



ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

The Lived Experience of Self-controlling Blood Glucose in  
Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus Patients

จิตตินันท์ พงสุวรรณ

Chittinan Pongsuwan

วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2541

๑

เลขหมู่	RC 662.18 963 2541 ๑.2
Bib Key	119701

(1)





ในเลือด 4) ประเมินผลด้วยตนเอง กลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สามารถค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตนได้ดีกว่า โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการควบคุม คือ แรงจูงใจ บุคลิกส่วนตัว ประสบการณ์การมีน้ำตาลในเลือดสูง และการรับรู้ว่ามีอันตรายร้ายกาจด้วยการผ่าตัด แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย บริบทการดำเนินชีวิต ประสบการณ์การใช้ยา และความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมของผู้ป่วยเบาหวานโดยทั่วไป

ผลการศึกษานี้สามารถให้องค์ความรู้ที่สำคัญ คือ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ควรส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถเรียนรู้ ทำความเข้าใจกับภาวะความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหา และเรียนรู้วิธีการปฏิบัติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง และได้แนวทางในการชี้แนะการบริหารบริการพยาบาล การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถค้นหา และเรียนรู้วิธีการควบคุมที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิต และมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง

Thesis Title	The Lived Experience of Self-controlling Blood Glucose in Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus Patients
Author	Miss Chittinan Pongsuwan
Major Program	Adult Nursing
Academic Year	1998

### Abstract

This phenomenological study aimed to describe and explain the lived experience of self-controlling blood glucose in non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM) patients. Ten subjects comprise of five satisfactory (FBS  $\leq$ 140 mg %) and five poorly (FBS >140 mg %) glycemic controlled patients were purposely recruited from the diabetic clinic. Data were obtained using tape-recorded, indepth-interviews in conjunction with observations and field note taking over the period from June to October 1997. An inductive method was applied for data interpretation and analysis.

The study showed that both the poorly and satisfactory glycemic controlled patients shared similar perception concerning the diabetes mellitus and the meaning of high blood glucose level in four views. Firstly, though the disorder can not be cured, it can be controlled. Secondly, it may cause complications and disabilities. Thirdly, it can be derived from the controllable factors. Fourthly, the disease has the degree of severity which is the only different view of perception between the two groups. The satisfactory glycemic controlled patients considered the disorder as "could be a fatal disorder" while it was perceived as "a simple disorder" in the poorly glycemic controlled group. The three characteristics that both groups of patients defined the meaning of therapeutic regimens given by the health care team were i) receiving the attention, ii) the limited efficacy of oral agents, and iii) the subsequent illness effects of medication. Both groups considered the advice on changing dietary behaviours from the health care team was incompatible with their lifestyle and was considered unreliable in the poorly glycemic controlled group. In contrast, though the advice was unclear for the satisfactory

glycemic controlled patients, they considered the advice as stimulating for self-directed learning and controlling of the blood glucose. Both poorly and satisfactory glycemic controlled groups had faced similar learning experiences in controlling the blood glucose by means of i) seeking alternative treatment, ii) changing of lifestyle, iii) self-regulating, and iv) self-monitoring of blood glucose. These practical experiences were more successfully performed by the satisfactory glycemic controlled group. In addition, several factors had had influencing effects on the self-controlling behaviours. These factors include: motivation, personality trait, the previous experience of high blood glucose level, the perception of the risk on surgical treatment, a family supportive, the relationship with the health care team, the context of daily living, the experience on drug efficacy and its undesirable effects, and the beliefs in self-controlling behaviour of diabetes mellitus.

The results of this study has provided the knowledge of caring for patients with NIDDM. Patients should be encouraged to understand the illness and its impacts. They should be facilitated to learn how to control their blood glucose and find the method that are compatible with their own lifestyle. The study has also provided some baseline data for the planning of the health care policy, nursing education and research. Hopefully, this could assist the diabetic patients to seek and find the most suitable way to control their blood glucose continuously.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุกัญญา โลงนาภิวัฒน์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และเป็นกำลังใจตลอดมา รวมทั้งคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ แพทย์หญิง สุวิภา รัตนชัยวงศ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิมลรัตน์ จงเจริญ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการค้นคว้าวิจัยส่วนหนึ่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหล่งข้อมูล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยเบาหวานที่ให้โอกาส สละเวลาในการให้สัมภาษณ์ และต้อนรับเป็นอย่างดีในการติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้าน ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ดำเนินไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลกระแสนิษฐ์และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ที่ให้โอกาสและสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้ศึกษาต่อในระดับปริญญาโทในครั้งนี้

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ ผู้ให้สติปัญญา ปกป้องความใฝ่รู้ พากเพียรในการศึกษา ให้ความรัก ห่วงใยซึ่งหาใครเสมอเหมือนมิได้ ขอขอบคุณที่ ๆ ทุกคนที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณ คุณอาจินต์ สงทับ และเพื่อน ๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่ บิดา มารดา คณาจารย์ และผู้ป่วยเบาหวานทุกท่าน

จิตตินันท์ พงสุวรรณ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ .....	(3)
Abstract .....	(5)
กิตติกรรมประกาศ .....	(7)
สารบัญ .....	(8)
รายการตาราง .....	(11)
รายการภาพประกอบ .....	(12)
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	4
นิยามศัพท์.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	6
แนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย.....	9
ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน.....	10
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ไม่พึ่งอินสุลิน .....	15
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน .....	21
3 วิธีการวิจัย.....	27
กลุ่มตัวอย่าง.....	27
เครื่องมือในการวิจัย.....	27



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบเครื่องมือ.....	28
การดำเนินการวิจัย.....	29
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	31
จรรยาบรรณนักวิจัย .....	33
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล .....	34
ผลการวิจัย .....	34
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง .....	34
ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย	
เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน .....	39
1. การให้ความหมายต่อโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาล	
ในเลือดสูง .....	39
2. การให้ความหมายต่อการรักษา และคำแนะนำในการ	
ปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับ	
น้ำตาลในเลือดที่ได้รับจากทีมสุขภาพ .....	49
3. การให้ความหมายต่อพฤติกรรมการควบคุม	
ระดับน้ำตาลในเลือด .....	60
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับ	
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน .....	82
การอภิปรายผล .....	101
5 สรุปและข้อเสนอแนะ .....	118
สรุปผลการวิจัย .....	118
ข้อเสนอแนะ .....	122
บรรณานุกรม .....	127
ภาคผนวก .....	138

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	139
ภาคผนวก ข ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง .....	145
ภาคผนวก ค ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธี การสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย .....	147
ประวัติผู้เขียน .....	151

รายการตาราง

ตาราง

หน้า

- 1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา  
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการเงิน สถานภาพสมรส  
และสถานภาพในครอบครัว .....35
- 2 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย  
การรักษา และภาวะสุขภาพ .....37

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ไม่พึ่งอินซูลิน .....	100

## บทที่ 1

### บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

เบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบันประชากรทั่วโลกเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานถึงร้อยละ 2.6 หรือประมาณ 120 ล้านคน (วไล, 2534: 23) ในสหรัฐอเมริกา มีผู้ที่ป่วยเป็นเบาหวานจำนวนถึง 16 ล้านคน (American Diabetes Association, 1996, Cited by Hernandez, 1996: 38) สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด (จอมจักร, 2536: 109) และเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ถึงร้อยละ 95 (สุนทร, 2539: 281) ซึ่งจากสถิติการเจ็บป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากจำนวน 9,574 คน ในปี พ.ศ. 2539 เป็น 10,732 ในปี พ.ศ. 2540 และพบจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องรับไว้รักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจาก 403 คน ในปี พ.ศ. 2535 เป็น 661 คน ในปี พ.ศ. 2539 (เวชระเบียนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2541)

ภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มสูงขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงการให้บริการการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ ผู้ป่วยเบาหวานยังต้องวนเวียนอยู่กับสถานบริการสาธารณสุข สม่ำเสมอและตลอดไป ทั้งนี้เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันจะนำไปสู่ความพิการได้ ซึ่งในแง่การจัดบริการในปัจจุบันถึงแม้จะมี การตรวจรักษาอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการให้สุศึกษาในการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นที่ยอมรับได้อย่างต่อเนื่อง (เพ็ญจันทร์ และ ลือชัย, 2537: 272) ภาวะการควบคุมโรคจึงไม่ได้สัมพันธ์กับความรู้ที่เพิ่มขึ้นแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งผลการศึกษาของ สุจิตรา, อำภพร และวลัยพร (2536: 32) ที่ศึกษาปัญหา ความรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 111 คน พบว่า ยังมีผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ 51.35 ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่สามารถยอมรับได้ ทั้งที่ผู้ป่วยเหล่านี้เคยได้รับการสอนเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมาแล้วถึงร้อยละ 74.77

