and Lazarus (1981 : 104-117 ; อ้างถึงในกรณีกาลอง จำนวนก. 2547 : 4) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการได้รับการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจและความรู้สึกมั่นใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการได้รับข้อมูลที่จะช่วยให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการประเมินการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของเงินทองแรงงานหรือบริการ

House (1981 : 49-56 ; อ้างถึงในกรณีกาลอง จำนวนก. 2547 : 4) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงการแสดงออกซึ่งความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรักรักความผูกพันความรู้สึกไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่และการห่วงใยซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารคำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ไขปัญหานั้นได้

3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) หมายถึงการได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นได้แก่การเห็นพ้อง การยอมรับและการยกย่องชมเชยทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของแรงงานและบริการต่างๆรวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน

1.3 ประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคม Pender (1996 : 396) กล่าวถึงประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

1.3.1 ส่งเสริมการเจริญเติบโตและการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเองทำให้มีอารมณ์มั่นคงและมีความสุขในชีวิต

1.3.2 ลดความเครียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

1.3.3 มีการป้อนกลับยืนยันรับรองหรือการทำให้เกิดความมั่นใจและเกิดความมั่นใจและคาดการณ์การกระทำของบุคคลนั้นว่าเป็นที่ต้องการของสังคม

1.3.4 เป็นกันชนหรือเบาะรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการแปลเหตุการณ์และการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้จึงช่วยลดการเจ็บป่วยซึ่งจะเป็นการป้องกันโรค

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.1. ความหมายของการมีส่วนร่วมนักวิชาการได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมดังนี้

สมทรง รักษ์เผ่า และสรศักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540 : 114) การที่จะพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลครอบครัวและชุมชนให้ยั่งยืนได้นั้นจะต้องช่วยให้ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพและความสามารถที่จะดำเนินการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนได้ด้วยตนเองให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานเพื่อจะช่วยให้ชุมชนได้พัฒนาในเรื่องต่างๆก็จะช่วยให้แผนงานต่างๆที่วางไว้นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับความสนใจความต้องการและค่านิยมของประชาชนหรือชุมชนจะได้แนวคิดใหม่ๆและภูมิปัญญาของชุมชนมาช่วยแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้เกิดการไว้วางใจและสนับสนุนในการดำเนินงานช่วยให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาหรือให้ความสนใจปัญหาและพัฒนาความสามารถที่จะนำไปสู่การรับผิดชอบในการดำเนินงานด้วยตนเองจะช่วยให้เกิดการประสานงานภายในชุมชนจะช่วยพัฒนาให้เกิดแนวคิดที่เป็นสังคมประชาธิปไตย

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2543 : 95) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในกระบวนการการพัฒนาว่าเป็นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มจนถึงโครงการได้แก่การร่วมกันค้นหาปัญหาการวางแผนการตัดสินใจการระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีท้องถิ่นการบริหารจัดการการติดตามผลรวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

เจลิยว นูร์รักดี และคณะ (2545 : 114) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมหมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงสร้างพัฒนาชนบท การมีส่วนร่วมต้องเป็นไปในรูปที่ผู้รับการพัฒนาเข้ามามีส่วนกระทำให้เกิดการพัฒนาไม่ใช่เป็นผู้รับการพัฒนาตลอดไปทั้งนี้เป็นการเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงและถาวรการมีส่วนร่วมของประชาชน ไม่ใช่หมายความว่าเพียงการดึงประชาชนเข้ามาทำกิจกรรมตามที่ผู้นำท้องถิ่นคิดหรือจัดทำขึ้นเพราะแท้จริงแล้วในหมู่บ้านหรือชุมชนต่างๆมีกิจกรรมและวิถีดำเนินงานของตนอยู่แล้วประชาชนมีศักยภาพที่จะพัฒนาหมู่บ้านของตนเองได้แต่ผู้บริหารการพัฒนาไม่สนใจสิ่งที่มีอยู่แล้วโดยพยายามสร้างสิ่งใหม่ๆขึ้นมาเพื่อให้ได้ชื่อว่าเป็นความคิดหรือโครงการของตน

วันชัย วัฒนศัพท์ (2546 : 47) การทำงานแบบมีส่วนร่วมนั้นไม่ว่าจะเป็นระดับครอบครัวระดับโรงเรียนระดับชุมชนระดับองค์กรหรือระดับประเทศนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการทัศนปัจจุบันเพราะจะช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และจะทำให้ผู้มีส่วนร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้นยินยอมปฏิบัติตาม (Compliance) และรวมถึงตกลงยอมรับ (Commitment) ได้อย่างสมัครใจเต็มใจและสบายใจ

สมคิด สันวิจิตร (2548 : 12) การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา การตัดสินใจในการแก้ปัญหา ร่วมกัน นอกจากนี้ยังมีความสามารถในการใช้และการจัดการกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนได้ รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมนั้นๆของชุมชน การที่จะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานั้นจะต้องมีวิธีการ คือต้องให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนสามารถจัดการ ควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้

เออร์วิน (วารินทร์ จันทร์รัตน์, 2548 : 12 ; อ้างอิงมาจาก Erwin, 1976 : 138) ให้แนวคิดการมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจร่วมแก้ปัญหาของตนเอง ใช้ความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชน ร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาและสนับสนุนผลการปฏิบัติขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมหมายถึง กระบวนการที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการดำเนินงานพัฒนา ตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้นจนกระทั่งกระบวนการสิ้นสุด โดยการที่เข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ ซึ่งบุคคล เข้ามารับรู้ปัญหาและข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ และพลังที่สำคัญยิ่ง ที่จะทำให้การพัฒนาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดความสำเร็จ จำเป็นจะต้องให้บุคคล ชุมชน และผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้น โครงการจนเสร็จสิ้น โครงการ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ปฏิบัติตามแนวทาง ร่วมรับผลประโยชน์ ทั้งนี้จะต้องให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน จึงจะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาไม่ว่าจะเป็นทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งทางด้านสาธารณสุขหรือในด้านอื่นๆ ทั้งในระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับท้องถิ่นและระดับชุมชน

2.2.1 แนวคิดและหลักการ

World Health Organization (1999) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการของตนเองและของชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ โดยเน้นหนักในเรื่องพัฒนาความรู้ความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของเขาเอง โดยสรุปแล้ว แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนจะประกอบไปด้วย หลักสำคัญอยู่ 3 ประการ คือ

1) ชุมชนต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ ว่าควรจะทำอะไร และทำอย่างไร (มิตินำวางแผน)

2) ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการกระทำตามการตัดสินใจนั้น(มิตินำดำเนินการ)

3) ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น คือ จะสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชุมชนนั่นเอง ซึ่งในส่วนของประโยชน์นั้น ประกอบด้วย

3.1) ประชาชนจะต้องใช้บริการสุขภาพที่มีอยู่ได้มากขึ้น และมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการสุขภาพนั้น ๆ

3.2) ประชาชนต้องสามารถเสริมทรัพยากรในด้านเงิน กำลังคนและอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนในส่วนที่ขาด

3.3) ประชาชนจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เมื่อได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการศึกษา ผลที่เกิดจากพฤติกรรมดังกล่าว

3.4) ประชาชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์ที่จะช่วยให้สามารถควบคุมวิถีชีวิตของตน

2.2.3 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการจัดระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน มีผู้อธิบายระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ สรุปได้ 3 ระดับ ดังนี้

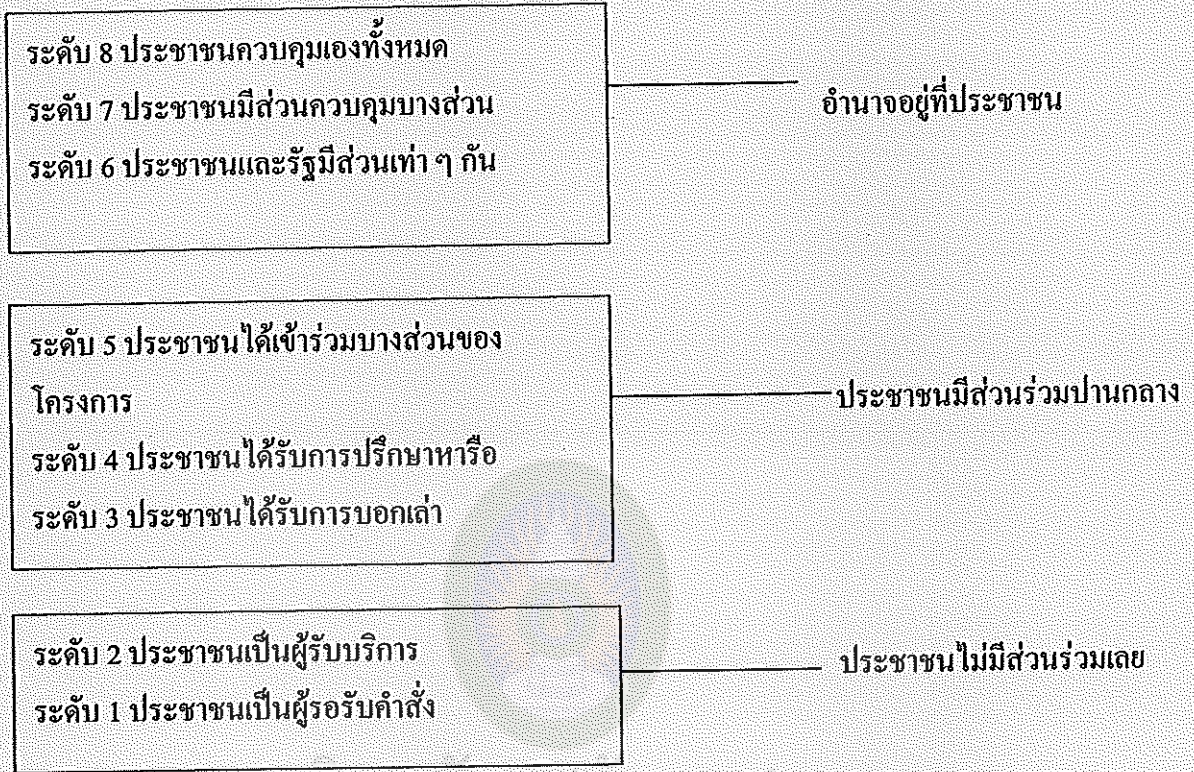
1) ระดับที่ไม่มีส่วนร่วม หรือมีส่วนร่วมน้อย คือ การที่ประชาชนถูกกำหนดถูกเชิด ถูกชักจูง ถูกจัดให้เข้าร่วมกิจกรรม โดยประชาชนและชุมชนไม่มีการเกี่ยวข้องกัน สัมพันธ์กันต่างฝ่ายต่างอยู่

2) ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง คือ การที่ประชาชนเป็นเพียงผู้รับทราบ รับฟังรับคำแนะนำปรึกษา รับคำปลอบโยน โดยได้รับทราบเรื่องต่างๆ จากองค์กร หรือผู้นำ ในหมู่บ้านมากขึ้นอาจมีคำถามจากประชาชนเป็นครั้งคราว

3) ระดับการมีส่วนร่วมสูง คือ การเกิดพลังของประชาชน มีการรวมกลุ่มมีการกระจายอำนาจ และเข้าควบคุมโดยประชาชน และชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของคนและกันและมี

การติดต่อ 2 ทางมีการคิดหาเหตุผล ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาพร้อมกัน มีการรับฟังความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม

อาร์นสไตน์ (Arnstein, 1969) ได้จัดระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ 8 ระดับ คือ



ภาพที่ 5 ระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชน

จะเห็นได้ว่าระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมคือ ระดับ 8 หมายถึง ประชาชนมีส่วนสำคัญในการพัฒนา เริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ปัญหา รวมทั้งควบคุมดูแลให้เป็นไปตามที่ชุมชนตัดสินใจและการมีส่วนร่วมของชุมชนจะลดลงมาเรื่อยๆ จนถึงระดับ 1 หมายถึง ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการควบคุมหรือตัดสินใจเลย เพียงแต่เป็นผู้รอรับคำสั่งว่า เจ้าหน้าที่ของรัฐจะสั่งให้ปฏิบัติอย่างไรในชุมชน

2.2.4 ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหรือในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ จะเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนได้ระบุปัญหา และความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน เสนอแนะ และเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา ร่วมดำเนินการตามแนวทางที่ตัดสินใจ พยายามใช้ทรัพยากรในชุมชนทั้งในแง่กำลังคน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมให้เกิดประโยชน์สูงสุดประกอบกับการสนับสนุนจากฝ่ายรัฐ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาคนให้

มีขีดความสามารถพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมนั้น บุคคลที่มีส่วนร่วมทั้งประชาชน รัฐ หรือเอกชนจำเป็นจะต้องอาศัยทักษะ พื้นฐานสำคัญ 3 ประการ คือ ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะในการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร และทักษะในการทำงานเป็นทีม เพราะทักษะดังกล่าว จะช่วยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ก่อให้เกิดพลังอย่างยิ่ง นำไปสู่การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมอันเป็นแนวทางการศึกษาเพื่อประชาชนหรือชุมชน (อลิศรา ชูชาติ และคณะ. 2538 : 25)

มีรายงานการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของแกนนำ หรือกลุ่มเป้าหมายในชุมชนใน โครงการเกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ จะช่วยเพิ่มขีดขั้นความสำเร็จของโครงการ ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดการพึ่งตนเองและการพัฒนาที่ยั่งยืน นอกจากนี้ โครงการสุขภาพในระดับชุมชนได้ชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานควรจะเป็นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และสมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะในสองกลุ่มหลังควรจะมีส่วนร่วมเป็นผู้กระทำทั้งนี้เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการพึ่งตนเองของแต่ละชุมชน

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2543 : 59-70) ได้สรุปปัจจัยที่ขัดขวางการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ คือ

1. ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ความแตกต่างกันในประเด็นต่าง ๆ ของแต่ละกลุ่มชนในชุมชนการขาดองค์กรพื้นฐานของชุมชนที่จะรวมกลุ่มชนชั้นต่าง ๆ ขาดคุณสมบัติของการเป็นชุมชนคือ มีประชากรหนาแน่นมาก หรือกระจัดกระจายมากเกินไป มีวัฒนธรรมความเชื่อที่แตกต่างกันขาดผู้นำที่มีความสามารถ ขาดการมีหุ้นส่วนร่วมกันระหว่างองค์กรชุมชนและองค์กรภาครัฐประชาชนไม่ให้ความสนใจในกิจกรรมที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ กลุ่มต่างๆในชุมชนมีความสนใจที่แตกต่างกัน ประชาชนคุ้นเคยกับการเป็นผู้รับมากกว่าเป็นผู้ร่วมตัดสินใจ และบุคคลในชุมชนไม่ยอมรับปัญหาของชุมชนที่บุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้ชี้ให้เห็น
2. ปัจจัยเกี่ยวกับการบริหารจัดการของรัฐ ได้แก่ การรายงานผลสำเร็จของงานเกินความเป็นจริง รัฐไม่ได้เน้นบทบาทเฉพาะของบุคลากรแต่ในความเป็นจริงบุคลากรกลับถูกกำหนดให้แสดงบทบาทต่างๆ มากเกินไป เน้นเทคนิคประชาสัมพันธ์และสื่อมากเกินไปโดยไม่คำนึงถึงเนื้อหาที่สำคัญ บุคลากรมีคุณสมบัติไม่เหมาะสม ขาดการกระจายอำนาจและขาดกลไกที่สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นที่ยอมรับกันว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวคิดที่ยังไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างจริงจัง เป็นแนวคิดที่มีคนเข้าใจน้อย และปฏิบัติได้ยาก ดังจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่ขัดขวางการเกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมากมาย อย่างไรก็ตาม ได้มีการแสวงหาทางออกสำหรับปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการเสริมสร้างศักยภาพของผู้นำหรือ อสม. ในหมู่บ้านดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ (2540) ที่ประสบผลสำเร็จในการสร้างแกนนำหมู่บ้าน และมีการพัฒนา ศักยภาพผู้นำชุมชน

ในการรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยทีมงานวิจัยประสานงานกับชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ทำให้โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ และก็มีหลายโครงการวิจัยที่อ้างว่าประสบความสำเร็จในการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม

มณีรัตน์ ปัจจะวงษ์ (2543 ; อ้างอิงมาจาก นิตย์ ทักษิณม. 2540) ได้ตั้งข้อสังเกตในทางการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ทำแล้วประสบความสำเร็จ ว่ามักจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. จะต้องมีโครงการที่เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีประสบการณ์ตรงในการร่วมกิจกรรมโครงการควรจะเป็นโครงการเล็ก ๆ หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งที่ต้องการแก้ไข ควรจะเริ่มจากปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพการณ์ที่เป็นจริงภายใต้บริบทที่ผู้ร่วมวิจัยประสบอยู่ เพื่อช่วยให้เขาสามารถวิเคราะห์ปัญหาและบริบทของปัญหาได้ชัดเจน และสามารถนำผลของโครงการไปใช้อย่างเต็มที่

2. ควรเริ่มต้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันที่เผชิญอยู่ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นจิตสำนึก (Critical Awareness) เพราะจิตสำนึกจะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้คนมองเห็นปัญหาและตัดสินใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหานั้น

3. การเสวนา (Dialog Process) จะเอื้อให้เกิดบรรยากาศของการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งจำเป็นทั้งในขั้นตอนการวิเคราะห์และประเมินผล และยังเป็นสำหรับการสร้างจิตสำนึก การพูดคุยจะต้องเป็นบรรยากาศที่เสมอภาคทั้ง 2 ฝ่าย มีความเคารพในความคิดเห็นของกันและกันด้วยความจริงใจ

4. มักจะเป็นการกระตุ้นจากคนภายนอกที่มองสถานการณ์นั้น ๆ ในสายตาของคนภายนอกแต่กิจกรรมและเนื้อหาของงานวิเคราะห์จะต้องมาจากผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจว่าความต้องการของเขาคืออะไร ไม่ใช่การตัดสินใจของคนนอก และคนนอกควรจะหลีกเลี่ยงที่จะนำความคิดเห็นของตนไปใส่ให้

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้ศึกษามา ทำให้ผู้วิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาถึงลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนดังนี้

1. การมีส่วนร่วมคิด คือ ร่วมในการประชุม ปรึกษาหารือเรื่องปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด และกำหนดกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานมีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือ เมื่อมีการปรึกษาหารือกันแล้วจะต้องร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีหรือแนวทางที่เห็นว่าดีที่สุด มีประโยชน์ที่สุด ในการส่งเสริม

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม คือ การเข้าร่วมประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาขององค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ประชุมกลุ่มย่อย ระดมสมองและการมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม และรูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล คือการเข้าร่วมในการประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาจะพบว่าการมีส่วนร่วม มีหลายรูปแบบเช่นการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของ โครงการตามระดับของการมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ของการมีส่วนร่วมเป็นต้นทั้งนี้ลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาอาจจะเข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะของสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุม ประธานหรือกรรมการซึ่งมีบทบาทในการตัดสินใจว่าจะทำอะไรอย่างไรหรือจะเป็นผู้ร่วมในการปฏิบัติงานเป็นผู้บริจาคเงินวัสดุหรือแรงงานนอกจากนี้อาจจะเป็นลักษณะของสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการพัฒนาและร่วมในการประเมินผล โครงการปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาได้แก่ผู้เข้ามามีส่วนร่วมเองระบบราชการและบริบทของชุมชนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาข้อมก้อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองชุมชนและประเทศชาติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่อง โรคเบาหวานและสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ได้อย่างถูกต้องอันจะส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานการป้องกันลดและชะลอภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

3.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิภาภรณ์ หวะสุวรรณ (2543 : 114) ได้ศึกษาการกระบวนการ AIC เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการนำแผนพัฒนาสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติโดยศึกษาใน 2 หมู่บ้าน แบ่งเป็นหมู่บ้านเปรียบเทียบและหมู่บ้านทดลอง โดยหมู่บ้านทดลองมีการจัดทำแผนงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามกระบวนการ AIC หมู่บ้านเปรียบเทียบมีการจัดทำแผนงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าหมู่บ้านทดลองสามารถเขียนแผนงานได้ 2 แผนงาน คือแผนงานป้องกันโรคไข้เลือดออก มี 5 โครงการ และแผนงานควบคุมโรคไข้เลือดออก 4 โครงการ และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการนำแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติใน

หมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทั้ง 2 หมู่บ้านและคะแนนเฉลี่ยของการนำแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติในหมู่บ้านทดลองสูงกว่าหมู่บ้านเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ถ้อยชัย ศรีเงินขวง และคณะ (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน พบว่าการบริการด้านการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่ผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว และชุมชน เป็นบริการที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องการมากกว่าการบริการด้านการแพทย์ ผู้ป่วยบริการตนเอง โดยการแสวงหาการรักษา ปฏิบัติกิจกรรมที่ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวให้บริการด้านการให้ข้อมูล สนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ชุมชนให้บริการสนับสนุนด้านสังคม

บงกช สุภวิทย์กุล และคณะ (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษากระบวนการแก้ไขปัญหาระบาดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลแม่ไร่ และตำบลจันจ้วง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้สูงอายุ ในทั้ง 2 ตำบลสามารถดูแลรักษาสุขภาพตนเองได้ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือการได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วของโรงพยาบาล สถานีอนามัย และการส่งเสริมกิจกรรมด้านต่างๆ จากฝ่ายที่เกี่ยวข้องและได้รับการดูแลปฏิบัติจากครอบครัว ทำให้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

จรรยา ธีธัญญ์ (2549 : 52-53) การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยวิธีสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในการดูแลตนเองในเกณฑ์ดี ร้อยละ 52.5 และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 59.6 ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลตนเองและปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางให้กับเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในการให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว

จุฑามาส ยอดเรือน (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการประเมินระดับน้ำตาลก่อนและหลังการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองร่วมกับญาติ 3 กิจกรรม คือ การจัดกิจกรรมที่ให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งกิจกรรมการควบคุมอาหาร กิจกรรมการออกกำลังกายและการดูแลเท้า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการตรวจพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยมี การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยของญาติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของ

ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

เสียงสวรรค์ ทิพยะรักษ์ (2549 : 139-143) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน บุคลากรสาธารณสุข ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ผลการวิจัยพบว่า แนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การใช้ยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยเน้นการเข้าถึงตัวผู้ป่วยเป็นหลัก ในด้านการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเห็นความสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผลการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ สามารถจัดกิจกรรมการพัฒนาได้ครบทุกกิจกรรม ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านการรับประทานอาหาร และรับประทานยา โดยส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น

จันทร์เพ็ญ ประยงค์ (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม โดยพบว่าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมสม่ำเสมอมากที่สุดในขั้นตอนการร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการ ทั้งกิจกรรมที่ไม่ใช่ตัวเงิน และร่วมบริจาคเงินหรือทรัพย์สินส่วนตัวเพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรม พบว่า เหตุผลของการมีส่วนร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการของผู้นำชุมชน เพื่อร่วมแก้ปัญหาและเสริมสร้างความสามัคคีในหมู่บ้าน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ควรให้โอกาสแก่ผู้นำชุมชนร่วมกิจกรรมดังกล่าว โดยการประยุกต์แนวความคิดกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของคนไทย เพราะมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน และมีความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพ

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

สมจิตร พรหมแพน (2555 : 57-60) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยให้ ผู้เกี่ยวข้อง เบาหวาน ผู้ดูแล ผู้นำ เข้ามามีส่วนร่วมในการหาแนวทางหรือรูปแบบที่เหมาะสม ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการประชุมด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และ การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work shops) การประชุมกลุ่มย่อย (Focus groups) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ใน การทดลอง จำนวน 32 คน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลัง ทดลองดีกว่าก่อนทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองทุกด้านของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยด้านการ สนับสนุน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว การมีส่วนร่วมของบุคลากรด้าน สาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มี น้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

3.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะน้ำตาลสูงและมี ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

3.3.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การ

1.ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม

1.1 ความหมายพฤติกรรมมีผู้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะดังต่อไปนี้

Twaddle (1981 : 25-30 ; อ้างถึงในมุทิตา ชมภูศรี. 2550 : 30) กล่าวว่า พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตตั้งนั้นพฤติกรรมของ มนุษย์จึงหมายถึงปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลที่สังเกตได้และ สังเกตไม่ได้และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรมโดยมักได้รับอิทธิพลจากความ คาดหวังของมนุษย์รอบตัวในสถานการณ์ในขณะนั้นและสถานการณ์ในอดีต

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2535 : 123-124) กล่าวว่าพฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของมนุษย์ทั้งความรู้สึกรู้สึกนึกคิดคำพูดการกระทำทำทางต่างๆที่มี ความสำคัญเพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการอยู่ร่วมกันในสังคม

ลักษณะ สรวิตน์ (2549 : 17) กล่าวว่า พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกลึกซึ้งและความต้องการของจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจสังเกตเห็นได้โดยทางตรงหรือทางอ้อม

สุระพล พะยอมรัมย์ (2545 : 18-20) กล่าวว่า พฤติกรรมในทางจิตวิทยานั้น หมายถึง การกระทำอันเนื่องมาจากการกระตุ้นหรือการจูงใจจากสิ่งเร้าต่างๆ การกระทำหรือพฤติกรรมสิ่งเร้าเหล่านั้นเกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้ผ่านขบวนการกลั่นกรองตกแต่งและตั้งใจทำให้เกิดขึ้นเพื่อให้บุคคลอื่นได้สัมผัสรับรู้พฤติกรรมของบุคคลแม้จะกระทำด้วยสาเหตุจูงหมายเดียวกัน แต่จะมีลักษณะอาการแตกต่างกันเมื่อบุคคลเวลาสถานที่หรือสถานการณ์เปลี่ยนไปเนื่องจากการกระทำของบุคคลล้วนจะต้องผ่านขบวนการคิดการตัดสินใจอันประกอบด้วยอารมณ์และความรู้สึกของผู้กระทำพฤติกรรมนั้นๆ จึงทำให้พฤติกรรมของแต่ละคนมีความแตกต่างกันหรือปรับเปลี่ยนไปตามเรื่องราวที่เกี่ยวข้องเสมอด้วยเหตุผลที่คาดว่าพฤติกรรมแต่ละครั้งเกิดจากกระบวนการซึ่งหากพิจารณาแยกกระบวนการออกเป็นส่วนๆ จะพบว่าประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. ส่วนการแยกออกหรือกิริยาท่าทาง (Acting)
2. ส่วนความรู้สึกที่มีอยู่ในขณะนั้น (Feeling)
3. ส่วนการคิดที่เกี่ยวกับกิริยานั้น (Thinking)

จากข้อมูลดังกล่าวมาสรุปได้ว่าพฤติกรรมเป็นการกระทำของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นได้ในขณะที่รู้ตัวหรือไม่รู้ตัวพฤติกรรมนี้เป็นผลมาจากความรู้ทัศนคติและความเชื่อของบุคคลนั้นๆ โดยที่อาจแสดงออกให้เห็นชัดเจนเช่นการออกกำลังกายการป้องกันโรคการเดินการรับประทานอาหารหรือไม่แสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจนเช่นความเครียดความวิตกกังวลเป็นต้นโดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมอาจเป็นได้ทั้งสิ่งที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์

1.2 ประเภทของพฤติกรรม พฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังนี้ (ไพบุณย์ เทวะรักษ์, 2537 : 20)

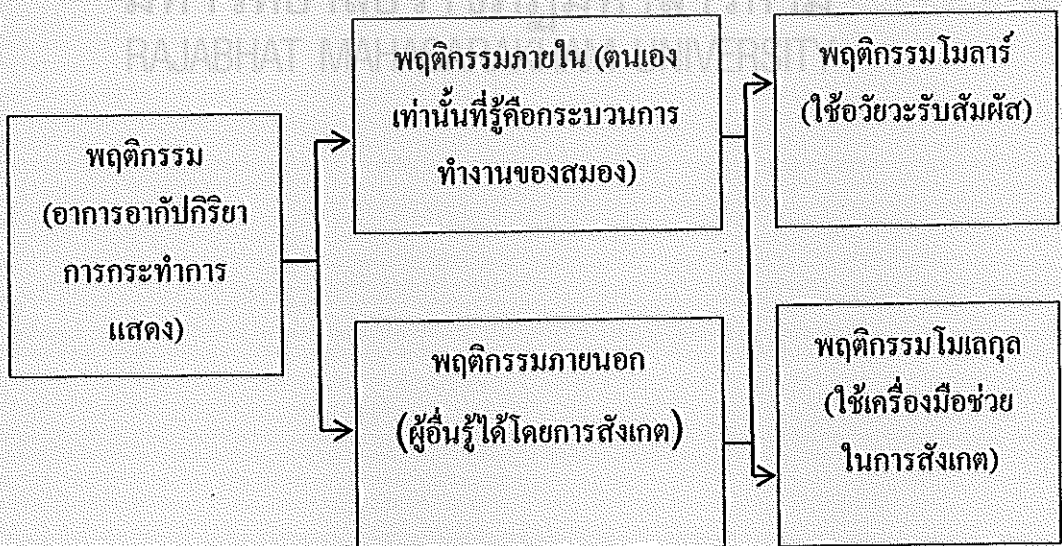
1.2.1 พฤติกรรมภายใน พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ พฤติกรรมที่เจ้าของพฤติกรรมเท่านั้นที่รู้ได้ บุคคลอื่นที่มีใจเจ้าของพฤติกรรมไม่สามารถที่จะรับรู้ได้โดยตรงถ้าไม่แสดงออกเป็นพฤติกรรมภายนอก บุคคลอื่นจะรู้พฤติกรรมภายในของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ก็โดยการสันนิษฐานหรือคาดเดาเองเท่านั้น แต่ถ้าหากมีพฤติกรรมภายนอกปรากฏออกมา ก็จะทำให้บุคคลอื่นมีข้อมูล (Data) ประกอบการสันนิษฐานถึงพฤติกรรมภายในได้ดียิ่งขึ้น พฤติกรรมภายในนั้นเป็นกระบวนการทำงานของสมองซึ่งหมายถึงขั้นตอนการทำงานของสมองในรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น การคิดการตัดสินใจ ค่านิยม และแรงบันดาลใจ เป็นต้น

1.2.2 พฤติกรรมภายนอก พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ พฤติกรรมที่บุคคลอื่นนอกเหนือจากเจ้าของพฤติกรรมสามารถที่จะรับรู้ได้ และบางพฤติกรรมเจ้าของพฤติกรรมเอง

ก็อาจไม่รู้ด้วยซ้ำว่าพฤติกรรมภายนอกนั้นบุคคลอื่นจะรู้ได้ต้องอาศัยการสังเกตไม่ว่าจะใช้วิธีรวบรวมสัมผัสโดยตรงหรือใช้เครื่องมือ (Instrument) ช่วยในการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลจึงสามารถจำแนกพฤติกรรมภายนอกออกเป็น 2 ประเภทย่อยๆ ดังนี้

1) พฤติกรรม โมลาร์ (Molar Behavior) คือ พฤติกรรมที่บุคคลอื่นสามารถสังเกตได้โดยใช้วิธีรวบรวมสัมผัส โดยตรงซึ่งการสังเกตนั้นคนทั่วไปมักคิดว่าใช้ตาในการสังเกตเพียงอย่างเดียวเนื่องจากตารับรู้ (Perceive) และมีความหมายต่อกระบวนการคิดมากกว่าวิธีรวบรวมสัมผัสอื่นๆ แต่ที่จริงแล้วใช้ในทุกด้านเช่น ใช้หูฟัง ใช้จมูกดมกลิ่น ใช้ลิ้นชิมรส ใช้มือสัมผัส ฯลฯ ซึ่งถ้าพิจารณาถึงการใช้อวัยวะรวบรวมสัมผัสแต่ละด้านในการสังเกตพฤติกรรมแล้วจะพบว่าอาจใช้สังเกตผลของพฤติกรรม (หรือร่องรอยของพฤติกรรม) หรืออาจใช้การสังเกตพฤติกรรมของตนเองที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมของผู้อื่นก็ได้ซึ่งล้วนนำไปสู่ความรู้และเข้าใจพฤติกรรม โมลาร์ของเจ้าของพฤติกรรมได้ทั้งสิ้น

2) พฤติกรรม โมเลกุล (Molecular Behavior) คือ พฤติกรรมที่บุคคลอื่นต้องใช้เครื่องมือช่วยในการสังเกตซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำเช่นการเดินของหัวใจคลื่นสมองความดันโลหิตกระแสไฟฟ้าได้ผิวหนังและคะแนนจากแบบทดสอบ (Test) ก็อนุโลมให้อยู่ในประเภทนี้ด้วยแม้ว่าจะไม่ใช่การวัดทางสรีระก็ตามการใช้ข้อมูลประเภทพฤติกรรม โมเลกุลนี้ช่วยให้การสันนิษฐานถึงพฤติกรรมภายในได้ดียิ่งขึ้น



ภาพที่ 6 ประเภทของพฤติกรรม

โดยทั่วไปพฤติกรรมภายในและภายนอกมักจะมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันไม่ได้ แยกเป็นส่วนๆตามที่ได้อธิบายมาข้างต้นแม้ว่าบางคนจะชอบแสดงออกตรงข้ามกับที่ตนเองคิดก็ถือได้ว่ามีพฤติกรรมภายในและภายนอกสัมพันธ์กันแต่สัมพันธ์กันในทางลบจากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมมีทั้งแบบภายนอกและภายในความแตกต่างคือ การที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจคาพสินธุ์ประกอบด้วย การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด เพื่อให้ระดับน้ำตาลอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.3 วิธีการวัดพฤติกรรม พฤติกรรมของบุคคลนั้นมีทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอกการศึกษาพฤติกรรมสามารถทำได้หลายวิธีถ้าเป็นพฤติกรรมภายนอกที่บุคคลแสดงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นได้ต้องใช้วิธีทางอ้อมคือการสัมภาษณ์การทดสอบด้วยแบบทดสอบซึ่งเครื่องมือวัดที่ใช้วัดพฤติกรรมอาจทำได้โดยการสร้างแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์หรือการทดลองดังนี้ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2535 : 127-128)

1.3.1 การศึกษาพฤติกรรมโดยตรงทำได้โดย

1) การศึกษาพฤติกรรม โดยสังเกตแบบให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัวเช่นครูสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนในห้องเรียน โดยบอกให้นักเรียนในห้องทราบซึ่งการสังเกตแบบนี้บางคนอาจไม่แสดงพฤติกรรมที่แท้จริงออกมา

2) การสังเกตพฤติกรรมแบบธรรมชาติคือการที่ผู้สังเกตพฤติกรรมไม่ได้กระทำตนเป็นที่รบกวนพฤติกรรมของบุคคลที่ถูกสังเกตและผู้สังเกตไม่ทราบว่าถูกสังเกตพฤติกรรมการสังเกตแบบนี้จะทำให้ได้พฤติกรรมที่แท้จริงมากแต่การสังเกตแบบนี้อาจจะต้องใช้ระยะเวลานานมากและอาจต้องสังเกตเป็นระยะติดต่อกันเป็นจำนวนหลายครั้ง

1.3.2 การศึกษาพฤติกรรมทางอ้อมทำได้โดย

1) การสัมภาษณ์เป็นวิธีที่ผู้ศึกษาต้องการซักถามข้อมูลจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งทำได้โดยการซักถามกันโดยตรงซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือการสัมภาษณ์โดยตรงทำได้โดยผู้สัมภาษณ์ซักถามผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นเรื่องๆตามที่ได้ตั้งจุดหมายไว้อีกประเภทคือการสัมภาษณ์จะพูดคุยไปเรื่อยๆโดยจะสอดแทรกเรื่องที่จะสัมภาษณ์เมื่อมีโอกาสซึ่งผู้ตอบจะไม่รู้ตัวว่าเป็นสิ่งที่ผู้สัมภาษณ์เจาะจงที่จะศึกษาพฤติกรรมการสัมภาษณ์ทำให้ได้ข้อมูลมากมายแต่ก็มีข้อจำกัดคือบางเรื่องที่ถูกสัมภาษณ์ไม่ต้องการเปิดเผย

2) การใช้แบบสอบถามเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลเป็นจำนวนมากและเป็นผู้อ่านออกเขียนได้หรือสอบถามกับบุคคลที่อยู่ห่างไกลหรืออยู่กระจัดกระจายนอกจากนี้ยังสามารถถามพฤติกรรมในอดีตหรือต้องการทราบแนวโน้มพฤติกรรมในอนาคต

ได้ข้อดีอีกประการหนึ่งคือผู้ถูกศึกษาสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปกปิดหรือพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่ยอมแสดงให้บุคคลอื่นทราบ

3) การทดลองเป็นการศึกษาพฤติกรรมโดยผู้ถูกศึกษาจะอยู่ในสภาพการควบคุมตามที่ผู้ศึกษาต้องการ โดยสภาพแท้จริงแล้วการควบคุมจะทำได้ในห้องทดลองแต่ในชุมชนการศึกษาพฤติกรรมของชุมชนโดยตัวแปรต่างๆคงเป็นไปได้น้อยมากการทดลองในห้องทดลองจะให้ข้อมูลที่มีขีดจำกัดซึ่งบางครั้งอาจนำไปใช้ในสภาพความเป็นจริงได้ไม่เสมอไปแต่วิธีนี้มีประโยชน์มากในการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้บุคคลแต่ละคนทำบันทึกพฤติกรรมของตนเองโดยอาจบันทึกประจำวันหรือศึกษาพฤติกรรมแต่ละประเภทเช่นพฤติกรรมการกิน

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกและไม่แสดงออกการวัดพฤติกรรมของบุคคลนั้นสามารถทำได้หลายวิธีหากเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นได้ต้องใช้วิธีทางอ้อมคือการสัมภาษณ์การทดสอบด้วยแบบทดสอบหากเป็นพฤติกรรมที่ไม่แสดงออกพฤติกรรมที่ต้องการปกปิดหรือพฤติกรรมในอดีตอาจใช้แบบสอบถามเครื่องมือวัดที่ใช้วัดพฤติกรรมอาจทำได้โดยการสร้างแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์หรือใช้วิธีทดลอง

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

เป้าหมายของการควบคุมเบาหวานวัตถุประสงค์ของการรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญคือ

1. การรักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. ป้องกันและรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน
3. ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังทั้ง Microvascular และ

Macrovascular

4. ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นใกล้เคียงกับคนปกติ

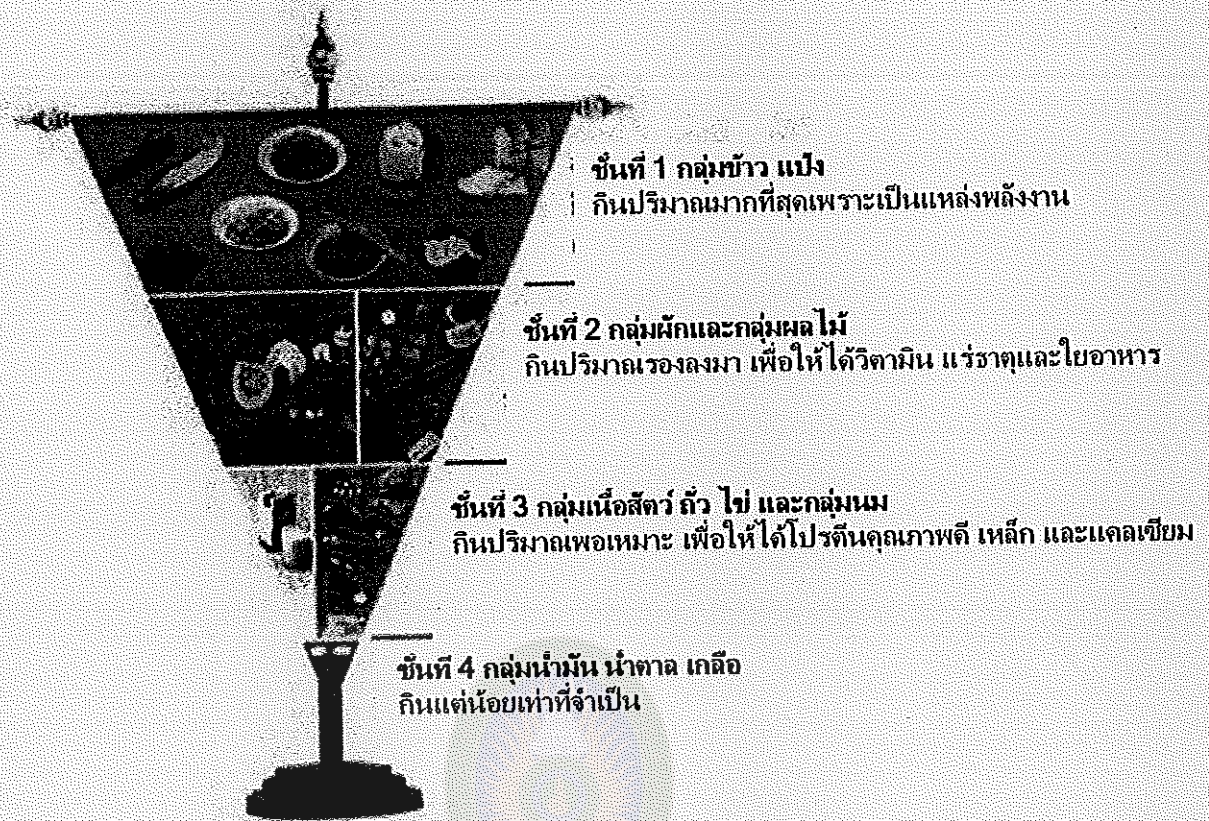
กรมควบคุมโรค (2546 : 9-10) กล่าวว่า การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีเป้าหมายในการลดอาการของโรคเพื่อให้มีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพและอายุยืน โดยผู้ป่วยเบาหวานมีความเข้าใจและสามารถจัดการการปฏิบัติดูแลในการปรับรูปแบบวิถีชีวิตในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะเหมือนหรือใกล้เคียงภาวะปกติของคนทั่วไปโดยประกอบด้วยพฤติกรรม 4 หัวข้อหลักดังนี้ 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานรายละเอียด ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

แนวทางการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเพื่อสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีโรคแทรกซ้อนก็จะลดลงด้วยหลักการควบคุมง่าย ๆ ในการคุมอาหาร

1. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่
2. รับประทานอาหารเป็นหลักสลับกับอาหารพวกแป้งเป็นบางมื้อ
3. รับประทานอาหารพืชผักให้มากและรับประทานผลไม้เป็นประจำ
4. รับประทานเนื้อปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมันไข่และถั่วเมล็ดเป็นประจำ
5. ดื่มนมให้พอเหมาะกับวัย
6. หลีกเลี่ยงอาหารหวานมันและเค็ม
7. รับประทานอาหาร 3 มื้อและอาหารว่างหนึ่งมื้อ
8. รับประทานอาหารให้เป็นเวลาห้ามงดอาหาร
9. รับประทานอาหารให้หลากหลายเพื่อที่ร่างกายจะได้รับสารอาหารอย่าง

เพียงพอโดยพิจารณาจากภาพทรงปลายแหลม แสดงอาหารและสัดส่วน การกินอาหารในแต่ละกลุ่มมากน้อยตามพื้นที่ สังกัดได้ชัดเจนว่าฐานใหญ่ด้านบนเน้นให้กินมาก และปลายตรงข้างล่างให้กินน้อยๆเท่าที่จำเป็นดังนี้



ธงโภชนาการ

ภาพที่ 7 ธงโภชนาการแสดงปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน

10. รับประทานไขมันให้น้อยเลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมันหลีกเลี่ยงการทอดใช้การย่างอบต้มหรือเผาแทนการทอด
 11. รับประทานน้ำตาลให้น้อยลงก่อนรับประทานอาหารให้อ่านสลากอาหารและหลีกเลี่ยง Sucrose, Dextrose, Fructose, Corn syrup หลีกเลี่ยงน้ำอัดลมที่ใส่น้ำตาล หลีกเลี่ยงลูกกึ่งเค็มลูกอม
 12. หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม โดยการเติมเกลือให้น้อยหลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง
 13. ให้ชิมรสอาหารก่อนปรุง
 14. หลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์
- การควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ
1. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติให้มากที่สุด
 2. ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
 3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี
 4. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสมกับวัยและสภาวะของร่างกาย

5. ช่วยป้องกันและลดภาวะโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

6. ช่วยให้ร่างกายมีสุขภาพดีโดยการได้รับสารอาหารที่ร่างกายต้องการอย่างเหมาะสมและครบถ้วนรวมทั้งสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

แนวทางการกำหนดสารอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

1. โปรตีน

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะกำหนดระดับโปรตีนที่แน่นอนในผู้ป่วยเบาหวานว่าควรได้รับมากกว่าหรือต่ำกว่าคนทั่วไปข้อเสนอแนะสำหรับปริมาณโปรตีนในผู้ป่วยเบาหวานขณะนี้จึงเท่ากับคนทั่วไปคือประมาณร้อยละ 10-20 ของพลังงานที่ได้รับทั้งวันและควรเป็นโปรตีนจากพืชและสัตว์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานที่มีปัญหาโรคไตมีรายงานพบว่าการจำกัดโปรตีนสามารถชะลอการเกิดโรคไตวายได้จึงแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหา Overtneuropathy จำกัดโปรตีนที่ 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน(ประมาณร้อยละ 10 ของพลังงานที่ควรได้รับ)