การพยายามค้นหาแนวทางและวิธีการในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในระยะเวลาที่ผ่านมา ได้ปฏิบัติมาเป็นลำดับ ตั้งแต่การศึกษา ระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย (บุญทิพย์, 2528 ; สุจิตรา และคณะ, 2536 ; อติศัย, 2537) รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (กาญจนา, 2535) การศึกษาเชิงทดลอง เพื่อค้นหาวิธีการที่จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด (ธีรนนท์, 2532) ตลอดจนการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (วิลาวัล, 2539) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้และเห็นความสำคัญของการที่จะต้องปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบว่าผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้นทุกด้าน แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เคยมีพฤติกรรมควบคุมมาแล้วช่วงหนึ่งกลับไม่สามารถควบคุมได้ในช่วงต่อมา ส่งผลให้ตลอดระยะเวลาการวิจัย 6 เดือน มีจำนวนผู้ป่วยที่ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ( $HbA1c=4.4-6.4\%$ ) เพิ่มขึ้นน้อย (3 ใน 13 คน) ทั้ง ๆ ที่ก่อนเริ่มการวิจัยมีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในระดับดี ( $HbA1c = 6.5-8.0\%$ ) ถึง 4 คน

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่สามารถรับรู้ได้ว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรังนั้นสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างมาก (Herman & Greene, 1996: 234) จึงพยายามและต้องการที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ในทางการแพทย์ (Callaghan & Williams, 1994 : 133-134) ยิ่งไปกว่านั้นการมีชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะต้องเผชิญกับผลกระทบต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย (Ignatavicius, Workman & Mishler, 1995: 1863-1865) จิตสังคม (Su, Chang & Chen, 1994: 29-40; Callaghan & Williams, 1994: 135) และเศรษฐกิจ (Bloomgarden, 1996: 906) ทำให้ผู้ป่วยพยายามจัดการเพื่อจำกัดผลกระทบดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้ตนสามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้ตามปกติ (Nyhlin, 1990, Cited by Callaghan & Williams, 1994: 133) จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้ละเลยหรือหนึ่งนอกรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด ตรงกันข้ามผู้ป่วยกลับพยายามปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการควบคุมโรคให้ได้เช่นกัน แต่จากสภาพปัญหาการไม่สามารถรับผิดชอบในการจัดการเพื่อการควบคุมโรคร่วมกับทีมสุขภาพได้ดีเท่าที่ควร และการมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยเองมีความรู้ ความสามารถอยู่ในระดับที่จะทำได้ มีการศึกษาจากหลายรายงานที่ชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยจะสามารถรับผิดชอบและมีความกระตือรือร้นที่จะดูแลตนเองหรือจัดการให้มีการควบคุมโรคร่วมกับทีมสุขภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ ทั้งที่เกิดจากตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น ทักษะคิด ค่านิยม แรงจูงใจ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น

พฤติกรรมและทัศนคติของทีมสุขภาพ ครอบครัว และเพื่อนที่มีต่อผู้ป่วย ประสิทธิภาพการรักษา ความซับซ้อนของแผนการรักษา (Hussey & Gilliland, 1989: 605-606; Kyngas & Hentinen, 1995: 734; Kyngas et al., 1996: 1000) นอกจากนี้จากแนวคิดของนักการศึกษาที่ได้เสนอแนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่า การที่บุคคลจะรับรู้และจัดการกับความเจ็บป่วยของตนนั้น ขึ้นอยู่กับความเข้าใจ การให้ความหมายหรือการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ตนต้องเผชิญหรือมีประสบการณ์อยู่ (Kleinman, 1980: 72-73, 78) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถแสดงพฤติกรรมในการที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยที่ตนกำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับการให้ความหมายต่อประสบการณ์หรือความเจ็บป่วยที่ตนต้องเผชิญ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึคนึกคิด หรือการให้ความหมายต่อการแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นตัวกำหนด การศึกษาถึงความเข้าใจ ความคิด หรือการให้ความหมายต่อประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยตรง จึงเป็นการช่วยให้ทีมสุขภาพได้ทบทวนวิธีการดูแลที่ผ่านมามีความถูกต้องเหมาะสมเพียงใด อีกทั้งยังสามารถรับรู้และเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด การให้ความหมายต่อประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อันจะส่งผลให้สามารถเข้าใจถึงพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยตามปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้น ซึ่งยังไม่มีในรายงานการวิจัยใด ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาวิธีการที่จะส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถรับผิดชอบและกระตือรือร้นที่จะจัดการให้มีการควบคุมโรคร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทั้งในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่ได้ เพื่อเป็นการทำความเข้าใจถึงสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตามทัศนะของผู้ป่วย (Emic View) ทั้งในแนวลึกและแนวกว้าง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Study) ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มนี้มาเป็นความรู้พื้นฐานในการค้นหาแนวทางในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ภายใต้บริบทที่ใกล้เคียงได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายและอภิปรายประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

## คำถามการวิจัย

### คำถามหลัก

ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นอย่างไร

### คำถามรอง

1. การให้ความหมายต่อโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นอย่างไร
2. การให้ความหมายต่อการรักษาและคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับจากทีมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นอย่างไร
3. การให้ความหมายต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นอย่างไร
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีอะไรบ้าง

### กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยชนิดปรากฏการณ์วิทยาตามปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกซ์ (Hermeneutic Phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินตามสภาพความเป็นจริงที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ปรัชญาและระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา (บทที่ 2: 6-9) เป็นกรอบแนวคิดวิธีการวิจัย และใช้แนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Explanatory model of illness) ของไคลแมน (Kleinman, 1978, 1980) (บทที่ 2 : 10-11) แนวคิดเกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความหมายต่อโรคเบาหวานระดับน้ำตาลในเลือดสูง การรักษา และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับจากทีมสุขภาพ และพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลใน



เลือด ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยไม่ได้ใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวมาควบคุมการศึกษาแต่อย่างใด ทั้งนี้เพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างอย่างแท้จริง

### นิยามศัพท์

ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง พฤติกรรมและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำที่ได้รับจากทีมสุขภาพ หรือวิธีการที่ผู้ป่วยแสวงหาเอง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบและเข้าใจถึงความหมายของโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดสูงในธรรมชาติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
2. ทราบและเข้าใจถึงความหมายของการได้รับการรักษา คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากทีมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
3. ทราบและเข้าใจถึงความหมายของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
4. ทราบและเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
5. ได้ข้อมูลพื้นฐานในการค้นหาแนวทางเพื่อการปฏิบัติ การบริหารบริการพยาบาล การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
2. แนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
3. ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
4. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

### แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีจุดเริ่มต้นทางวัฒนธรรมตะวันตกในปลายศตวรรษที่ 19 โดยมีพื้นฐานความเชื่อตามกระแสของสำนักปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology or interpretativism) ที่มีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ (อากรณ, 2536: 18) ซึ่งเป็นการศึกษาที่มีแนวคิดต่างไปจากมุมมองทางวิทยาศาสตร์ คือ มุ่งเน้นการให้ความหมายและทำความเข้าใจกับการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์เฉพาะ ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิตของบุคคล มีการค้นหาสาระสำคัญ (Essences) ของปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในทุก ๆ ประเด็นว่า ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความหมายต่อบุคคลอย่างไร มากกว่าการอธิบายและทำนายเหตุการณ์ การศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นระบบของการแปลความหมายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่เป็นทั้งปรัชญาและวิธีการวิจัย (Leonard, 1989: 42; Streubert & Carpenter, 1995: 30-31) ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิดทางปรากฏการณ์นิยมเชื่อว่าความจริงแท้แน่นอนไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป ธรรมชาติหรือสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ปรากฏการณ์ทางสังคมจึงเกิดขึ้นเพราะบุคคลมีการรับรู้ ให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมตามที่บุคคลเห็นว่าเหมาะสมตามบริบทหรือสภาวะการณ์ที่ตนอาศัยอยู่ ณ เวลานั้น ๆ (อากรณ, 2535: 2-3)

ในการศึกษาปรากฏการณ์ ผู้ศึกษาจะไม่วางรูปแบบแนวคิดทางทฤษฎีหรือคาดหวังข้อคำตอบที่จะได้ไว้ล่วงหน้า แต่จะพยายามทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ยอมรับและให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้จากสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (Omery, 1983: 50, 60; Koch, 1995: 830) เพราะข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้น ๆ ผู้ที่รู้ดีที่สุดคือผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น (สมชาย, 2531, อ้างตาม อากรณ, 2535: 3) ซึ่งนักปรัชญาชาวอเมริกันได้อธิบายแนวคิดหลักของการศึกษาวิจัยด้วยวิธีการปรากฏการณ์วิทยาไว้ว่าเป็นการสืบสวนและพรรณนาโดยตรงจากปรากฏการณ์ที่ผู้ศึกษาได้ประสบอย่างตั้งใจ โดยไม่คำนึงถึงคำอธิบายทางทฤษฎีและเป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อสันนิษฐานหรือข้อสมมติเบื้องต้นที่ยังไม่มีการสืบสวน (Spiegelberg, 1965 อ้างตาม ศรีเพ็ญ, 2532: 10) ปรัชญาทางปรากฏการณ์วิทยา จึงเน้นที่ปรากฏการณ์ตามที่บุคคลจำได้ว่าเป็นความจริงเฉพาะบุคคลนั้น ๆ และเรื่องราวของสิ่งที่ปรากฏขึ้นต่อผู้ศึกษา ถือว่าเป็นความจริงตามที่สัมผัสอยู่ในขณะนั้น (Munhall & Oiler, 1986, Cited by Euswas, 1993: 41) โดยผู้ให้ข้อมูลซึ่งมักจะถูกเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคคลที่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้ดีตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา จะถูกถามให้อธิบายประสบการณ์ออกมา ผู้วิจัยก็จะนำข้อมูลที่ได้นำมาให้ความหมายภายใต้คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล โดยไม่ต้องทำการทำนายหรือพิสูจน์ตามการศึกษาเชิงปริมาณ (Parse, Coyne & Smith, 1985: 5, 15) คำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงมักจะเป็นคำถามว่าเกิดอะไรขึ้น และมีความหมายอย่างไรต่อผู้ให้ข้อมูล (Lynch-Sauer, 1985: 105) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นกระบวนการเรียนรู้และค้นหาความหมายประสบการณ์ของบุคคลผ่านการพูดคุยอย่างลึกซึ้งกับบุคคลที่มีชีวิตอยู่กับเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นวิธีการที่จะศึกษาความคิดของบุคคลต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมักจะใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในหลายวิธีเพื่อที่จะสามารถอธิบายได้ว่าปรากฏการณ์นั้นเป็นอย่างไร โดยนักวิจัยจะต้องมีสติ รู้ตัวตลอดเวลา และพยายามเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้มากที่สุด (Burns & Grove, 1993: 578)