2. ไขมัน

ข้อเสนอแนะในการรับประทานไขมันในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นกับเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาล ไขมันในเลือดและน้ำหนักตัวสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับไขมันปกติและน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมกับวัยอยู่แล้วข้อเสนอแนะคือไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานแต่ละวันและควรกินไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานอ้วนมากและเป้าหมายคือการลดน้ำหนักการลดปริมาณอาหารและปริมาณไขมันเป็นวิธีที่ดีในการลดน้ำหนักและจะได้ผลดียิ่งขึ้นเมื่อออกกำลังกายร่วมด้วย

3. ไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล

การลดไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ เป้าหมายที่สำคัญในการลดอาหารคือการลดปริมาณไขมันอิ่มตัวให้ต่ำกว่าร้อยละ 10 ของพลังงานและจำกัดคอเลสเตอรอลจากอาหารไม่เกิน 300 มก/วันสำหรับกรดไขมันอิ่มตัว นั้นแนะนำให้รับประทานจากปลาและอาหารทะเล

4. คาร์โบไฮเดรตและสารให้ความหวาน

พลังงานจากคาร์โบไฮเดรตที่ควรได้รับนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นกับบริโภคนิสัยและเป้าหมายของระดับน้ำตาลและไขมันอดีตที่ผ่านมาน้ำตาล (simple sugar) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงและให้ใช้แป้งหรือคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) แทน เนื่องจากมีสมมติฐานมาจากที่น้ำตาลจะถูกย่อยและถูกดูดซึมเร็วกว่าแป้งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด

สูงขึ้นกว่าอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนแต่หลักฐานพิสูจน์สมมติฐานค่อนข้างน้อยข้อมูลการวิจัยพบว่าผลไม้และนมมีผลต่อการขึ้นของระดับน้ำตาลใกล้เคียงกับขนมปังข้าวและมันฝรั่งถึงแม้ว่าแป้งชนิดต่างๆจะมี Glycemic response ต่างกันก็ตามการตอบสนองของระดับน้ำตาลยังขึ้นกับปริมาณรวมของคาร์โบไฮเดรตทั้งหมดที่รับประทานมากกว่าชนิดของคาร์โบไฮเดรต

5. น้ำตาลทราย (Sucrose)

ข้อสรุปเกี่ยวกับน้ำตาลและเบาหวานคือน้ำตาลเมื่อรับประทานเป็นส่วนหนึ่งของคาร์โบไฮเดรตในมื้ออาหารที่กำหนดไว้ตามปกติหรือรับประทานร่วมกับอาหารอื่นโดยไม่ได้เพิ่มปริมาณคาร์โบไฮเดรตรวมเป็นมื้ออาหารไม่ได้ทำให้เกิดผลเสียต่อระดับกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ 2 เหตุผลก็คือน้ำตาลเป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดหนึ่งในกระบวนการย่อยคาร์โบไฮเดรตทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นเชิงเดี่ยวหรือเชิงซ้อนร่างกายจะไม่สามารถแยกแยะได้ว่าคาร์โบไฮเดรตที่รับประทานเข้าไปเป็นส่วนที่มาจากน้ำตาลทรายหรือน้ำตาลจากผลไม้แต่มีข้อเตือนว่าของหวานที่มีน้ำตาลให้แต่พลังงานไม่มีสารอาหารอื่นที่จำเป็นเหมือนอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนซึ่งไม่ให้ประโยชน์แก่ร่างกายและไม่ควรรับประทานมากเกินไป

6. ฟรุคโตส

อาหารที่มีฟรุคโตสสามารถเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดได้แต่น้อยกว่าและช้ากว่าซูโครสหรืออาหารประเภทแป้งแม้จะมีปริมาณแคลอรีเท่ากันด้วยเหตุนี้จึงมีการใช้ฟรุคโตสเป็นสารให้ความหวานในอาหารของผู้ป่วยเบาหวานสิ่งที่ควรระวังคือถ้ารับประทานมากเกินไปเช่นร้อยละ 20 ของพลังงาน (2 เท่าของปริมาณที่รับประทานกันตามปกติ) อาจมีผลต่อการเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลรวมและ LDL-Cholesterol ดังนั้นผู้ที่มีความผิดปกติของไขมันจึงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานฟรุคโตสในปริมาณมากแต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าต้องเลี่ยงผักผลไม้ซึ่งเป็นน้ำตาลฟรุคโตสจากธรรมชาติ

7. สารให้ความหวานอื่นๆที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (Nutritive sweetness)

สารให้ความหวานที่ให้พลังงานชนิดอื่นๆนอกเหนือจากน้ำตาลทรายและฟรุคโตสได้แก่ Corn syrup น้ำผลไม้ น้ำคั้นจากน้ำตาล (Molasses) Dextrose หรือ Maltose สารให้ความหวานเหล่านี้มีผลต่อระดับน้ำตาลเช่นเดียวกับน้ำตาลทรายและฟรุคโตสนอกจากนี้ยังมีน้ำตาลแอลกอฮอล์เช่น Sorbitol monnitol และ Xylitol ซึ่งมีผลต่อระดับน้ำตาลน้อยกว่าน้ำตาลทรายและคาร์โบไฮเดรตอื่นๆสารเหล่านี้ยังไม่มีข้อมูลว่าดีหรือไม่ดีกว่าสารให้ความหวานชนิดอื่นๆที่กล่าวมาแล้วข้างต้นและถ้ารับประทานมากจะรู้สึกไม่สบายท้องสารให้ความหวานที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ (Nonnutritive sweetness) สารให้ความหวานประเภทนี้ได้แก่ Saccharin aspartame acesulfamek และ Sucralose ซึ่งได้รับการยอมรับจาก FDA ของประเทศสหรัฐอเมริกาว่าปลอดภัยในผู้ป่วยเบาหวาน

8. เส้นใยอาหาร (Fiber)

เส้นใยอาหารให้ประโยชน์ทั้งการรักษาและป้องกันการเกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารรวมทั้งป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และใยอาหารประเภทที่ละลายน้ำได้มีผลในการป้องกันหรือลดระดับไขมันในเลือดใยอาหารประเภทนี้บางชนิดสามารถชะลอการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้เล็กผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานเส้นใยอาหารจากอาหารธรรมชาติในปริมาณเท่ากับคนทั่วไป คือ วันละ 20-35 กรัม

9. โซเดียม

ร่างกายแต่ละคนมีความไวต่อโซเดียมแตกต่างกันและผลต่อความดันโลหิตในแต่ละคนก็แตกต่างกันปริมาณโซเดียมที่ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับเท่ากับคนทั่วไปคือไม่เกินวันละ 2,400-3,000 มก. ต่อวันสำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับอ่อนถึงปานกลางควรรับประทานโซเดียมไม่เกินวันละ 2,400 มก. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและมีโรคไตควรจำกัดปริมาณโซเดียมไม่เกิน 2,000 มก.

10. แอลกอฮอล์

ในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานมีการควบคุมโรคด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อยอาจไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดบุคคลที่มีประวัติติดสุราหญิงตั้งครรภ์มีโรคระดับอ่อนอีกเสบไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์สูงหรือผู้ที่มี Neuropathy ควรระวังการดื่มแอลกอฮอล์ในขณะท้องว่างเนื่องจากยาเหล่านี้มีผลทำให้เกิดอาการน้ำตาลต่ำได้ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินหรือ sulfonylurea ที่ควบคุมได้ดีไม่ควรดื่มเกินวันละ 2 ครั้งและไม่จำเป็นต้องลดปริมาณแคลลอริจากอาหารทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในกรณีที่ต้องบิบบแคลลอริจากแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของพลังงานจากอาหารควรแลกเปลี่ยนกับหมวดไขมันเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 ครั้งแลกเปลี่ยนกับอาหารไขมัน 2 ส่วนเป็นต้น

2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องฉีดอินซูลินได้รับการวิจัยจนเป็นที่ยอมรับแล้วว่าสามารถช่วยเพิ่มการทำงานของอินซูลินที่มีอยู่ในร่างกายได้ทำให้สามารถนำน้ำตาลในกระแสเลือดเข้าไปใช้งานในเซลล์เนื้อเยื่อต่างๆได้ตามปกติผู้ป่วยเบาหวานมักมีระดับไขมันในเลือดสูงด้วยซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจแต่การออกกำลังกายจะส่งผลโดยตรงต่อการลดระดับโคเลสเตอรอลและต่อการลดน้ำหนักตัวด้วยดังนั้นการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานจึงเกิดประโยชน์หลายทางรวมทั้งการลดปัญหาแทรกซ้อนจากโรคหัวใจนี้ด้วยการออกกำลังกายสามารถทำได้ในผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่จำเป็นต้องฉีดอินซูลินได้รับการสนับสนุนให้ออกกำลังกายมากที่สุดทั้งนี้เพราะมีผลแทรกซ้อนจากการออกกำลังกาย

กายน้อยกว่าและได้ผลดีจากการออกกำลังกายมากกว่าเพราะสามารถกระตุ้นการทำงานของอินซูลินที่ยังมีอยู่พอสมควรในร่างกายส่วนผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่จำเป็นต้องฉีดอินซูลินการออกกำลังกายให้ประโยชน์ในการเพิ่มความพร้อมของระบบหายใจและการไหลเวียนโลหิตช่วยลดน้ำหนักตัวและช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนทางหัวใจได้แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มแผนการออกกำลังกายอย่างจริงจังเพราะอาจต้องปรับลดขนาดยาอินซูลินที่จะฉีดก่อนการออกกำลังกายและควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการออกกำลังกายและข้อควรระวังอย่างถูกต้องโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดแล้ว

สำหรับการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายประมาณ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์และก่อนออกกำลังกายทุกครั้งควรทำการอุ่นเครื่อง (Warm up) เป็นระยะเวลาประมาณ 5-10 นาทีและภายหลังออกกำลังกายควรทำการผ่อนคลาย (Cool down) ประมาณ 5-10 นาทีเช่นกันเพื่อลดโอกาสการเกิดกล้ามเนื้ออักเสบและป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ หลังจากออกกำลังกายถ้าเป็นไปได้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วยควรเลือกการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องเช่นการวิ่งการเดินว่ายน้ำถีบจักรยานควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องมีการเบ่ง (Resistant exercise) เช่นการยกน้ำหนักการพิจารณาเรื่องอาหารว่าก็เป็นสิ่งจำเป็นอีกอย่างหนึ่งในผู้ป่วยที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอนอกจากคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวข้างต้นอาจพิจารณาจากระดับน้ำตาลดังนี้

1. ถ้าระดับน้ำตาลมากกว่า 250 มก./ดล. ไม่ควรออกกำลังกายจนกว่าจะคุมระดับน้ำตาลได้

2. สำหรับการออกกำลังกายขนาดเบาเช่นการเดิน 30 นาทีถ้าระดับน้ำตาลน้อยกว่า 100 มก./ดล. ก่อนออกกำลังกายให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัมเช่นน้ำผลไม้ 120 ซีซี , เครื่องดื่มนักกีฬา 180-240 ซีซี , ลูกเกด 2 ซ้อนโต๊ะ , ขนมปัง 1 แผ่น , แครกเกอร์แผ่นเล็ก 4-5 แผ่น

3. สำหรับการออกกำลังกายขนาดกลางเช่นตีเทนนิสว่ายน้ำวิ่งเหยาะระยะเวลาการออกกำลังกายนาน 30-60 นาทีถ้าระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง 100-180 มก./ดล. ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารว่างที่มีคาร์โบไฮเดรต 25-50 กรัมและถ้าระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง 180-250 มก./ดล. รับประทานระหว่างที่มีคาร์โบไฮเดรต 10-15 กรัมผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานยาหรือฉีดยาควรรับประทานอาหารว่างระหว่างและหลังการออกกำลังกายหลังจากออกกำลังกายไปแล้วกล้ามเนื้อยังคงเผาผลาญกลูโคสต่อไปร่างกายจะใช้เวลาประมาณ 24 ชั่วโมงกว่าที่จะสะสมกลูโคสที่ใช้ระหว่างออกกำลังกายขึ้นมาใหม่ผู้ป่วยควรดื่มน้ำเปล่ามากๆระหว่างออกกำลังกายและไม่ควรให้กระหายน้ำแล้วถึงดื่มเพราะอาจทำให้ร่างกายขาดน้ำได้น้ำผลไม้เจือจางหรือเครื่องดื่มสำหรับนักกีฬาที่มีปริมาณคาร์โบไฮเดรต 15

กรรมจะให้พลังงานและน้ำ/หรือให้สำหรับการออกกำลังกายได้ประมาณ 1 ชั่วโมงเครื่องดื่มที่มีคาร์โบไฮเดรตหรือน้ำตาลมากกว่าร้อยละ 10 เช่นน้ำผลไม้และน้ำอัดลมจะดูดซึมได้ไม่ีอาจทำให้ปวดท้องคลื่นไส้ท้องเสียหรือท้องอืดได้ควรเลือกชนิดที่มีคาร์โบไฮเดรตหรือน้ำตาลน้อยกว่าร้อยละ 10 หรือน้ำผลไม้เจือจางด้วยน้ำร้อยละ 50 จะดีกว่าเครื่องดื่มประเภทที่มีน้ำตาลมากกว่าร้อยละ 10

ข้อควรปฏิบัติและข้อควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

1. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดผลร่วมกับการปรับขนาดยาอินซูลินและอาหารด้วยอย่างน้อย 3 ครั้งต่ออาทิตย์ครั้งละ 45 นาทีขึ้นไป
2. ควรออกกำลังกายในเวลาเดียวกันของแต่ละวัน
3. ระวังระวังเป็นพิเศษกับเท้าของตนเอง โดยพยายามหลีกเลี่ยงกีฬาหรือการออกกำลังที่ก่อให้เกิดความเครียดของเท้าหรือทำให้เกิดการบาดเจ็บที่เท้าได้ง่ายๆเช่นการวิ่งและการกระโดดเป็นต้น
4. ตรวจสอบแผลขูดขีดตุ่มพองและการอักเสบติดเชื้อตามแขนขาอย่างสม่ำเสมอ
5. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ
6. ควรพกคาร์โบไฮเดรตที่ออกฤทธิ์เร็วเช่นน้ำตาลก้อนเพื่อเตรียมไว้แก้ไขปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่จำเป็นต้องฉีดอินซูลินจะต้องคำนึงถึงระยะเวลาในการออกกำลังกายปริมาณอินซูลินที่ฉีดและตำแหน่งของการฉีดด้วยอย่าฉีดอินซูลินลงในกล้ามเนื้อหลักที่ใช้ ออกกำลังกายทั้งนี้เพราะจะทำให้เกิดดูดซึมอินซูลินอย่างรวดเร็วส่งผลให้น้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งอาจช็อกได้

2.3 พฤติกรรมการใช้ยา

ยารักษาโรคเบาหวาน

ยาที่ใช้ในปัจจุบันมี 2 กลุ่มใหญ่

1. อินซูลิน
2. ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล (Oral hypoglycemic agent)