ปรัชญาทางปรากฏการณ์วิทยาได้รับการคิดค้นและนำเสนอโดยฮัลเซิล (Husserl, 1965, Cited by Omery, 1983: 50) เป็นคนแรก และเข้ามามีบทบาทในวิชาชีพการพยาบาล ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 (Anderson, 1991: 26) ต่อมามีการพัฒนามาเป็นระยะ จนกระทั่งในยุคปัจจุบันเป็นการศึกษา เพื่อค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ (Hermeneutic Phenomenology) ซึ่งพัฒนามาจากปรัชญาของไฮเดกเกอร์ (Heidegger 1889-1976) ปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิคัล หรือไฮเดกเกอร์เรียน เป็นปรัชญาของการค้นหาเพื่อแปลความหมายหรือตีความถึงการมีชีวิตอยู่ของบุคคล อธิบายประสบการณ์ชีวิตหรือปรากฏการณ์ทางสังคมที่บุคคลประสบอยู่ในทุกวัน ค้นหาประสบการณ์ภายใต้การศึกษาว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร (Leonard, 1989: 42) เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของประสบการณ์ เป็นปรัชญาที่เน้นสังคมและภูมิหลังของบุคคล เพราะบุคคล

จะให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ ตามสภาพและอิทธิพลของภูมิหลัง (Dreyfus, 1991 & Plager, 1994, Cited by Thaniwattananon, 1995: 59) ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิกซ์ ผู้วิจัยจะต้องมีความเข้าใจในแนวคิดของความเป็นบุคคล ดังนี้ (Heidegger, 1962, Cited by Koch, 1995: 830-832; Leonard, 1989: 42-49, 1994: 45-54)

1. บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) หมายถึง เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์อยู่กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดนี้มีความหมายต่างไปจากความหมายโดยทั่วไป โดยหมายถึง สิ่งแวดล้อมทุกอย่างที่บุคคลมีประสบการณ์อยู่ ทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ การปฏิบัติ และการเผชิญอยู่กับประสบการณ์นั้น ๆ รวมทั้งภูมิหลังของบุคคล เช่น อายุ การศึกษา ตลอดจนภาษา วัฒนธรรมและการกระทำของสังคมที่สอนหรือทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด

2. บุคคลเป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่เพื่อการให้คุณค่าและความหมาย (the person as a being for whom things have significance and value) หมายถึง บุคคลให้คุณค่าหรือความหมายกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ภาษา บริบทและสถานการณ์ของแต่ละบุคคล การทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคล จึงต้องศึกษาถึงสิ่งที่เขาให้คุณค่าและความสำคัญ

3. บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่ตนได้ประสบด้วยตนเอง (the person as self-interpreting) ตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ที่อาจจะแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่น หรือความเป็นจริงตามทฤษฎีที่มีอยู่ ซึ่งการแปลความหมายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ของบุคคล ไม่ได้เกิดขึ้นจากระดับสติปัญญาเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับบริบทและภูมิหลังของบุคคลด้วย

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) หมายถึง บุคคลไม่เพียงแต่มีร่างกาย แต่ยังมีการรวมสิ่งอื่น ๆ เข้าไว้ด้วยกัน นั่นคือประสบการณ์โดยทั่วไปของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จากศักยภาพในการรับรู้การแลกเปลี่ยน และการรวบรวมความหมายของสิ่งมีชีวิตต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม (embodied) ร่วมด้วย

5. บุคคลอยู่ในช่วงเวลา (the person in time) มิติของกาลเวลาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของบุคคล ชีวิตในปัจจุบันจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากการแปลความหมายของประสบการณ์ในอดีต ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในอนาคตควบคู่ไปด้วย เช่น กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าการควบคุมอาหารเป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยให้คุณจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มาโดยตลอด และสามารถช่วยให้คุณ ไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามที่จะควบคุมอาหารต่อไป ด้วยเชื่อมั่นว่าเป็นวิธีการป้องกันตนเองจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้

ระยะต่อมา การ์ดามอร์ (Gadamer 1900-) ซึ่งเป็นนักปรัชญาอีกท่านหนึ่งที่สนับสนุนแนวคิดของไฮเดกเกอร์ จึงได้พัฒนาแนวคิดดังกล่าวต่อ โดยการ์ดามอร์ (Gadamer, 1975, Cited by Thompson, 1990: 241, 245) ได้เสนอแนวคิดที่สำคัญ คือ

1. ภาษา (language) ตามแนวคิดนี้ภาษาเป็นศูนย์กลางสำคัญที่จะสื่อให้เห็นถึงความหมายของปรากฏการณ์นั้นได้ เป็นสื่อสำคัญที่จะบอกถึงสิ่งที่อยู่ภายในและภายนอกสิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจกับรูปแบบ ความหมายในภาษาที่ผู้ให้ข้อมูลใช้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจในสิ่งที่บุคคลได้ให้ความหมายหรือมีประสบการณ์อยู่ได้

2. การทำความเข้าใจความหมาย (fusion of horizons) หมายถึง การที่จะสามารถเข้าใจได้ถึงความหมายที่บุคคลได้สื่อออกมา นั้นจะต้องมีการทำความเข้าใจกันระหว่างผู้พูดกับผู้ฟัง จนทั้งสองฝ่ายสามารถเข้าใจถึงความหมายที่สื่อออกมาได้ตรงกัน

จากแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิคซ์ ซึ่งเป็นการทำความเข้าใจในความหมายประสบการณ์ของบุคคลในปรากฏการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถนำมาเป็นแนวคิดวิธีการวิจัยประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวสามารถเอื้ออำนวยให้พยาบาลได้มีโอกาสทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมภายในที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ความคิดเห็น ตลอดจนความเชื่อต่าง ๆ ต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเข้าใจในความหมายของพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งต้องเผชิญอยู่กับความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างถาวร มีการดำเนินของโรคในลักษณะที่มีลำดับขั้นตอน ก้าวไปข้างหน้า โดยไม่สามารถหายขาดได้ ที่อาจได้รับผลกระทบที่ซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ โดยไม่สามารถแยกออกจากกัน ซึ่งมีความยากลำบากที่จะศึกษาให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ได้ ช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าใจโลกของผู้ป่วยได้มากขึ้นอันจะส่งผลให้พยาบาลสามารถจัดระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้เป็นอย่างดีอย่างแท้จริง

### แนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

แนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Explanatory model of illness) ได้พัฒนาขึ้นโดยจิตแพทย์โคลแมน ซึ่งเขาได้ศึกษาทางด้านมานุษยวิทยา (Anthropology) เพื่อพัฒนาแนวคิดที่บุคคลใช้อธิบายถึงความเจ็บป่วยของตนเอง จากการศึกษาโดยวิธีการทางมานุษยวิทยา พบว่า การที่บุคคลจะรับรู้และจัดการกับความเจ็บป่วยของเขานั้น ขึ้นอยู่กับคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคนในกลุ่มนั้น และความแตกต่างของการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ

ความเชื่อในชนบทรรมนิยมประเพณีและวัฒนธรรม บทบาททางสังคม การศึกษา อาชีพ ศาสนา ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการได้รับการดูแลสุขภาพในอดีต (Kleinman et al., 1978: 252, 256)

หากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างไปจากทัศนคติของผู้ป่วย อาจส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น ถ้าทีมสุขภาพมองว่าผู้ป่วยเป็นโรค (Disease) ซึ่งหมายถึง การมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น การรักษาก็จะมุ่งที่ตัวโรคเป็นสำคัญ ในขณะที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับความเจ็บป่วย (Illness) ซึ่งหมายถึงผลกระทบทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและบทบาทในสังคม ดังนั้นหากขาดการติดต่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และทัศนคติที่ระหว่างกันและกัน ปัญหาที่อาจจะตามมาได้ คือ ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยและครอบครัวจึงไม่พอใจในบริการที่ได้รับ และอาจมีผู้ป่วยบางคนไม่ยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา (non-compliance) (Kleinman et al., 1978: 251-252) เนื่องจากการดูแลที่ได้รับนั้นอาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นการอธิบายถึงประสบการณ์ทางจิตสังคม ความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การตอบสนองต่อโรค ผลกระทบ และการเผชิญกับโรค รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะในบริบทครอบครัว และเครือข่ายสังคม (Kleinman, 1980 : 72) แนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ช่วยให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพได้ทราบถึงความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในทางจิตสังคม สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่คาดหวังว่าแพทย์จะให้การรักษา รวมทั้งเป้าหมายที่จะได้รับการรักษาของผู้ป่วย (Kleinman et al., 1978: 256)

จะเห็นได้ว่า แนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสอดคล้องกับปรัชญาการศึกษาทางด้านปรากฏการณ์วิทยา กล่าวคือ เป็นแนวคิดที่เน้นการให้ความสำคัญกับความหมาย การอธิบายประสบการณ์ในชีวิตของการเจ็บป่วย การทำความเข้าใจกับความหมายของประสบการณ์ ผู้ป่วยจะช่วยให้สามารถเข้าใจพฤติกรรมโดยรวมของมนุษย์ได้ ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าวยังให้ความสำคัญกับความเป็นบุคคลซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างกันเช่นกัน ผู้วิจัยจึงเชื่อมั่นว่าแนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะสามารถส่งเสริมการทำความเข้าใจประสบการณ์และโครงสร้างประสบการณ์โดยรวมของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

**ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน**

**ผลกระทบทางด้านร่างกาย**

โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นความผิดปกติที่เกิดจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลิน ได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายซึ่งมีมากกว่าปกติ เนื่องจากการลดลง

ของความไวต่ออินซูลินของเนื้อเยื่อและประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจะมีรูปร่างอ้วน ซึ่งสาเหตุดังกล่าว จะส่งเสริมกันทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงกว่าปกติ (Norris, 1996: 76) และสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย (Ignatavicius et al., 1995: 1957) ผลกระทบทางด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจตามมาได้ (Nyhlín, 1990: 1021-1029; Funnell & Merritt, 1996: 785-786) ซึ่งผลกระทบที่สำคัญและพบบ่อยได้แก่

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (อภิชาติ, 2533: 98) ซึ่งเกิดได้จากการได้รับอินซูลินหรือยาฆ่าโฟนิลยูเรียในขนาดที่มากเกินไป การได้รับอาหารน้อยกว่าปกติ มีการใช้พลังงานมากโดยที่ไม่ได้รับอาหาร จำพวกคาร์โบไฮเดรตเพิ่ม การมีภาวะฮิเลคโตรลิตต์ไม่สมดุลจากการคลื่นไส้อาเจียน และการดื่มสุรา (Black & Jacob, 1993: 1798) ผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในระยะเริ่มแรก จะรู้สึกหัวอ่อนเพลีย ใจสั่น ประสาทตึงเครียด และมีเหงื่อออก แต่ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงเหลือประมาณ 45 mg% ก็จะพบอาการ ปวดศีรษะ สับสน พุงไม่ชัด พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หมดสติได้ หากเกิดภาวะนี้ขึ้นในตอนกลางคืน อาจทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด ปวดศีรษะ หลับยากหรือปลุกให้ตื่นยาก (Ignatavicius et al., 1995:1863)

2. ภาวะฮัยเปอร์กลัยซีเมีย ฮัยเปอร์ออสโมลาร์ นอนคีโตลิกโคมา (Hyperglycemia Hyperosmolar Nonketotic Coma หรือ HHNC) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดและออสโมลาลิตีในเลือดสูงขึ้นอย่างมากโดยไม่มีภาวะคีโตะสิโคลีสเกิดขึ้น โดยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 800 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์และมีออสโมลาลิตีสูงกว่า 350 มิลลิออสโมล (Ignatavicius et al., 1995:1861) มักเกิดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่เกิดภาวะนี้ จะเป็นผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งอินซูลินรายใหม่ที่เกิดภาวะนี้จากการติดเชื้อเป็นปัจจัยชักนำ สาเหตุของการไม่มีภาวะคีโตะสิโคลีสยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีบางรายงานกล่าวว่า เกิดจากการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิงเหมือนผู้ป่วยชนิดพึ่งอินซูลิน จึงไม่มีการสลายไขมัน (White & Henry, 1996 : 349-350) อาการของภาวะ HHNC จะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ โดยผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการกระหายน้ำมากและถ่ายปัสสาวะมากนํามาก่อน ต่อมาอาจพบการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว บางรายอาจชักกระตุก หรือมีภาวะหมดสติ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 10 (สาริต, 2533 : 119) แต่ไม่พบอาการหอบและกลิ่นหอมหวาน (Acetone) จากลมหายใจ (อรสา, 2536: 283)

นอกจากนั้นยังพบว่าโรคเบาหวานชนิดนี้สามารถก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังของโรคได้เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากเซลล์ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและความสามารถในการขจัดของเสียออกจากเซลล์ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเบสเอ็นที

เมมเบรนที่หนาตัวขึ้น จากการสะสมของน้ำตาลซอร์บิทอล (Sorbital) และฟรุกโตส (Fructose) ในเซลล์และระหว่างเซลล์ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนน้ำตาลกลูโคสในเลือดที่สูงเกินไป ไปเป็นน้ำตาลในรูปอื่นเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการไหลเวียนในหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microcirculation) และการไหลเวียนในหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrocirculation) (Black & Jacob, 1993: 1801) ได้แก่

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนในหลอดเลือดขนาดเล็ก (Disorders of the microcirculation) ได้แก่

1.1 การเสื่อมของจอตาจากโรคเบาหวาน (Diabetic Retinopathy) เกิดขึ้นได้จากการอุดตันของหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงจอตา ทำให้จอตาได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ และหากจอตาได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอเป็นเวลานานร่างกายก็จะสร้างหลอดเลือดและไฟบริลที่ขรุขระขึ้นมาในจอตาใหม่ ซึ่งจะคั่งรังไข่จอตาหลุดลอกได้ รวมทั้งอาจมีการเสื่อมของเม็กคิวลาร์ (Macular) ที่ช่วยในการรับภาพ ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะจอตาเสื่อมและตาบอดได้ (Ignatavicius et al., 1995: 1864) โดยจะพบว่าประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยจะมีอาการของการเสื่อมของจอตาพร้อมด้วย (Bloomgarden, 1996: 906) และร้อยละ 60 ของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยเบาหวานชนิดนี้มาเป็นเวลากว่า 20 ปี จะเกิดอาการจอตาเสื่อมได้ในระดับหนึ่ง (ADA, 1991L, Cited by Ignatavicius et al., 1995: 1864)

1.2 การเสื่อมของหน่วยไตจากโรคเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ปรากฏอาการของโรคมาเป็นเวลา 15-20 ปี (Ignatavicius et al., 1995: 1865) ซึ่งเกิดขึ้นจากหลอดเลือดฝอยของไตถูกทำลาย การเปลี่ยนแปลงของเบสเม้นท์เมมเบรนของหลอดเลือด จะทำให้มีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ (Proteinuria) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้อันดับแรกถึงภาวะไตถูกทำลาย และหลังจากมีภาวะดังกล่าวแล้ว 7-15 ปี ผู้ป่วยจะเกิดอาการการเสื่อมของหน่วยไตมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งเกิดโรคไตระยะสุดท้ายโดยที่ไม่สามารถหยุดยั้งได้ แต่สามารถชะลอได้ด้วยวิธีการพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และการตรวจการทำงานของไต (Ignatavicius et al., 1995: 865)

1.3 การเสื่อมหน้าที่ของระบบประสาทจากโรคเบาหวาน (Diabetic Neuropathy) เป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือคงอยู่อย่างถาวร (Black & Jacobs, 1993: 1801) ได้ จากผลของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากสามารถส่งผลให้เกิดความผิดปกติขึ้นกับหลอดเลือดที่มาเลี้ยงเซลล์ประสาท ทำให้เซลล์ประสาทได้รับอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดการตายของเซลล์ประสาทบางส่วนขึ้น สำหรับเซลล์ประสาทที่เหลือก็ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะพบว่าการทำหน้าที่ในการนำกระแสประสาท (Nerve Conduction) ของเซลล์



ประสาทจะช้าลง ซึ่งความผิดปกติดังกล่าว จะเกิดขึ้นได้ทั้งกับเซลล์ประสาทส่วนปลาย เซลล์ประสาทอัตโนมัติ และเซลล์ประสาทส่วนกลาง ซึ่งจากการศึกษาของโรเชสเตอร์และมินเนสโซต้า (Rochester & Minnesota, Cited in Herman & Greene, 1996: 257) พบว่า ร้อยละ 59 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะเกิดการเสื่อมหน้าที่ของระบบประสาทได้ โดยอัตราการเกิดและความรุนแรงของอาการดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเจ็บป่วย การเสื่อมหน้าที่ของเซลล์ประสาทส่วนปลาย จะสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการต่าง ๆ ได้แก่ ปวดแสบปวดร้อน หรือปวดแบบนำร้าวจากไขสันหลังขนาดเล็กเสื่อม ซึ่งอาการปวดจะลดน้อยลงในเวลากลางคืน ผู้ป่วยอาจเกิดอาการนอนไม่หลับ นอกจากนั้นการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลงได้ หรืออาจเกิดอาการชาในบริเวณแขนขา ส่วนล่าง ประกอบกับการเกิดความผิดปกติบริเวณเท้า (Charcot's joint) จากไขสันหลังขนาดใหญ่เสื่อมร่วมด้วย ทำให้มีโอกาสดังกล่าวหรือบาดเจ็บได้ง่าย และเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการตัดขาได้มากกว่าคนทั่วไป 15-20 เท่า (Herman & Greene, 1996: 259-260) การเสื่อมหน้าที่ของเซลล์ประสาทอัตโนมัติ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของม่านตา ผู้ป่วยมักจะมีม่านตาเล็กและมีแนวโน้มที่จะปรับตัวได้ยากเมื่อเข้าไปในที่มืด การเต้นของหัวใจผิดปกติ หวหวั โดยพบว่าอัตราการเต้นจะลดลง ความดันโลหิตจะต่ำลง และหากการทำหน้าที่ของไขสันหลังในระบบย่อยอาหารมีความผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและคลื่นไส้อาเจียน และอาจพบการอุดตันของกระเพาะอาหารได้ อาจมีอาการท้องผูก หรือถ่ายเหลว นอกจากนั้นยังพบความผิดปกติของอวัยวะไม่แข็งแรงในตัวในเพศชาย ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ สำหรับการเสื่อมหน้าที่ของเซลล์ประสาทส่วนกลาง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหนังตาตก ปวดหัว ปวดเข่าตา เห็นภาพซ้อน การรับรู้ความรู้สึกบริเวณผิวหนังและขาเสียไป (Herman & Greene, 1996: 262-272)

2. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนในหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Disorders of the macrocirculation) มี 3 ชนิดใหญ่ ๆ (Ignatavicius et al., 1995: 1865-1864) คือ

2.1 โรคของหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular Disease) เกิดได้จากการเกิดการแข็งตัว (Atherosclerosis) ของหลอดเลือดใหญ่โคโรนารี ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) (King & Kosinski, 1995: 1262) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Ignatavicius et al., 1995: 1864) และภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (Congestive Heart Failure) ซึ่งจะมีอาการรุนแรงกว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่เกิดในคนทั่วไป (King & Kosinski, 1995: 1262) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่า 2-4 เท่า ของคนทั่วไป (Cowell, 1996: S88) และเป็นสาเหตุการตายที่พบได้ถึงประมาณ

ร้อยละ 40-60 (Vinicor, 1996: 283) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Ignatavicius et al., 1995: 1864)

2.2 โรคของหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) เกิดขึ้นได้ทั้งจากสาเหตุของการแข็งตัวของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและการมีความดันโลหิตสูง (Ignatavicius et al., 1995: 1864) การแข็งตัวของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง จะทำให้สมองขาดเลือดและมีการตายของเยื่อหุ้มหลอดเลือด ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการอุดตันจากลิ่มเลือด (Thrombosis) มีการละลายตัวของลิ่มเลือดหลุดลอยไปตามกระแสโลหิต (Embolism) (Adams, 1991, Cited by Ignatavicius et al., 1995: 1864) และจะส่งผลให้เกิดการอุดตันเส้นเลือดอื่น ๆ ในสมองเพิ่มมากขึ้น

2.3 โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Vascular Disease) เกิดขึ้นได้จากการแข็งตัวของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อในส่วนปลาย ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อในส่วนปลายได้เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการของตะคริวสลับกับการเจ็บปวดบริเวณขาและน่อง อาการปวดขาและน่องจะมีมากขึ้นเมื่อออกกำลังกายและจะลดลงเมื่อได้พัก การเกิดโรคของหลอดเลือดส่วนปลายจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้สูง 10-20 เท่าของคนทั่วไป และจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยถูกตัดอวัยวะ (Amputation) ในที่สุด (Ignatavicius et al., 1995: 1864)

นอกจากนั้นการป่วยเป็นโรคเบาหวานยังสามารถทำให้ประสิทธิภาพภูมิคุ้มกันต้านทานเชื้อโรคของผู้ป่วยลดน้อยลง จากการศึกษาที่ได้รับผลกระทบโดยการได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ประกอบกับผลจากความผิดปกติของปลายประสาทที่สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้การบาดเจ็บและการอักเสบได้ลดลง ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดบาดแผล และติดเชื้อได้ง่าย (Coleman, 1996: 315-316)

#### ผลกระทบทางด้านจิตสังคม

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่เพียงแต่จะสามารถส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายแต่สามารถส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตสังคมได้ในลักษณะต่างๆเช่น ในการศึกษาของนิวลิน (Nyhlén, 1990: 1021-1029) ที่ศึกษาถึงกลวิธีในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นเวลายาวนานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เกิดภาวะแทรกซ้อนของตา จำนวน 14 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายกับการมีชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานว่า ชีวิตคนจะต้องเผชิญอยู่กับความไม่แน่นอนของพยากรณ์ของโรคตลอดเวลา เช่นเดียวกับที่ บุญจันทร์ วัลลา และกอบชัย (2535: 14-15) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความผาสุกในชีวิต และการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าและไม่เข้าโครงการให้ความรู้ กับผู้ป่วยกลุ่มละ 36 คน พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมไม่แตกต่างกัน การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจึงสามารถก่อให้เกิด

ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตได้มาโดยตลอด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างเป็นระบบแล้วก็ตาม

นอกจากนั้นในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ มักพบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มอื่น ๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลง และต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบมากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเผชิญปัญหา แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ (Funnell & Merritt, 1996: 786) แต่ผลการศึกษาลินน์และคณะ (Linn et al., Cited in Funnell & Merritt, 1996: 785) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมักจะยอมรับการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างโรคเบาหวานว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ และส่วนน้อยจะรับรู้ว่ามีปัญหาในการปฏิบัติตามคำแนะนำ

#### ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุใน ปี ค.ศ. 1981 เพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ของวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากสาเหตุประการหนึ่ง คือ โรคเรื้อรัง และพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน ทั้งที่เป็นค่าตรวจรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลสุขภาพที่บ้านสูงถึง 85.7 ล้านดอลลาร์ ซึ่งสูงกว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในวัยเดียวกันที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 50 ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเบาหวานมักเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยและนานกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน (Funnell & Merritt, 1996 : 786-787) โดยผู้ป่วยเบาหวานจะต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลถึงคนละ 11,158 ดอลลาร์ต่อปี ซึ่งมากกว่าคนทั่วไปถึง 8,558 ดอลลาร์ต่อคนต่อปี (Bloomgarden, 1996 : 906) สำหรับในไทยยังไม่มีมีการสำรวจค่ารักษาพยาบาลเฉพาะโรคเบาหวาน แต่จากการศึกษาของวิลาวัล (2539: 85) ที่ศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า การเป็นเบาหวานทำให้ผู้ป่วยต้องจัดสรรเงินไว้เป็นค่ารักษาพยาบาลด้วยเช่นกัน

#### การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงปกตินั้นสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว (Keen, 1993, Cited by Coates, 1994: 263) เพราะการมีระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จะสามารถช่วยป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (Coates, 1994: 263) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะสามารถ

ปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการใช้ยา (Ignatavicius et al., 1995: 1876)

### การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินถึงร้อยละ 12 ที่สามารถควบคุมโรคหรือระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอย่างดี โดยวิธีการควบคุมอาหารหรือโภชนาบำบัดเพียงอย่างเดียว (Bloomgarden, 1996: 906) การควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันใช้วิธีการควบคุมปริมาณพลังงานและชนิดสัดส่วนของสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับต่อวัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอและมีน้ำหนักของร่างกายตามที่ควรจะเป็น (Ideal Body Weight) (ADA Position Statement, 1996: S16) ปริมาณพลังงานของอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับจะต้องสมดุลกับแรงงานหรือกิจกรรมในแต่ละวัน ซึ่งสามารถคำนวณหาได้จากการหาดัชนีมวลร่างกาย (Body Mass Index) และความต้องการในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน

การควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2539ข: 35-37) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้การเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตกลับคืนสู่ปกติระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำหลักการและข้อเสนอแนะด้านโภชนาการไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน โดยได้กำหนดหลักการเลือกอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือ จะต้องมีความเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีการกระจายตัวของสารอาหารในรูปคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-60 โปรตีนร้อยละ 12-15 และไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของปริมาณพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน โดยรับประทานไขมันชนิดอิ่มตัวไม่ควรเกินร้อยละ 10 ของปริมาณพลังงานจากไขมันทั้งหมด ผู้ป่วยควรเลือกอาหารที่มีปริมาณวิตามินและเกลือแร่ที่เพียงพอ และจะต้องให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย แต่ในระยะที่ผ่านมาจากการศึกษาของกาญจนา (2535: 53-59) ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารอยู่ในระดับพอใช้เท่านั้น โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าการควบคุมอาหารเป็นเรื่องยุ่งยาก ก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายและตนเองไม่ทราบวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องจึงไม่สามารถปฏิบัติได้ ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาของเพ็ญจันทร์ และลือชัย (2537: 277) ถึงสถานการณ์ชีวิตและพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีความรู้ความสามารถในการแยกแยะอาหารที่สัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด แต่แบบแผนการรับประทานที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ผู้ป่วยเบาหวานจึงมักจะไม่สามารถปฏิบัติการควบคุมตามคำแนะนำได้อย่าง

ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานบางรายงาน พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณได้ปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านั้นแล้ว เช่น การศึกษาของเฮนตินิน และคิงกาส (Hentinen & Kyngas, 1992: 530-536) ที่ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพของวัยรุ่นเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่เจ็บป่วยมาเป็นเวลามากกว่า 5 ปี จำนวน 47 คน แล้วนำผลการรับรู้ที่ได้มาเปรียบเทียบกับค่า HbA1c พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ถึงระดับการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพครั้งนี้ คือ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณสามารถปฏิบัติได้ดี ประมาณครึ่งหนึ่งรับรู้ว่าคุณปฏิบัติได้ดีพอควร มีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่รับรู้ว่าคุณไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี ร้อยละ 63 มีค่า HbA1c อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ส่วนอีกร้อยละ 37 อยู่ในระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยจึงยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นที่ยอมรับได้

#### การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จะมีการใช้กลูโคสที่กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับคนปกติ แต่ระดับอินซูลินในพลาสมาจะไม่ลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ ดังนั้นจึงยังคงผลิตกลูโคสออกมาในระดับปกติ ดังนั้นการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจึงทำให้อัตราการใช้กลูโคสที่อวัยวะส่วนปลายสูงกว่าการผลิตกลูโคสที่ตับระดับน้ำตาลในเลือดจึงลดลง (Goodyear & Smith, 1994: 453) นอกจากนี้ การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้ยังทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ในระดับเนื้อเยื่อได้ดีขึ้น (Ignatavicius et al., 1995: 1892) จึงเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรควบคุมอาหารและใช้ยาให้ถูกต้อง ควบคู่กับการออกกำลังกายที่เหมาะสมร่วมด้วยเสมอ (ADA Position Statement, 1996: S30)

การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 20-45 นาที ซึ่งจะต้องให้แรงพองานชีพจรเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 50-70 และจะต้องมีทั้ง 3 ระยะ คือ จะต้องอุ่นเครื่อง (Warm-up) ก่อนออกกำลังกาย และเมื่อออกกำลังกายเสร็จแล้วจะต้องมีระยะผ่อนคลาย (Cool-down) (ADA Position Statement, 1996: S30) ซึ่งจากการศึกษาของอูระนิและคณะ (2536: 179-185) ที่ศึกษาถึงความแตกต่างของค่าปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 60 คน โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองออกกำลังกายแบบแอโรบิคในกิจกรรมที่กลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ก่อนออกกำลังกาย

ผู้ป่วยจะต้องอุ่นเครื่อง 5 นาที แล้วถือออกอกกำลังกายตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ ด้วยความแรงและเร็วจนชีพจรเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 นาน 20 นาที และเมื่อออกกำลังกายเสร็จแล้วผู้ป่วยก็ค่อย ๆ ลดความแรงลงมาอยู่ในระยะผ่อนคลายนาน 5 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 16 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง และจำนวนของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีจำนวนมากขึ้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเคยได้รับการส่งเสริม การรับรู้ และเคยปฏิบัติการออกกำลังกายที่สามารถช่วยส่งเสริมให้ตนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยได้ให้เหตุผลของการไม่ปฏิบัติในบางช่วงที่แตกต่างกัน เช่น รู้สึกเกียจคร้าน ไม่ได้พักผ่อน (วิลาวด์, 2539: 89) ผู้ป่วยจึงยังไม่สามารถใช้วิธีการออกกำลังกายในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเต็มที่

#### การจัดการกับความเครียด

การมีชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะต้องจัดการหรือปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันเสียใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อีกทั้งยังต้องเผชิญอยู่กับผลกระทบต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว รู้สึกว่าตนขาดอิสระ และคุณค่าในตนเองลดลง (Lundman, Asplund & Norberg, 1990: 255-262) นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต หรือหลอดเลือดใหญ่ จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว (Lloyd et al., 1992: 166) และจากการศึกษาถึงการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 99 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในหลายเรื่อง โดยวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากที่สุด นอกจากนี้จะเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับ การที่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ การถ่ายทอดโรคทางพันธุกรรม ความไม่แน่นอนของค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำหรือสูงมาก และการที่ไม่สามารถพยากรณ์โรคได้แน่นอน (Su et al., 1994: 29-40)

ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า และความเครียดอย่างเรื้อรัง มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเลวลง (Peyrot & McMurry, 1992: 842-846) เนื่องจากมีการหลั่งแคทีโกลามีนและคอร์ติซอลสูงขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น โดยกระบวนการ ไกลโคลิซิส (Glycogenolysis) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรู้จักวิธีลดความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจากการศึกษาในระยะที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยได้พยายามปรับตัวในการเผชิญกับความเครียดเพื่อให้ตนเผชิญอยู่กับโรคและความเจ็บป่วยต่อไปได้อย่างเป็น

ปกคิตตามอัฒภาพ ซึ่งพบในการศึกษาของวิกเบลค ไวบิล และมอนติน (Wikblad, Wibell & Montin, 1990: 1083-1091) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 50 คน ซึ่งส่วนใหญ่มีค่า HbA1c อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุงกับพยาบาลที่ดูแล จำนวน 28 คน พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อโรคในทางลบน้อยกว่าพยาบาล ในขณะที่เดียวกัน ลันด์แมน และคณะ (Lundman et al., 1990: 255-262) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 2 ปี และส่วนใหญ่มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควรปรับปรุงจำนวน 192 คน พบว่า มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่รับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานทำให้พวกเขาเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยดังกล่าวสามารถทำให้พวกเขามีชีวิตที่ดีกว่า กล่าวคือได้ดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารและมีพัฒนาการทางด้านจิตใจที่ดีกว่า จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยพยายามคิดหาวิธีการคลายเครียดที่เหมาะสมกับคนเพื่อให้เผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยได้ต่อไป

#### การใช้ยา

การใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินนั้นจะใช้เมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด (Ignatavicius et al., 1995: 1876) ยาที่ใช้ลดระดับน้ำตาลในเลือดมี 2 ประเภท คือ ยามีผลลดน้ำตาลและอินซูลิน การจะเลือกใช้ยาประเภทใดนั้น ขึ้นอยู่กับภาวะความรุนแรงของโรคเบาหวาน ตลอดจนโรคอื่น ๆ ที่มีอยู่ร่วมด้วย (วัลลา และอดิสัย, 2536: 259)

1. ยามีผลลดน้ำตาล (Oral Hypoglycemic Agents) ที่มีใช้ในประเทศไทยมีอยู่ 3 กลุ่ม คือ ซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylureas) ไบควัวไนด์ (Biguanides) และแอลฟา-กลูโคซิเดส อินฮิบิเตอร์ (Alpha-glucosidase inhibitor) (โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคม, 2539ก: 6)

1.1 ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurease) เช่น คลอโพรพามาไมด์ (Chlorpropamide) มีฤทธิ์ในการลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยกระตุ้นเบต้าเซลล์ของตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมามากขึ้น และยังช่วยให้อินซูลินที่หลั่งออกมานั้นสามารถออกฤทธิ์ในระดับเนื้อเยื่อได้ดีขึ้นด้วย ยากลุ่มนี้จะมีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 250 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เพราะการมีระดับน้ำตาลในเลือดในระดับนี้จะส่งผลทำให้เบต้าเซลล์เสื่อมลงอย่างมาก การใช้ยากลุ่มนี้จึงไม่ได้ผล (Ignatavicius et al., 1995 : 1877) นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่มีโรคตับและโรคไตร่วมด้วยก็ไม่สามารถใช้ยากลุ่มนี้ได้ เนื่องจากส่วนใหญ่ยากลุ่มนี้จะถูกเผาผลาญ (Metabolite) ที่ตับและขับออกทางไต ผลข้างเคียงที่พบได้ของยากลุ่มนี้คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ ผื่นที่ผิวหนัง คลื่นไส้อาเจียน (โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคม, 2539ก: 8)

1.2 ยากลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanides) ที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ได้มีเพียงตัวเดียว คือ เมทฟอร์มิน (Metformin) ซึ่งมีฤทธิ์ในการลดระดับน้ำตาลในเลือดโดย ทำให้การดูดซึมกลูโคสจากทางเดินอาหารลดลง ยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับ และทำให้การใช้กลูโคสของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น จึงมักใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ใช้ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียในขนาดเต็มที่แล้วยังไม่ได้ผล โดยให้ควบคู่กันไป (โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคม, 2539ก: 11-12) ผลข้างเคียงที่พบได้ของยากลุ่มนี้ คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง หรือท้องเสีย ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดอาการดังกล่าวผู้ป่วยจึงควรรับประทานยาพร้อมอาหารทุกครั้ง (วัลลาและอคิสัย, 2536: 261)