อินซูลิน

การออกฤทธิ์

ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการปล่อยกลูโคสจากตับเพิ่มการใช้กลูโคสโดยเนื้อเยื่อปลายทางที่ไวต่ออินซูลินเช่นกล้ามเนื้อไขมันนอกจากนี้ยังทำให้เกิดการสะสมพลังงานในรูปไขมัน

ชนิดของอินซูลิน

การแบ่งชนิดของอินซูลินนั้นสามารถแบ่งได้ตามลักษณะต่างๆเช่นตาม Species ของอินซูลินตามความบริสุทธิ์หรือตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ในปัจจุบันนิยมใช้ชนิดที่เป็น

Humaninsulin โดยวิธี Biogenetic engineering (Recombinant DNA Techniques) ซึ่งมีความบริสุทธิ์ และมีโครงสร้างเหมือนคนจึงทำให้เกิด Antibody น้อยซึ่งเป็นผลทำให้คุมเบาหวานได้ดีขึ้นสิ่งที่แพทย์ควรทราบซึ่งมีความสำคัญในการปรับขนาดหรือเวลาของการฉีดได้แก่ระยะเวลาของการออกฤทธิ์ดังตารางที่ 3 นอกจากนั้นปัจจุบันมีการผลิตอินซูลินชนิดใหม่ที่เรียกว่า Insulin analogue ซึ่งมีทั้งชนิดที่ออกฤทธิ์เร็ว ได้แก่ Insulinlispro, Aspart และชนิดที่ออกฤทธิ์ยาวเป็น Basal insulin ได้แก่ Insulin glargine

ข้อบ่งชี้

1. สามารถใช้ได้ในทุกกรณีที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. ข้อบ่งชี้จำเพาะ ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 1 โรคตับอ่อน, Ketoacidosis, Hyperosmolar nonketotic coma, ภาวะตั้งครรภ์, ภาวะแพ้ยาเม็ด, ภาวะเครียด, ภาวะติดเชื้อรุนแรง, การบาดเจ็บ, ได้รับการผ่าตัด, ตับและไตวาย, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรงและกรณีไม่สามารถควบคุม น้ำตาลในเลือดได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือการกินยาเม็ดลดระดับน้ำตาล

ผลข้างเคียง

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. Lipodystrophy
3. ภาวะแพ้ยา
4. ในระยะแรกๆที่ฉีดยาผู้ป่วยอาจมีอาการบวมเนื่องจากมีการเก็บกักโซเดียมเพิ่มขึ้นอาจมีอาการตามัวมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของกลูโคสใน Aqueous humor ภายใต้อาและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจุบันแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆตามกลไกการออกฤทธิ์ดังนี้

1. ยาที่กระตุ้นให้ตับอ่อนสร้างและหลั่งอินซูลิน (Insulinsecretagogue)

1.1 ยาจะกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน (Sulfonylureaa) โดยผ่านทาง Sulfonylurea receptor ซึ่งเป็น ATP-dependent K⁺channel ที่ plasma membrane ของ Beta cell ทำให้ Cytosolic calcium เพิ่มขึ้นทำให้มีการหลั่งอินซูลิน ยาช่วยลด Hepatic glucose output และเพิ่ม Insulin sensitivity ได้แก่ Chlorpropamide, Glibenclamide, Glipizide, Glicazide, Gliquidone, Glimepiride และ Glicazide SR

1.2 เป็นยากลุ่มใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มซัลฟา (Rapid acting non-sulfonylurea insulinsecretagogue) ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ Sulfonylurea แต่ที่ตำแหน่ง Receptor ต่างกันมี

ประสิทธิภาพใกล้เคียงกับ Sulfonylurea แต่ออกฤทธิ์เร็วกว่าเนื่องจากมี Half life สั้นเพียง 1 ชั่วโมงทำให้มีอุบัติการณ์ของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำน้อยกว่าต้องรับประทานก่อนอาหารแต่ละมื้อประมาณ 15 นาทีควรเลือกใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยาซัลฟาหรือผู้ที่ทานอาหารไม่ค่อยเป็นเวลาหรือในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้มาก ได้แก่ Repaglinide (Novonorm) และ Nateglinide (Starlix)

2. ยาที่ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น (Insulin sensitizer)

2.1 ยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับเป็นหลัก (Metformin) ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อดีขึ้นบางส่วนทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่เบื่ออาหารลิ้นไม่รับรสคลื่นไส้ท้องเสียไม่สบายท้องแต่อาการจะดีขึ้นได้เองเมื่อใช้ยาคิดต่อกันไปสักระยะผลข้างเคียงที่สำคัญคือ Lactic acidosis ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่มี Renal insufficiency ($Cr > 1.5$ มก./คค.) หรือในผู้ป่วยที่มีโรคที่เสี่ยงต่อการเกิด Lactic acidosis เช่น โรคตับโรคหัวใจล้มเหลวเป็นต้นสำหรับข้อดีของ Metformin คือไม่ทำให้เกิด Hypoglycemia และน้ำหนักตัวจะไม่เพิ่มขึ้นหรืออาจลดลงในบางราย

2.2 ยาที่ออกฤทธิ์โดยทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อ (Thiazolidinedione) เป็นผลทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นนอกจากนั้นยังทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่ตับเพิ่มขึ้นและยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับด้วยยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Rosiglitazone (Avandia) และ Pioglitazone (Actos) ยากลุ่มนี้เป็นยาใหม่สามารถใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษา (Monotherapy) หรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่นหรืออินซูลินผลเสียของยาได้แก่ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 5 กิโลกรัมเนื่องจากการคั่งของน้ำพบว่าระดับ Hemoglobin ลดลงและถึงแม้ยังไม่มีการเกิดพิษต่อตับที่รุนแรงผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยากลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจเอนไซม์ตับก่อนการใช้ยาและภายหลังได้รับยาเป็นระยะและถ้าระดับเอนไซม์ตับมีค่าสูงขึ้นกว่าค่าปกติเกิน 2 เท่าควรหยุดยา

3. ยาที่ยับยั้งการดูดซึมอาหารคาร์โบไฮเดรตในลำไส้

ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Alpha-glucosidase ที่ผนังลำไส้ทำให้การดูดซึมกลูโคสลดลงและช้าเป็นผลทำให้ลดระดับน้ำตาลหลังอาหาร (Postprandial glucose) เป็นส่วนใหญ่ยาในกลุ่มนี้ถูกดูดซึมเข้าร่างกายน้อยมากทำให้ไม่มี Systemic side effects ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ท้องอืดแน่นท้องผายลมบ่อยถ่ายเหลวปวดท้อง โดยเฉพาะถ้าได้รับยาในขนาดสูงการเริ่มยาในขนาดต่ำๆ และค่อยๆ ปรับเพิ่มขึ้นจะช่วยลดการเกิดผลข้างเคียงดังกล่าวยากลุ่มนี้ได้แก่ Acarbose (Glucobay) และ Voglibose (Basen)

การปฏิบัติตัวเมื่อรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด

1. รับประทานอาหารให้สม่ำเสมอและตรงต่อเวลา
2. รับประทานยาตามมือที่แพทย์สั่ง

3. หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา

4. ควรทราบผลข้างเคียงของยาโดยสอบถามจากแพทย์หรือศึกษาจากคู่มือในการใช้ยาเมื่อสงสัยว่าจะเกิดอาการแพ้ยาควรปรึกษาแพทย์

5. ควรแจ้งแพทย์ว่ามีประวัติแพ้ยาอะไรบ้าง

6. ควรทราบวิธีแก้ไขเมื่อมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ

7. ทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเวลาเจ็บป่วย

8. หากการควบคุมน้ำตาลยังไม่ดีควรจะเจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้าน

วิธีป้องกันมิให้ล้มรับประทานยา

1. รับประทานยาเวลาเดียวกันทุกวัน

2. รับประทานยาเวลาเดียวกับยาอื่นๆที่ใช้หรือสัมพันธ์กับกิจกรรมอื่นเช่น

หลังแปรงฟัน

3. เก็บยาไว้ในที่มองเห็นง่ายและหยิบง่ายไม่ต้องแห่เข็น

4. ให้ความสนใจมือที่มักลืมเสมอ

5. แบ่งขนาดยาเป็นมือๆต่อวัน

2.4 การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด

2.4.1 ความหมายของความเครียดความเครียดนั้นมิใช่ภาวะการหลาย ๆ ท่านให้ความหมายไว้ดังนี้

ลเวย์และอาเทอร์ (Lvey and Orther. 1984 : 63 อ้างอิงใน ชิดขไม พญาน้อย. 2541 : 10) กล่าวว่าไว้ว่าความเครียด หมายถึงความวุ่นวาย เป็นภาวะที่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่เราทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้เพราะตลอดชีวิตของคนเราจะต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกของร่างกายตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ต้องมีการปรับตัวและการปรับตัวทำให้เกิดความเครียด ความเครียดจึงเป็นสภาวะการณที่เคียงคู่กับมนุษย์ตลอด

เซลยี (Selye. 1976 : 31 ; อ้างอิงใน ชิดขไม พญาน้อย. 2541 : 10) กล่าวว่าไว้ว่าบุคคลที่ไม่มีความเครียด คือบุคคลที่ตายแล้ว ความเครียดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการมีชีวิตอยู่แต่ถ้าบุคคลที่มีความเครียดมากเกินไปจะมีผลต่อทุกระบบในร่างกาย และถ้ามีความเครียดสะสมไว้มาก ๆ จะทำให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูงมีอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้นและเป็นสาเหตุไปสู่การตายได้

ลาซารัส (Lasarus. 1971 : 53-60 ; อ้างอิงใน ชิดขไม พญาน้อย. 2541 : 11) กล่าวว่าไว้ว่า ความเครียดหมายถึงภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากระบบหรือการรับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่มาคุกคาม (Threat) โดยที่การ

รับรู้หรือประเมินนี้ เป็นผลมาจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอกกับปัจจัยภายในของบุคคล

กิติกร มีทรัพย์ (2541 : 1) กล่าวไว้ว่า ความเครียดหมายถึง ปฏิกริยาของร่างกาย และจิตใจอันถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวมากกว่าภาวะปกติ เพื่อความพร้อมที่จะเผชิญกับสภาพอันยุ่งยาก ซับซ้อนของชีวิต เช่น การสอบไล่ การถูกสอบสวน การจากไปของคนรัก การแต่งงาน การเดินทางไปต่างประเทศ การแข่งขัน กรเผชิญกับภาวะการอันยุ่งยากหรือภาวะอันฝืนใจต่าง ๆ สถานการณ์ดังกล่าวเหล่านั้นทั้งทางบวกและทางลบทำให้คนเราเครียดได้

2.4.2 ทฤษฎีความเครียด

ทฤษฎีความเครียดของ เซลยี (Selye. 1956 :33 ; อ้างอิงใน สุวรรณานูสันติ. 2546 : 18-22) ได้กล่าวว่าเมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นจากต้นเหตุของความเครียดต่าง ๆ ร่างกายจะตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียดนั้น ซึ่งเซลยีเรียกว่า เป็นกลุ่มอาการปรับตัวซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

1. กลุ่มอาการปรับตัวทั่ว ๆ ไป (General Adaptation Syndrome: GAS เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากจากการปรับตัวของร่างกายในระบบต่าง ๆ ของร่างกายทั่ว ๆ ไป เช่น ต่อมได้สมอง ระบบประสาทอัตโนมัติต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกัน โรคของร่างกายจะถูกกระตุ้นการปรับตัวแบบนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1.1 ระยะบอเหตุอันตรายหรือระยะเตือน เป็นระยะที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดไม่รู้ตัวเป็นระยะที่ 2 ร่างกายจะถูกกระตุ้นเพื่อสร้างกลไกการต่อต้าน โดยระบบประสาทซิมพาเทติกจะถูกกระตุ้นเพื่อให้ร่างกายเตรียมตัวสู้หรือหนีรวมทั้งฮอร์โมนต่าง ๆ จากต่อมหมวกไต ส่วนนอกจะหลั่งฮอร์โมนออกมาร่วมด้วย เพื่อช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงอีกหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้นและนำไปสู่ระยะที่ 2

1.2 ระยะต่อต้าน เป็นระยะที่ร่างกายปรับภาวะไม่สมดุลของระบบต่าง ๆ เพื่อรักษาภาวะสมดุลไว้ระยะเวลาในช่วงนี้ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของร่างกายและความรุนแรงของความเครียด ซึ่งถ้าร่างกายสู้ไม่ได้จะเข้าสู่ระยะที่ 3

1.3 ระยะหมดกำลังใจ เป็นระยะของการปรับตัว ถ้าภาวะของความเครียดรุนแรงและมิอยู่นาน ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะของสมดุลไว้ได้ ระบบต่าง ๆ ของร่างจะอ่อนกำลังลง ในที่สุดจะเป็นอันตราย อาจทำให้เกิดโรคหรือถึงแก่ความตายได้

2. กลุ่มอาการปรับตัวเฉพาะที่ (Local Adaptation Syndrome : LAS) เป็นอาการปรับตัวเฉพาะที่ได้อันตรายเท่านั้น เช่น เมื่อมีบาดแผลหรือบาดเจ็บเกิดขึ้น ร่างกายจะมีอาการร้อน บวม แดง เนื่องจากการอักเสบเฉพาะที่นั้นนอกจากนั้นยังมีทฤษฎีความเครียดที่หน้าสนใจเกี่ยวกับความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดทางด้านสรีรวิทยาอีกทฤษฎีหนึ่ง คือ การ

ตอบสนองทางร่างกายที่ไม่ได้เกิดเพียงในระดับเนื้อเยื่อหรือในระดับอวัยวะต่าง ๆ เท่านั้น แต่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ 2 ระบบใหญ่ คือ ระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ

2.1 ระบบประสาทอัตโนมัติ เมื่อมีความเครียดระบบประสาทอัตโนมัติจะส่งไปทั่วร่างกาย โดยการนำกระแสของ Sympathetic และ Parasympathetic จะทำหน้าที่รักษาชีวิต เรา รู้จักกันในการตอบสนองแบบสู้หรือลถหนี ซึ่งสามารถทำให้เกิดปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็วเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อใหญ่และลดการไหลเวียนของเลือดในอวัยวะภายในที่ไม่จำเป็น

2.2 ระบบต่อมไร้ท่อจะคล้ายกับระบบประสาทแต่จะช่วยการทำงานของร่างกายโดยหลังฮอร์โมนเข้าสู่ระบบการไหลเวียนของเลือด เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น Hypothalamus จะไปมีผลต่อต่อมหมวกไต โดยจะหลั่ง ACTH ให้ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตความเครียดทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นความเครียดด้านร่างกายหรือจิตใจจะทำให้ ACTH สูงขึ้น Cortisol มีผลต่อ Glucagon ทำให้ร่างกายมีพลังงานมากขึ้น โดยจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

ทฤษฎีความเครียดของ สลาบิน (Slavin) สลาบินและคณะ (Slavin, 1991 : 157-158 ; อ้างอิงในสุวรรณ อนุสันติ, 2546 : 28-31) ได้เสนอรูปแบบกระบวนการของความเครียดพัฒนาตามที่ได้เสนอรูปแบบกระบวนการของความเครียดพัฒนาตามทฤษฎีความเครียดของลาซาลัส และ โฟร์คแมน (Lazarus and afaolkman) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ประการ คือ เหตุการณ์ที่จะเกิดความเครียด การประเมินทางปัญหา ประการแรก คือ เหตุการณ์ที่จะเกิดความเครียด การประเมินทางปัญญารับรู้ การประเมินปัญหาที่สอง การเผชิญปัญหาและผลลัพธ์ของความเครียด

1. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Occurrence of a Potentially Stressful Event) ความเครียดเป็นผลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมไปถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแก่บุคคลนี้ด้วย ดังนั้นเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นถือเป็นสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้จะมีความหมายมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประเมินของบุคคลเหตุการณ์ ที่ถือเป็นสิ่งเร้านี้จะมีลักษณะคุณสมบัติภายในและภายนอก ซึ่งคุณสมบัติภายในของสิ่งเร้าหมายถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เฉพาะเจาะจงต่อบุคคลทำให้เกิดความเศร้า โศก เสียใจ โกรธ เช่น เหตุการณ์ของการสูญเสียคุณสมบัติภายนอกของสิ่งเร้า หมายถึงสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นข้อมูลที่ไม่เฉพาะเจาะจงที่ได้รับจากการประเมินย้อนกลับในการตอบสนองที่ผ่านมาก็ถือเป็นสิ่งเร้า เช่นเดียวกัน เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ถือเป็นสิ่งเร้านี้จะหมายถึงทั้งเหตุการณ์ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องในชีวิต เช่น อาการป่วยเรื้อรัง

2. การประเมินทางปัญญารับรู้ (Primary Appraisal) เป็นการประเมินเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ในสภาพแวดล้อมของบุคคล โดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงเพื่อจะตัดสินว่ามี

เหตุผลคุกคามต่อตนเองหรือไม่ ประเมินจะใช้ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล คือค่านิยมและความเชื่อของบุคคล ในการประเมิน เช่น การถามตนเองว่าฉันมีปัญหาหรือไม่และปัจจัยทางสภาพการณ์คือ เหตุการณ์ที่แปลกใหม่ การประเมินขั้นนี้เป็นการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งลาซาลัสและโฟลค์แมน ได้วิเคราะห์การประเมินเป็น 3 ลักษณะ

2.1 ไม่มีความเกี่ยวข้องหรือไม่มีผลต่อภาวะปกติของบุคคล (Irrelevant)

2.2 มีประโยชน์และเป็นผลดีต่อบุคคล (Benign/Positive)

2.3 เต็มไปด้วยความเครียด (Stressful) หากในการประเมินว่าสถานการณ์นั้น

เต็มไปด้วยความเครียด อาจเป็นไปได้ 3 ลักษณะ คือ ประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียเป็นการคุกคามและเป็นการท้าทาย

2.3.1 อันตรายหรือการสูญเสีย (Harm/Loss) เป็นการประเมินผลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในด้านลบหลังเหตุการณ์ผ่านไปแล้วผลของการก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียและเป็นอันตรายต่อบุคคลทั้งทางด้านสัมพันธภาพ สุขภาพหรือความมีคุณค่าในตนเอง

2.3.2 การคุกคาม (Threat) เป็นการประเมินเหตุการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้น โดยการคาดคะเนว่าเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นจะทำให้เกิดอันตรายและการสูญเสียเป็นการคาดคะเนผลของเหตุการณ์ด้านลบ

2.3.3 การท้าทาย (Challenge) เป็นการประเมินเหตุการณ์ของบุคคลต่อ การที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยคาดคะเนว่าผลของเหตุการณ์จะได้รับประโยชน์ เป็นการคาดคะเนผลของเหตุการณ์ในด้านบวก

3. การประเมินทางปัญญาขั้นที่สอง (Secondary Appraisal)

หลังจากที่เหตุการณ์นั้นๆ ได้รับการประเมินทางปัญญาขั้นต้นแล้วว่าเป็นเหตุการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด (Stressful) ซึ่งมีการประเมินสถานการณ์ในลักษณะเป็นอันตรายหรือสูญเสียเป็นการคุกคามหรือเป็นการท้าทายนั้น บุคคลจะมีการประเมินปัญญาขั้นที่สองตามมาซึ่งเป็นการประเมินความสามารถของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าจะแก้ไขอย่างไร เช่น ถามตนเองว่าฉันจะสามารถทำอะไรในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ้าง เป็นการประเมินความสามารถต่อบุคคลและประเมินแหล่งช่วยเหลือมีทั้งแหล่งช่วยเหลือทางกายภาพ เช่น ภาวะสุขภาพของบุคคล ความอดทน การช่วยเหลือทางสังคมที่จะช่วยให้ข้อมูลและการช่วยเหลือด้านอารมณ์แหล่งช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เช่น ความเชื่อ ทักษะในการแก้ปัญหา เห็นคุณค่าในตนเอง

ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น การประเมินทางปัญญาขั้นต้นรับรู้ว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามในการประเมินทางปัญญาขั้นที่สองหากบุคคลประเมินว่าสามารถที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ด้วยตนเองและยังมีแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ ที่สามารถช่วยได้การประเมินขั้นนี้จึงเป็นการประเมินว่าเหตุการณ์นี้มีลักษณะท้าทาย ความเครียดจะไม่เกิดขึ้น แต่หากบุคคลประเมินว่าตน

ไม่มีความสามารถที่จะแก้ปัญหาได้แล้ว และยังขาดการช่วยเหลือจากแหล่งอื่นและมองไม่เห็น
แนวทางในการแก้ไขอื่น ๆ ความเครียดก็จะเกิดขึ้น

2.4.3 ปัจจัยแห่งความเครียด

แผน (2548 : 10-12) ได้กล่าวว่า โดยทั่วไปปัจจัยแห่งความเครียดมักเกิดจาก
ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพแวดล้อมก่อให้เกิดความกดดันทั้งภายใน
บุคคล ระหว่างบุคคล ละภายใน ปัจจัยดังกล่าวสามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการตามวัย (Developmental stress)

เมื่อมีพัฒนาการของร่างกายจากวัยหนึ่งไปสู่วัยหนึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความเครียดได้ เช่นวัย
ที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น การมีประจำเดือน หรือร่างกายมีพัฒนาการที่ไม่ปกติ เป็นต้น

2. ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (Biological stress) สาเหตุการ เปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ที่มีผลทำให้เกิดความเครียดได้ดังนี้

2.1 ด้านชีวภาพโครงสร้างของร่างกายร่างกายที่เจริญเติบโตอย่างไม่ สมบูรณ์ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่มีน้อยทำให้เกิดการแก้ปัญหาไม่คิดนึก ทนต่อภาวะความเครียดไม่ได้

2.2 ด้านสรีระ องค์ประกอบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์และระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ยีนส์ การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อหรือสารพิษต่าง ๆ

3. ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม (Environmental stress) อิทธิพล ของสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น

3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเราที่เราสัมผัสได้ ด้วยประสาททั้งห้า เช่น สภาพความร้อน หนาว แสงสว่างที่จ้าหรือมืด นอกจากนี้การขาดแฉวนปัจจัย ในการดำรงชีวิต เช่นอาหารน้ำ เครื่องนุ่งห่มเป็นสาเหตุของความเครียดได้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของมนุษย์

3.2 สิ่งแวดล้อมทางจิตใจโดยทั่วไปมักเข้าใจกันว่าความเครียดทาง จิตใจมักเกิดจากเหตุการณ์ที่เลวร้ายแต่ความเป็นจริงแล้ว เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เช่น การแต่งงานการมีบุตร การเข้างานใหม่ ก็เป็นสาเหตุที่สร้างความเครียดทางจิตใจได้เช่นกันเพราะ เหตุการณ์เหล่านี้ทำให้เรามีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นยอมก่อให้เกิดความเครียด

3.3 สิ่งแวดล้อมทางสังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ โดยทั่วไป มักเกิดจากการไม่ปรองดองกัน ทะเลาะ ได้เถียงกัน รวมทั้งกำนิยม ความเชื่อ ประเพณีที่ขัดแย้งทำให้ เกิดความเครียดได้

4. ปัจจัยจากการรับรู้และการแปลเหตุการณ์ (Stress from perception)

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัว โกรธ เกลียด กังวล ทำให้เกิดความเครียด การที่มีอารมณ์เหล่านี้ได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ การแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์อย่างหนึ่งอาจทำให้คนรับรู้ได้ไม่เหมือนกันและมี การตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างกัน การรับรู้ความเครียดจากการจินตนาการของตนเองเกิดจากความรู้สึก และความคิด ดังนี้

4.1 เครียดเพราะเสียดสมดุทางความรู้สึก เช่น รักมาก โกรธมาก เครียดมาก ผู้ที่เก็บกดความรู้สึกถึงขั้นรุนแรงจนกลายเป็นความเครียดเรื้อรังมักเป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายอ่อนแอบางรายรุนแรงมาก ๆ อาจถึงขั้นกลายเป็นผู้ป่วยทางจิตใจระดับหนึ่ง

4.2 เครียดเพราะหลงผิดทางความคิด เช่น คิดว่าตนถูกใส่ร้าย คิดว่าตนไม่สมหวัง คิดว่าต้องเอาชนะให้ได้ อาจคิดว่า ปัจจัยแห่งความเครียดนั้นเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทั้งภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลและภายนอกบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม สิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้เราทนต่อความเครียดได้ คือ ความสามารถของตนในการปรับตัวต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ เมื่อตนตกอยู่ในภวะนั้น ๆ รวมทั้งจัดการเก็บความเครียดอย่างถูกต้อง

2.4.4 อาการแสดงของความเครียด

กนกรัตน์ สุขตุงคะ (2537 : 10-11 ; อ้างอิงในกิตติกร มีทรัพย์. 2541 : 20-21)

ได้กล่าวถึงอาการแสดงออกด้านต่าง ๆ มีดังนี้

1. ความเครียดด้านร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับกลูโคสมากขึ้น อัตราการเต้นของใจเพิ่มขึ้น ปากคอแห้ง เหงื่อออกมาก แขนขาชา หรือมีการกระตุก กล้ามเนื้อตึงเครียดมีปัญหาด้านการทำงานของระบบย่อยอาหารและระบบขับถ่าย มือเท้าเย็น
2. ด้านพฤติกรรม เช่น มักคิดยาต่าง ๆ มีอารมณ์ระเบิดก้าวร้าวง่ายคิดมาก ไม่อยากอาหาร คิ้มและสูบบุหรี่มากขึ้น หุนหันพลันแล่น มักมีปัญหาเกี่ยวกับการพูดมักหัวเราะบ่อย ๆ เหมือนพยายามกลบกลืน
3. ด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล ก้าวร้าว เฉยชา เบื่อ เศร้า คับข้องใจ รู้สึกผิดหวังหงุดหงิดและอารมณ์เสื่อง่าย รู้สึกตนเองค้อยค่า
4. ด้านความรู้ความเข้าใจ เช่น ตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย คิดไม่ออก อ่อนไหวต่อคำวิจารณ์ง่าย
5. ด้านสังคม เช่น ไม่ค่อยรวมกลุ่มกับใคร การงานขาดประสิทธิภาพ เมื่ออยู่กับคนอื่นจะทำให้บรรยากาศของกลุ่มไม่ดี ต่อหน้าที่ทำงาน เป็นต้น

2.4.5 ระดับความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2541 : 114) ได้กล่าวถึงการแบ่งระดับความเครียดเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ระดับความเครียดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก เป็นระดับที่บุคคลอาจรู้สึกถึงความพึงพอใจกับการดำเนินชีวิต โดยมีแรงกดดันหรือแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตน้อยกว่าบุคคลอื่น

2. ระดับความเครียดเกณฑ์ปกติ เป็นระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

3. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับที่บุคคลมีความไม่สบายใจที่เกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งที่อาจจะยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไข ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน

4. ระดับความเครียดสูงกว่าระดับปกติปานกลาง เป็นระดับที่บุคคลเริ่มมีความรู้สึกตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมาก จากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งและวิกฤติการณ์ในชีวิต โดยสังเกตได้จากอาการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ ความคิด อาจเป็นสัญญาณเตือนขึ้นต้นว่าบุคคลนั้นกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติและความขัดแย้ง ซึ่งบุคคลพยายามจัดการหรือแก้ไขด้วยความยากลำบาก トラบโด ที่ความขัดแย้งยังคงมีอยู่ ลักษณะอาการต่าง ๆ จะเพิ่มมากขึ้น ความเครียดระดับนี้มีผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิต

5. ระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก เป็นระดับที่บุคคลกำลังตกอยู่ในภาวะเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง หากปล่อยให้ความเครียดระดับนี้ยังคงมีต่อไปโดยไม่ได้ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อย่างนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด

2.4.6 ความเครียดและการเจ็บป่วย

สุปราณี พลชีวิน (2530 : 68-80 ; อ้างอิงใน กิติกร มีทรัพย์. 2541 : 18-20) กล่าวว่า หากจะแจกแจงถึงโรคทางกายที่สัมพันธ์กับความเครียดจะพบว่ามียากมายทีเดียว เช่น

1. โรคภูมิแพ้ที่เกิดจากปัจจัยทางอารมณ์
2. อาการเจ็บหน้าอกและโรคหัวใจเพราะฮอร์โมนแอดรีนาลินและนอร์แอดรีนาลินถูกหลั่งออกมาสู่กระแสโลหิตเป็นปริมาณมาก เมื่อเกิดวิกฤติทางอารมณ์จึงทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น เนื่องจากหัวใจเต้นเร็วขึ้นและความเครียดยังทำให้เกิดความแข็งตัวของเลือดในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบ
3. โรคหืด ความเครียดอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหุ้มหลอดลมและเปลี่ยนแปลงลักษณะการหายใจ
4. มะเร็ง เนื่องจากความเครียดไปทำร้ายภูมิคุ้มกันในร่างกายซึ่งมีส่วนป้องกันเซลล์มะเร็ง

5. โรคเบาหวาน ความเครียดจะไปกระตุ้นให้เกิดอาการเบาหวานซึ่งเป็นอยู่ก่อนแล้ว

6. กลุ่มอาการลำไส้ใหญ่บีบตัวมาก รวมทั้งลำไส้ອັກเสบเป็นแผล โรคโครห์น ซึ่งเกิดจากลำไส้เป็นแผล ทำให้ท้องเดินถ่ายเป็นมูกเลือดและความเครียดเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการได้

7. โรคความดันโลหิตสูง

8. โรคปวดศีรษะ ไมเกรน

9. อาการปวด เช่น ปวดหลังซึ่งจะเป็นมากขึ้นเมื่อมีความเครียดทางจิตใจ มีความกังวล ได้รับความกดดันทางอารมณ์และความกดดันทางสังคม หรือมีอาการปวดศีรษะ ปวดบริเวณใบหน้าคล้ายปวดฟัน ซึ่งมีสาเหตุมาจากที่กล้ามเนื้อหดตัวเป็นเวลานาน

10. แผลเปื่อยในกระเพาะอาหาร เพราะความเครียดทำให้เกิดการหลั่งกรดในร่างกายนมากขึ้นและทำให้การหลั่งสารเมือกน้อยลง

11. ความเครียดก่อมีประจำเดือน อาจเกิดจากอิทธิพลความเครียด คือในระหว่าง 2-3 วันก่อนมีประจำเดือน ผู้หญิงจะมีความรู้สึกแประบางทั้งร่างกายและจิตใจ มีความกังวล ขุนเฉียว และสามารถรับกับสภาวะตึงเครียดได้น้อยลง