1.3 ยากลุ่มแอลฟา-กลูโคซิเดสอินฮิบิเตอร์ (Alpha-glucosidase inhibitor) ที่มีใช้ในประเทศไทยขณะนี้ก็มีเพียงตัวเดียว คือ อะคาบอส (Acarbose) มีฤทธิ์ในการยับยั้งเอนไซม์ แอลฟา-กลูโคซิเดส (Alpha-glucosidase) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สำคัญต่อการย่อยสารอาหารประเภทแป้ง เดกตริน (Dextrins) มัลโตส (maltose) และซูโครส (Sucrose) ให้เป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว จึงสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้ ยากลุ่มนี้เป็นยาที่มีฤทธิ์อ่อน แต่ส่วนใหญ่จะได้ผลคือต่อการลดระดับน้ำตาลหลังอาหาร ผลข้างเคียงที่พบได้ คือ ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย (โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคม, 2539ก: 12-13)

2. อินซูลิน ที่มีใช้ในประเทศไทยขณะนี้ มี 3 ชนิด คือ อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น (5-8 ชั่วโมง) ชนิดออกฤทธิ์ยาวปานกลาง (18-24 ชั่วโมง) และชนิดผสม ซึ่งเป็นอินซูลินที่ได้รับการผสมระหว่างอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้นและชนิดออกฤทธิ์ระยะยาวปานกลาง เข้าด้วยกัน อินซูลินชนิดนี้จะออกฤทธิ์ได้เร็วเหมือนอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น แต่จะมีฤทธิ์อยู่นานเหมือนอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ยาวปานกลาง ซึ่งในอนาคตอินซูลินชนิดนี้จะมีใช้มากขึ้น (โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคม, 2539ก: 16-17) การใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยวิธีอื่นหรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเครียดอย่างรุนแรง เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การติดเชื้อและการแพ้อินซูลิน (วัลลาและอคิสัย, 2536: 261)

ถึงแม้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการใช้ยาเป็นวิธีการที่จะสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในระยะที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้และความเชื่อในลักษณะที่การใช้ยาในระยะเวลานาน ๆ สามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ารับประทานยาตามแผนการรักษา (ภาวนา, 2537: 60; Hussey & Gilliland, 1989: 606) ได้เช่นกัน



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

การปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมที่สำคัญ ๆ ได้แก่

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ต่างกันสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่างกัน

การรับรู้ว่าโรครักษาหายขาด/ไม่หายขาด การรับรู้ว่าโรครักษาหายขาด สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ใน 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยบางกลุ่มจะพยายามรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะแรก ๆ แต่เมื่ออาการของโรคทุเลาลงจนไม่มีอาการใด ๆ ของโรคผู้ป่วยซึ่งรับรู้และเข้าใจว่าตนหายขาดจากโรคแล้วก็จะหยุดรับประทานยาเอง (ปทุมพรรณ, 2535: 37) ในขณะที่บางกลุ่มจะเริ่มแสวงหาและทดลองรักษาโรคด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากการรักษาแผนปัจจุบันที่ตนกำลังได้รับควบคุมไป ด้วยซึ่งบางรายได้ทดสอบประสิทธิภาพของยาด้วยการหยุดรับประทานยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย แต่เมื่อสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ได้ว่าไม่มีวิธีการใดสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ผู้ป่วยก็จะยึดการรักษาแผนปัจจุบันเป็นหลัก (ภาวนา, 2537: 62) สำหรับการรับรู้ว่าโรครักษาไม่หายขาด บางรายงาน พบว่าผู้ป่วยจะพยายามรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (ปทุมพรรณ, 2535: 37) ในขณะที่บางรายงานพบว่า การรับรู้ในลักษณะดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองใน 3 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สวนทางกับคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เนื่องจากคิดว่าโรคเบาหวานเป็นโรคอันตรายร้ายแรง เป็นความผิดปกติที่ไม่สามารถขจัดออกไปได้ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ หหมดความหวังที่จะรักษาโรคต่อไป ทำให้พยายามใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ตามความพอใจของตน ในขณะที่บางรายพยายามปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัดอย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยบางรายพยายามแสวงหาการรักษาวิธีอื่นเช่นกัน (ภาวนา, 2537: 61-62)

การรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองหรือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งผลการศึกษาของ ภาวนา (2537: 64) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงอันตรายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจะพยายามหาวิธีการป้องกันหรือมีการตรวจสุขภาพในเรื่องนั้น ๆ มากกว่าผู้ที่ไม่ตระหนักถึง เช่นเดียวกับ เยาวลักษณ์ และคณะ (2538: 44-47) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงอายุ จำนวน 12 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการรับรู้ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่ยังสูงหรือสูงขึ้น และการที่โรครักษาไม่หายขาดและจะต้องมารับการตรวจรักษาตลอดชีวิตจะมีส่วนกำหนดพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าโรคมีความรุนแรงจะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในด้านการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะการรับประทานอาหารรสหวาน พบว่าผู้ป่วยบางรายสามารถลด การรับประทานอาหารรสหวาน ได้ทันที

2. บริบทการดำเนินชีวิต บริบทการดำเนินชีวิตทั้งลักษณะอาชีพ และสถานการณ์ชีวิต เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ลักษณะของอาชีพที่ต่างกัน อาจจะมีการใช้พลังงาน แตกต่างกันในแต่ละวัน อาชีพจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมได้ ซึ่งจากการศึกษาที่ ผ่านมา พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยอุปสรรคที่สามารถส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดเตรียมอาหาร รับประทานได้ ขณะเดียวกันผู้ป่วยอาจต้องปรับเปลี่ยนเวลาอาหารตามเวลาที่ต้องรับผิดชอบงาน รวมทั้งปริมาณงานในแต่ละวัน โดยจะต้องรีบเร่งทำงานให้เสร็จแม้ว่าจะต้องรับประทานอาหารเช้า กว่าปกติก็ตาม ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารตามเวลาที่กำหนดควบคุมไปได้ด้วย และการไม่มีเวลาอาหารที่แน่นอนทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารจุกจิกเพิ่มขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ ปริมาณการใช้พลังงานที่ไม่แน่นอนในแต่ละช่วงของการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถ รับประทานอาหารได้ตามปริมาณการใช้พลังงานในแต่ละช่วงที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ การงาน ยิ่งไปกว่านั้น การประกอบอาชีพบางอาชีพผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทั้งจาก เพื่อนร่วมงาน ถูกจ้าง ทำให้เกิดความเครียดอยู่เป็นประจำ แบบแผนการดำเนินชีวิตในลักษณะ ดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการควบคุมอาหาร การจัดเวลาในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมความเครียด ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง (ภาวนา, 2537: 55-57) เช่นเดียวกับวัลลา (2540: 150) ที่ศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่อินสุลิน พบว่า ผู้ป่วยที่ ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน หรือกำลังศึกษาและใช้ชีวิตอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็น สังคมเมืองหลวงที่มีประชากรแออัดและปัญหาการจราจร ส่งผลให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมี ลักษณะรีบเร่ง ผู้ป่วยจึงพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องการควบคุมอาหาร การ บริหารอินสุลิน และการออกกำลังกายได้ยาก

อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาของกาญจนา (2535: ข, 62) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารใน ผู้ป่วยเบาหวานที่ส่วนใหญ่มีอาชีพที่ใช้แรงงานน้อย เช่น งานบ้าน ค่าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่ที่บ้าน พบว่าลักษณะอาชีพดังกล่าวไม่สามารถส่งผลต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของ ผู้ป่วย สำหรับสถานการณ์ในชีวิต จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สถานการณ์ในชีวิตบางสถานการณ์ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยปรับตัวกับความเครียดได้ลำบากขึ้น และอาจ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่สามารถส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นได้ (ภาวนา, 2537: 58-59)

บริบทการดำเนินชีวิตจึงอาจเป็นไปได้ทั้งปัจจัยอุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

3. แรงจูงใจ ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจ จะมีเป้าหมายในการพยายามปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและตระหนักถึงความสามารถของตนในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว แรงจูงใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการใช้ความพยายามในการปรับเปลี่ยนระบบและวิธีการปฏิบัติของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงความพยายามในการปฏิบัติการควบคุมได้อย่างต่อเนื่อง อดทนต่อความยากลำบาก และความไม่พึงพอใจต่าง ๆ ตลอดจนสามารถจัดการหรือเอาชนะปัจจัยที่เป็นอุปสรรคได้ ซึ่งจากการศึกษาหลายรายงานที่ผ่านมา พบว่า เมื่อมีแรงจูงใจผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ปทุมพรรณ, 2535: 31-32; เยาวลักษณ์ และคณะ, 2538: 35-36; วัลลา, 2540 : 144-147)