12. อาการข้ออักเสบ คล้ายรูมาตอยด์ เป็นการงอกขยายของเนื้อเยื่อที่ข้ออักเสบ โดยเฉพาะบริเวณข้อมือและข้อเท้า เกิดอาการบวม ซึ่งความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะไปเปลี่ยนกลไกของภูมิคุ้มกันอย่างปกติในร่างกาย

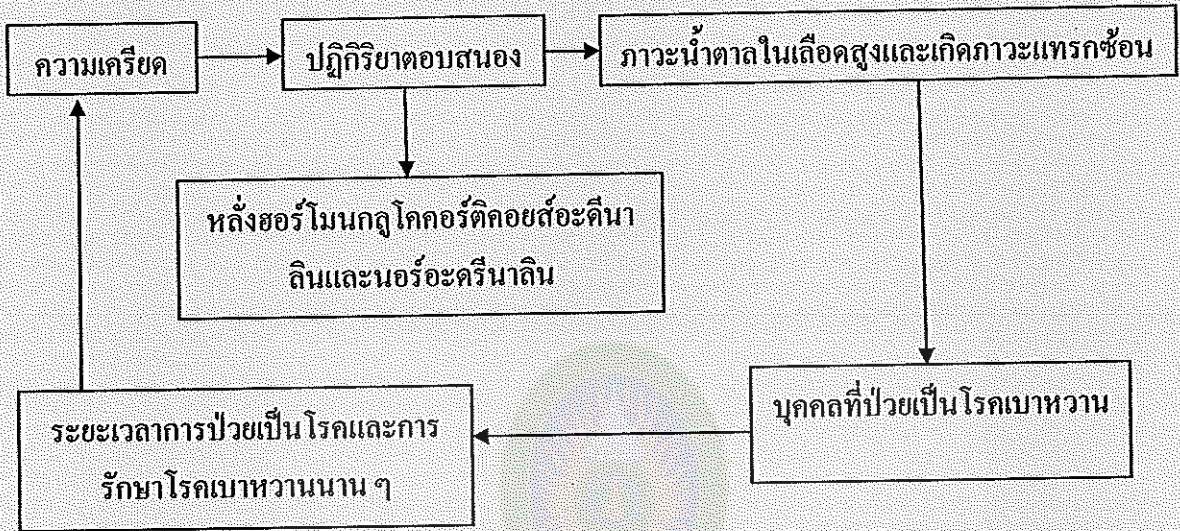
13. โรคผิวหนัง ความเครียดจะทำให้ผิวหนังดูกลามมากขึ้น หรือไม่ก็เกิดลมพิษ คือผื่นแดงคล้ายเม็ดตัว เกิดการคันโดยปราศจากการเป็นโรคผิวหนังมาก่อน ซึ่งมักเป็นบริเวณทวารและอวัยวะสืบพันธุ์และนมถึงการเป็นสิว

14. ศีรษะล้าน หรือ Alopecia ซึ่งเป็นโรคศีรษะล้านแบบเฉียบพลัน อาการที่เกิดขึ้นคือผมร่วงเป็นกำมือ ไม่เพียงแต่ผมร่วงจากหนังศีรษะเท่านั้น ขนตาและขนตามร่างกายก็ร่วงเช่นกัน อาจทำศีรษะล้านเป็นข้อม ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุของโรค ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจบางคนในระยะเริ่มแรกเกี่ยวข้องกับความเครียด

2.4.7 ความเครียดกับโรคเบาหวาน

ความเครียดกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กันเนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งหรือเหตุส่งเสริมอย่างหนึ่งทำให้เกิดนออะครินาตินและกลูโคคอร์ติคอยด์ฮอร์โมนเหล่านี้จะไปเพิ่มน้ำตาลในกระแสเลือดให้สูงขึ้นเมื่อบุคคลมีภาวะเครียดเป็นระยะเวลาานาน ๆ ปฏิบัติการตอบสนองนี้เกิดขึ้นเป็นประจำ ทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงอยู่ตลอดเวลาจึงเกิดอาการของโรคเบาหวานขึ้น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคเบาหวานนานๆต้องรับประทานยาหรือฉีดยาลดน้ำตาลใน

กระแสเลือดอย่างต่อเนื่องจากการที่ต้องใช้ยารักษาโรคเบาหวานเป็นประจำ อาจนำไปสู่ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำและเกิดความเครียดหรือภาวะผิดปกติของจิตใจตามมาจากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาการทางจิตจะควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ไม่ดีก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่แสดงจากความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับโรคเบาหวานผู้วิจัยได้สรุปเป็นภาพความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับโรคเบาหวานเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น



ภาพที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับโรคเบาหวาน

2.4.8 วิธีคลายความเครียด

ไลท์ (Ligh S, 1997 : unpagged ; อ้างอิงใน สุวรรณ อุนตันติ. 2546 : 49-52) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียดที่ค่อนข้างได้ผลวิธีจัดการความเครียดจะสามารถป้องกันและขจัดความเครียดได้อย่างหนึ่ง เปรียบเสมือนกับการขี่รถจักรยาน จะมีความยากลำบากขณะแรกฝึก แต่เมื่อมีทักษะแล้วสามารถขี่จักรยานได้อย่างสบายเช่นเดียวกับเมื่อบุคคลมีทักษะในการจัดการความเครียดจะสามารถป้องกันและขจัดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทักษะการจัดการความเครียดมี 13 ประการ คือ

1. การหายใจลึก ๆ โดยกระทำอย่างช้า ๆ วิธีการหายใจที่ถูกต้องควรหายใจนำออกซิเจนเข้าทางจมูก และหายใจเอาคาร์บอนไดออกไซด์ออก ให้ผ่านทางช่องปาก กระทำเช่นนี้หลาย ๆ ครั้ง จะช่วยให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย
2. การบริหารเวลา สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดคือ การที่บุคคลไม่รู้จัการบริหารเวลา ไม่มีการวางแผนล่วงหน้า ไม่จัดเวลาในการกระทำสิ่งต่าง ๆ การทำอะไรหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน ผลที่ออกมาไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ควรกำหนดเป็นตาราง

ของงาน และจัดลำดับเวลาและความสำคัญก่อนหลังสังเกตดูว่าสิ่งใดควรทำก่อนสิ่งใดควรทำหลัง ควรเริ่มต้นทำงานอย่างรวดเร็ว

3. ติดต่อกับผู้อื่น การอยู่คนเดียวบางครั้งทำให้รู้สึกสบาย แต่ถ้าแยกตัวอยู่คนเดียวจะทำให้รู้สึกเบื่อและอารมณ์เศร้าก็เกิดขึ้น จึงควรรหาเพื่อนคุยหรืออาจจะเข้าร่วมกิจกรรม การทำเวลาว่างให้เป็นประโยชน์และจะทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น

4. การระบายออก เมื่อเกิดความเครียดควรรหาบุคคลช่วยเหลือ โดยการระบายความรู้สึกให้กับบุคคลอื่นที่เราไว้ใจ เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ครูและเพื่อนสนิท

5. ควรรหาเวลาพักผ่อนในช่วงสั้น ๆ บางครั้งบุคคลไม่สามารถหนีปัญหาได้ แต่สามารถสร้างจินตนาการในสิ่งที่หัวใจต้องการ โดยการหลับตา นึกถึงสิ่งที่ดีงาน นึกถึงความปรารถนาที่ต้องการจะให้เกิดขึ้น เช่น อาจคิดว่าอยู่ในห้องที่สะอาด สวยงามและมีกลิ่นหอมหรือเล่นดนตรีกับเพลงที่ชอบ เพื่อทำให้เกิดจิตใจที่สงบและสุขสบาย

6. ควรอยู่ในท่าสบาย ควรอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่ มีความสงบและสุขสบาย อยู่ในห้องที่มีอากาศและอุณหภูมิที่พอเหมาะ สำรว่าดูว่าเก้าอี้ที่นั่งให้ความสบายหรือเหมาะสมหรือไม่

7. การออกกำลังกาย เป็นบุญแอกอกหนึ่งที่สามารถจัดและลดความเครียดได้ เช่น การว่ายน้ำ วิ่ง เดินรำ หรืออาจทำงานเบา ๆ เช่น รดต้นไม้ ถ้างรถ กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายได้

8. การหัวเราะ บุคคลควรมีอารมณ์ขันบ้าง และต้องหัวเราะให้เป็น อาจทำให้ตนเองหัวเราะโดยการหาหนังตลกมาดู การหัวเราะช่วยทำให้อารมณ์ดีขึ้น

9. การรู้ข้อจำกัดของตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ที่มีความเครียดเข้ามากระทบก็จะไม่สามารถเผชิญต่อความเครียดได้ วิธีการแก้ไขเมื่อมีสถานการณ์ความเครียดเข้ามา ให้ถามตนเองว่าปัญหานี้เป็นปัญหาของเราหรือไม่ ถ้าไม่ใช่ปล่อยมันไป ถ้าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้เดี๋ยวนี้หรือไม่ เพราะบางปัญหานั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเพราะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายประการที่ควบคุมไม่ได้ดังนั้นจึงควรที่จะยอมรับสถานการณ์เหล่านั้น ดีกว่าที่จะพยายามต่อสู้ หรือพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้น ๆ ควรรองนกว่าจะถึงเวลาและโอกาสที่เหมาะสม

10. การทำสิ่งที่ถูกต้องอยู่เสมอ การกระทำควรอยู่บนความถูกต้องเสมอ ซึ่งบางครั้งอาจมีคนอื่นที่ไม่เห็นด้วยกับความคิดของเราจงจำไว้ว่าควรใช้วิธีการ โน้มน้าวชีวิตดีกว่าการทำให้แตกหักกันไปข้างหนึ่งวิธีการค่อยๆใส่ความคิดให้เขาทีละน้อยด้วยเหตุและผลซึ่งทำเช่นนี้จะทำให้ทั้งสองฝ่ายมีเวลาของการไตร่ตรองถึงเหตุผลได้มากขึ้นด้วย ซึ่งจะส่งผลให้เราทำงานไม่ผิดพลาด

11. การร้องไห้ การร้องไห้ออกมาเวลาที่ประสบกับความเครียดมาก ๆ จะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้บุคคลได้ระบายในสิ่งที่อัดอั้นออกมาจะทำให้รู้สึกสบายขึ้น แต่ถ้าร้องไห้ทุกวันจะบ่งชี้ว่ามีปัญหาด้านสุขภาพจิต ควรปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือนักให้คำปรึกษา เพื่อได้รับการแก้ไข

12. หลีกให้ห่างจากยา การพึ่งยาเสพติดหรือการดื่มเหล้า ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ช่วยให้ความเครียดหายได้ แต่กลับมีอาการมากขึ้น ถ้าจำเป็นต้องกินยาเพื่อช่วยลดความเครียดควรอยู่ในความดูแลของแพทย์

13. ควรพยายามหาโอกาสทอง นั่นหมายถึง การมองโลกในแง่ดี ไม่มีสิ่งใดเลวร้ายจนแก้ไขไม่ได้ พยายามมองโอกาสเพิ่มความสุขให้ตนเอง และมีความรู้สึกที่ดีต่อสถานการณ์ชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้น เช่น ไปร่วมงานสังสรรค์กับเพื่อน ฟังเสียงนกร้อง ซื่อสัตย์ต่อคนที่คุณรัก อาชีพดีตก เป็นต้นจะเห็นได้ว่า วิธีจัดและป้องกันความเครียดของโลโก้ ทั้ง 13 ทักษะ คงจะทำได้ไม่ยากนักหากว่าผู้ที่กำลังเครียดอยู่นั้นมีความตั้งใจและสนใจและสนใจที่จะกระทำอย่างจริงจัง เพราะคงตรงกับความเห็นของโลโก้ที่ว่า จะยากลำบากเพียงระยะแรกเท่านั้น เมื่อฝึกบ่อย ๆ จะเกิดเป็นทักษะอัตโนมัติขึ้นเอง แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการคลายเครียด และประสบความสำเร็จในทุก ๆ ด้าน ได้นั้นขึ้นอยู่กับ ตัวของเราเอง

3.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัญญาบุตร ศรีรินทร์ (2540 : 59-62) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลบ้านลาดจังหวัดเพชรบุรีกลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านลาดจังหวัดเพชรบุรีในระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2540 จำนวน 88 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจำนวน 43 รายและกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลงจำนวน 45 รายเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตัวดีในเรื่องการควบคุมอาหารการออกกำลังกายจะมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ 31.8 ,32.9 ตามลำดับและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวไม่ดีเรื่องการรับประทานอาหารจะมีระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลงร้อยละ 27.3 และการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องการควบคุมอาหารการออกกำลังกายและการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เยาวเรศ สมทรัพย์ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา จำนวน 202 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การใช้ยา และการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้าน

สุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับมีมาก่อน การรับรู้อุปสรรคด้านการปฏิบัติด้านสุขภาพและอายุ ร่วมกันทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ได้ร้อยละ 47.9 โดยการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด และการรับรู้อุปสรรคด้านการปฏิบัติด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ขนิษฐา นันทบุตร (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นภาคอีสาน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากจะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว เพื่อนบ้านและผู้ป่วยด้วยกันเองแล้ว การจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมีการปฏิบัติตามความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนประกอบด้วย การดูแลสุขภาพจิต สุขภาพร่างกาย ส่วนบุคคลออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การติดตามการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการความเครียดซึ่งจะเชื่อมโยงกับกิจกรรมในชุมชน ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองโดยวิธีลองผิดลองถูกและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามความเข้าใจของตนเอง การจัดการดูแลตนเองเป็นการกระทำเพื่อค้นหาการวินิจฉัยโรค การค้นหาข้อมูล เรียนรู้เกี่ยวกับเบาหวาน กระทำเพื่อบรรเทาและป้องกันอาการเพิ่มลดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและส่งเสริมด้านจิตใจ อันได้แก่ ความรู้สึกสบายใจ จิตใจสงบ

วชิรา โขตามระ (2549 : 54-58) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลศิริราชประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลศิริราชระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2548 อายุระหว่าง 40-70 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลศิริราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คนวัต ชูณหวานิชย์ และสันตวดี ชูณหวานิชย์ (2550 : 412) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพื่อวิเคราะห์ผลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดและความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพตนเองกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับการรักษาด้วยยาอินอย่างต่อเนื่องที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ในช่วงเดือนมกราคม 2544 ถึงเดือนมิถุนายน 2544

วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา และเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหาสาเหตุเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบ สัมภาษณ์แบบบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือดวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาค่าความเสี่ยง สัมพันธ์และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มี น้ำหนักตัวและอายุที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับไขมันในเลือดสำหรับการ ดูแลตนเองด้านโภชนาการ (ร้อยละ 16.1) และการดูแลสุขภาพตนเอง (ร้อยละ 16.1) พฤติกรรมการ ดูแลตนเองด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพตนเองไม่มีแนวโน้มเพิ่มโอกาสการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติการไม่จำกัดอาหารพวกแป้งการไม่จำกัดอาหาร ประเภทเนื้อสัตว์ติดมันถั่วเต้าหู้มัจฉิการไม่ตรวจตามแพทย์นัดการสวมถุงเท้าทุกครั้งที่อยู่จากบ้าน ป้องกันการมีบาดแผลที่เท้าเพิ่มโอกาสการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 0.33, 0.69, 4.47, 18.35 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิภา แสตนโยและคณะ (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการออกกำลังกายด้วยวิธี โยคะร่วมกับรำไม้พลอง ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและต่อระดับไขมัน ค่าความดัน โลหิตของผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการตรวจ HbA_{1c} และค่า FBS หลังการ ทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นุทิตา ชมพูศรี (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำปัจจัย เอื้อและปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานและ เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้กับผู้ที่ไม่ได้โดยศึกษาจากกลุ่มประชากรจำนวน 232 รายที่มารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอสบปราบจังหวัดลำปางเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ได้แก่ข้อมูลทั่วไปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง 4 ด้านคือด้านการควบคุมอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยาและด้านการจัดการความเครียดผลการศึกษาพบว่าปัจจัยนำปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริมมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ 0.01 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านการควบคุมอาหาร ($r=0.15$) ด้านการ ออกกำลังกาย ($r=0.30$) ด้านการใช้ยา ($r=0.34$) และด้านการจัดการความเครียด ($r=0.16$) ปัจจัยเอื้อ ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 ด้านการควบคุมอาหาร ($r=0.22$) ด้านการออกกำลังกาย ($r=0.32$) ด้านการใช้ยา ($r=0.20$) และด้านการจัดการความเครียด ($r=0.21$) ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านการควบคุมอาหาร ($r=0.21$) ด้านการออกกำลังกาย ($r=0.27$) ด้านการใช้ยา ($r=0.27$) และด้านการจัดการความเครียด ($r=0.07$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้ง 4 ด้านระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และผู้ที่ไม่ได้ผล การศึกษาพบว่าพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารด้านการออกกำลังกายด้านการใช้ยาและด้านการจัดการความเครียดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กัญญา สุขะมั่ง (2551 : 83) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังได้รับการสร้างเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่ำกว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่ำกว่าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศิริศักดิ์ พรหมเพน (2554 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และส่งต่อผลประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่าง มีนัยสำคัญ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านการสนับสนุน ได้แก่ การมีส่วนร่วม ของครอบครัว การมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนา รูปแบบเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยเน้นกิจกรรมด้านสนับสนุน ผลการประเมินหลังการใช้รูปแบบที่ พัฒนาขึ้น พบว่า ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (FBS, HbA_{1c}, Cholesterol, Triglyceride) คั่งนิมวลดกาย และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนทดลอง และหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองทุกค่าดีกว่าก่อนทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง พบว่า ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คั่งนิมวลดกาย และ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทุกค่าในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยด้าน พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการด้านอารมณ์และความเครียด จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภาวะ น้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

4. ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นเบาหวาน และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข โดยมีตัวชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย ดังนี้

4.1 ตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการคลินิกเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน(สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. 2552 : 57) ในแต่ละหน่วยบริการสามารถจะกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินมาตรฐานการบริการของตนเองตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ หรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง ตัวชี้วัดมีประเด็นใหญ่ 3 ประเภท คือ

4.1.1 ตัวชี้วัดเชิงปัจจัยนำเข้า (Input Indicator) มีจุดประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมในการให้บริการ เช่น

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

สุขภาพ

4.1.2 ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (Process Indicator) เพื่อใช้ในการควบคุมคุณภาพการให้บริการ และคาดหวังว่ามีกระบวนการที่ดีจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เช่น

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

4.1.3 ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (Output Indicator) เพื่อใช้ในการประเมินผลลัพธ์การให้บริการ ซึ่งมี 3 ประเภท คือ

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

- 1.1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยน้อยกว่า 140 มก./คล.

1.2) ร้อยละของผู้ป่วยที่มี HbA_{1c} <7%

1.3) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการออกกำลังกายประจำ

1.4) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

2) ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ระยะยาว (Long – term Outcome Indicator) ซึ่งต้องใช้

ช่วงเวลาที่ติดตามผู้ป่วยอย่างยาวนานเพื่อได้ผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลหรือความคุ้มค่าคุ้มทุน ของการให้บริการ เช่น 5 ปี 10 ปี ซึ่งผลลัพธ์ระยะยาวเป็นตัวชี้วัดที่มีน้ำหนักที่สุดในการประเมินผลโครงการป้องกันส่งเสริมสุขภาพของโรคเรื้อรังอย่างโรคเบาหวาน

2.1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

2.2) อัตราตายของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

2.3) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

4.2 เป้าหมายการควบคุมโรคเบาหวาน

ตารางที่ 2 แสดงค่าเป้าหมายการควบคุมโรคเบาหวาน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	หน่วย	ดี
Fasting Plasma Glucose	mg/dl	80 -120
Post Pordial Glucose	mg/dl	< 180
HbA _{1c}	%	<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 ²	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 การประเมินประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

การวิจัยในครั้งนี้จะประเมินประสิทธิผลในการที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) ระดับไขมันในเส้นเลือด (Cholesterol, Triglyceride, LDL) และประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการด้านอารมณ์และความเครียด

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งสภาพร่างกายจิตใจและสังคมการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจอาจทำให้สูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพ การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีปัจจัยต่างๆหลายด้านที่เกี่ยวข้องได้แก่ปัจจัยปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุน เช่นสมาชิกในครอบครัวบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ชุมชนและปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการด้านอารมณ์และความเครียดซึ่งจากที่กล่าวมาทั้งหมดปัจจัยแต่ละด้านจะมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ สามารถสรุปจัดกลุ่มตัวแปรอิสระทั้งหมดเป็นกลุ่มปัจจัยที่มีส่งผลต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดและวิธีการได้มาของตัวแปรอิสระดังนี้

ตารางที่ 3 ตัวแปรอิสระ กลุ่มปัจจัย และที่มาของตัวแปรอิสระ

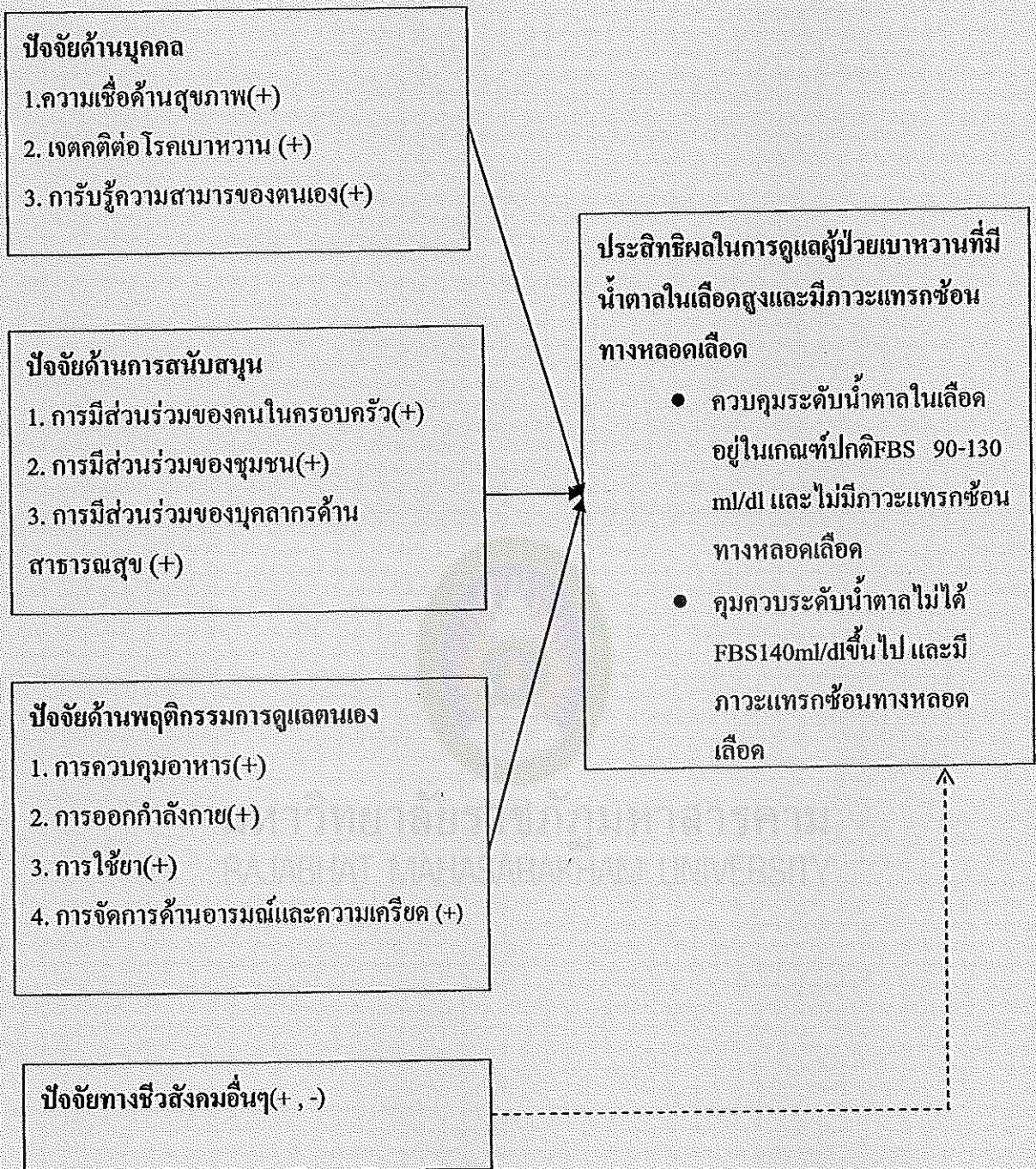
ปัจจัย/ตัวแปร	ผลที่ได้จากการสังเคราะห์	อ้างอิง
<p data-bbox="105 465 297 506">ปัจจัยด้านบุคคล</p> <p data-bbox="105 521 375 562">1. ความเชื่อด้านสุขภาพ</p>	<p data-bbox="519 465 956 1709">ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="539 689 936 786">- จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงการรับรู้โอกาสของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, .277$ และ $.19, p < .01$) ตามลำดับ 	<p data-bbox="1005 465 1225 555">ณัฐชยาน์ ประเสริฐ อำไพสกุลและคณะ</p> <p data-bbox="1005 1037 1225 1126">ณัฐชยาน์ ประเสริฐ อำไพสกุล และคณะ</p>

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลที่ได้จากการสังเคราะห์	อ้างอิง
2. เจตคติต่อโรคเบาหวาน	<p>การเสริมพลังเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>- ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีเจตคติต่อโรคเบาหวานสูง 2.87 จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับสูง</p>	วิทยานิพนธ์ ชนิดย์ อินทร์งาม
3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	<p>ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน</p> <p>- ผลการวิจัยการกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามมา</p> <p>ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน</p>	วิทยานิพนธ์ อรทัย วุฒิเสลา
<p>ปัจจัยด้านการสนับสนุน</p> <p>4. การมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว</p> <p>5. การมีส่วนร่วมของชุมชน</p> <p>6. การมีส่วนร่วมของบุคลากร</p>	<p>- ผลการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.51, p<.01$) โดยวิจัยครั้งนี้</p>	วิทยานิพนธ์ พรภา ไชยอาสา

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลที่ได้จากการสังเคราะห์	อ้างอิง
<p>ด้านสาธารณสุข</p>	<p>พิจารณาได้จากคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหารภายหลังได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจาก 29.47 คะแนน (SD. = 2.17) เป็น 45.33 คะแนน</p> <p>การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมากที่สุดต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว การมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน 	<p>วิทยานิพนธ์ ศิริศักดิ์ พรหมแพน</p>
<p>ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง</p> <p>7. การควบคุมอาหาร</p> <p>8. การออกกำลังกาย</p> <p>9. การใช้ยา</p> <p>10. การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด</p>	<p>ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยนำปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 <p>กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร</p>	<p>วิทยานิพนธ์ มุกิตาชมภูศรี</p>

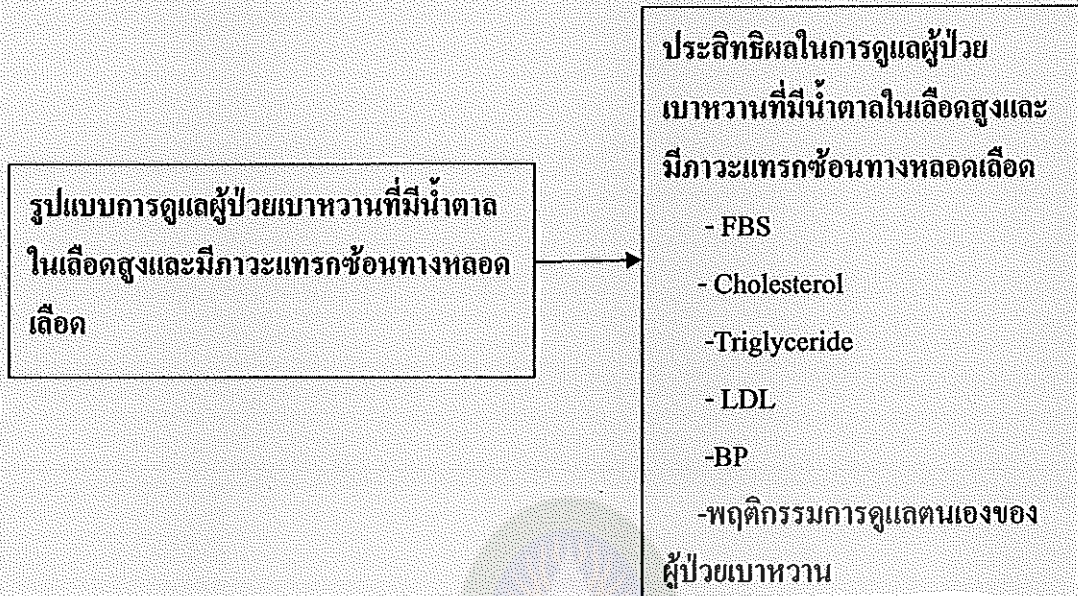
ปัจจัย/ตัวแปร	ผลที่ได้จากการสังเคราะห์	อ้างอิง
	<p>ด้านการออกกำลังกาย</p> <p>ด้านการใช้ยา และด้านการจัดการ</p> <p>ความเครียด มีความแตกต่างกันอย่าง</p> <p>มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05</p> <p>ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ</p> <p>ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวาน</p> <p>- ผลการศึกษาพบว่า</p> <p>ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการ</p> <p>ดูแลตนเองกับการควบคุมระดับ</p> <p>น้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์</p> <p>ทางบวก</p>	<p>วิทยานิพนธ์</p> <p>วชิรา คชตามระ</p>

จากตารางที่ 3 จากการทบทวนและสังเคราะห์ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุน และปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองน่าจะส่งผลต่อ ความสัมพันธ์ทางบวก ต่อสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และผู้วิจัยนำมาสังเคราะห์กรอบแนวคิด เชิงทฤษฎี (Theoretical Conceptual Framework) ได้ดังนี้



ภาพที่ 9 กรอบแนวความคิดในการวิจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตัวแปรอิสระตัวแปรตาม



ภาพที่ 10 กรอบแนวคิดในการวิจัย ระยะที่ 3