4. บุคลิกส่วนตัว บุคลิกส่วนตัวหรือนิสัยประจำตัว เป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เป็นได้ทั้งปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมและเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติการควบคุม กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีบุคลิกหรือลักษณะนิสัยประจำตัวที่เกี่ยวกับสภาพจิตใจที่เข้มแข็งในการควบคุมตนเองเพื่อปฏิบัติกิจกรรมการควบคุม จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจที่ไม่อดทนไม่เข้มแข็งในการควบคุมตนเอง มักจะไม่สามารถปฏิบัติการควบคุมได้ตามเป้าหมาย (ภาวนา, 2537: 67)

5. ข้อจำกัดจากภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมาเป็นเวลานาน มักจะมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรค เช่น จอตาพิการ ระบบประสาทเสื่อมหน้าที่ โรคของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการพยายามปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากผู้ป่วยมักต้องใช้เวลาพยายามในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าอยู่เป็นประจำ นอกจากนั้นความเจ็บป่วยจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากโรคเบาหวาน เช่น มีไข้ ปวดเข่า สุขภาพฟันไม่ดี ก็สามารถทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เช่นกัน (ภาวนา, 2537: 67) ข้อจำกัดจากภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่อาจก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

6. ระบบครอบครัว ระบบครอบครัวและการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่พบว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งในลักษณะของการสนับสนุนที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติการควบคุม และความรัก ความผูกพันที่เป็นอุปสรรคต่อการพยายามปฏิบัติการควบคุมของผู้ป่วย เช่น ผลการศึกษาของภาวนา (2537: 68-70) ที่ศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด พบ

ว่า พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวจะมีทั้งในลักษณะของการช่วยเหลือในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการเกิดบาดแผล และการไม่ยุ่งเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ตลอดจนมีการให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่ต้องควบคุม ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติการควบคุมมักจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น (Kyngas & Hentinen, 1995: 732) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของเฮนตินเนนและคิงกาส (Hentinen & Kyngas, 1996: 331) ที่ศึกษาการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของวัยรุ่นเบาหวาน จำนวน 51 คน พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยที่ศึกษาร้อยละ 38 จะไม่ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากพ่อแม่ แต่ร้อยละ 84 มีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ และมีระดับน้ำตาลในเลือด (GHB) อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนจากระบบครอบครัว จึงอาจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญมากนักสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มนี้ ทั้งนี้เพราะการปฏิบัติการควบคุมขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านบุคคล (กาญจนา, 2535: 60)

7. ระบบบริการสุขภาพ จากการศึกษาหลายรายงานที่ผ่านมา พบว่า ระบบบริการสุขภาพซึ่งรวมถึงบทบาทของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ได้ทั้งในลักษณะที่ช่วยเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการควบคุมและพึ่งตนเองได้ และสัมพันธภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการพยายามปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว โดยพบว่าระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ที่ทีมสุขภาพสามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered) ในการดูแลสนใจเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วยการตรวจร่างกายอย่างละเอียด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและแผนการรักษาทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ เป็นลักษณะสัมพันธภาพที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ สนใจและเอาใจใส่ตนเองและสามารถปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากขึ้น (วิธลา, 2540: 152) เช่นเดียวกับวิธลาวัล (2539: 112) ที่ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ การสนใจ เอาใจใส่ผู้ป่วยด้วยการสะท้อนผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานบางคนยังได้รับการดูแลในลักษณะที่ทีมสุขภาพหรือผู้ดูแลเป็นผู้สั่งการ ควบคุม กำกับการปฏิบัติการควบคุมของผู้ป่วยและดำเนินเมื่อไม่ให้ผลดีตามที่ผู้ดูแลต้องการ ซึ่งเป็นการทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจที่จะใช้ความพยายามในการเรียนรู้และปรับปรุงการควบคุมให้ดีขึ้นได้ เช่นเดียวกับที่คิงกาสและเฮนตินเนน (Kyngas & Hentinen, 1995: 729-736) ศึกษาเปรียบเทียบถึงการให้ความหมายต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของ

ทีมสุขภาพกับการดูแลตนเองของวัยรุ่นเบาหวาน จำนวน 51 คน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้บ้าง (Conscious non-compliance) และกลุ่มที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้เลย (Non-compliance) ระบุว่าผู้ที่ตนไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เพราะไม่มีใครเข้าใจพวกตน ทีมสุขภาพไม่สนใจในความเป็นบุคคลและสิทธิของตนเท่าที่ควร ตรงกันข้ามทีมสุขภาพมักจะสนใจโรคและมองว่าจะต้องทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมและหากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ทีมสุขภาพจะตอบสนองผู้ป่วยทางลบ นอกจากนี้การตำหนิของทีมสุขภาพหรือสัมพันธ์ภาพที่ผู้ป่วยไม่สามารถเปิดเผยปัญหาของตนได้ สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยบางราย พยายามค้นหาวิธีการป้องกันการถูกตำหนิด้วยวิธีการที่สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเฉพาะหน้าได้ (วัตลา, 2540: 152) ในขณะที่ วิคเบลค (Wikblad, 1991: 837-844) ได้ศึกษาถึงมุมมองเกี่ยวกับการได้รับการดูแลและคำแนะนำจากทีมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่มีอายุเฉลี่ย 36 ปี และเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมาเป็นเวลาเฉลี่ย 21 ปี จำนวน 55 คน ซึ่งส่วนใหญ่มีค่าของระดับน้ำตาลในเม็ดเลือดแดง (HbA1c) อยู่ในระดับพอใช้และควรปรับปรุง พบว่าผู้ป่วยมองว่าการให้การดูแลและคำแนะนำของทีมสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับระดับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย กล่าวคือทีมจะยกย่องผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่เป็นที่ยอมรับได้ว่า เป็นผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี และไม่ต้องการข้อมูลใด ๆ อีก แต่จะเน้นให้คำแนะนำกับผู้ป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือไม่สามารถควบคุมโรคได้ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้มองว่าตนได้รับการดูแลไม่ตรงตามความต้องการและไม่ได้รับความสนใจจากทีม โดยทีมมักจะให้คำแนะนำเป็นจำนวนมากในครั้งเดียว ทำให้ตนไม่สามารถปฏิบัติได้

นอกจากนั้น รายงานการวิจัยบางรายงาน ยังพบว่า ระบบบริการสุขภาพยังคงขาดพยาบาลที่มีความสามารถเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้เพราะระบบบริหารงานไม่ได้เอื้ออำนวยให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานได้พัฒนาความสามารถและความเชี่ยวชาญพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้ในระดับที่ต้องการ อีกทั้งพยาบาลยังขาดแรงจูงใจที่จะพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้และขาดความรู้ลึกซึ้งที่พัฒนาคุณภาพงานที่รับผิดชอบ เนื่องจากไม่ใช่งานในความรับผิดชอบโดยตรง เพราะลักษณะงานยังเป็นการผลิตเปลี่ยนกันรับผิดชอบ (ภาวนา, 2537: 74) พยาบาลจึงมีบทบาทในการส่งเสริมการปฏิบัติควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าที่ควร

8. ภาวะเศรษฐกิจ มีผลอย่างมากต่อความสามารถในการคงไว้ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งต้องการการดูแลทั้งในด้านร่างกายที่เกี่ยวกับสุขภาพที่เสื่อมถอยลง และคำรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ซึ่งจากการศึกษาหลายรายงานพบว่า ปัญหาเศรษฐกิจสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำ

ตาลในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ เช่น การศึกษาของเพ็ญจันทร์ และลือชัย (2537: 278) ที่ศึกษาสถานการณ์ชีวิตและพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางสถานเศรษฐกิจ ก็จะไม่สามารถจัดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมได้ โดยผู้ป่วยจะมองว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่รื้อได้ แต่สิ่งสำคัญยิ่งกว่า คือ การอยู่รอดของตนและสมาชิกในครอบครัว ปัญหาสุขภาพจึงมักไม่ได้รับหรือได้รับการแก้ไขที่ไม่เหมาะสม เช่นเดียวกับที่ ถาวนา (2537: 57) ศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด พบว่า ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย คือภาวะภายในครอบครัวและปัญหาในเรื่องเศรษฐกิจ โดยพบว่าผู้ป่วยมักจะทำงานหนักจนให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดน้อยลง นอกจากนั้นการมีปัญหาในเรื่องหนี้สินก็สามารถส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยทำให้เกิดวิตกกังวล นอนไม่หลับ และเกิดความเครียดเรื้อรังได้ และจากการศึกษาของวัลลา (2540: 151) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การขาดความมั่นคงทางด้านการเงิน สามารถส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาที่จะสนใจ หรือให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

#### สรุปผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินสามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ การเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยในลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องจัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งด้วยวิธีการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการจัดการกับความเครียด ซึ่งการศึกษาในระยะที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่า ทีมสุขภาพได้ให้การดูแลที่เหมาะสมแล้วในระดับหนึ่ง ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยเองก็ได้พยายามปรับตัวกระตือรือร้นที่จะดูแลตนเองหรือจัดการให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับทีมสุขภาพได้ในระดับหนึ่งแล้วเช่นกัน แต่ด้วยประสบการณ์และปัจจัยหรือบริบทที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจะต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคและความเจ็บป่วยท่ามกลางบริบทของครอบครัวและสังคมตลอดไป การที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ จึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การศึกษาประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรงของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงเป็นวิธีการที่สามารถเอื้อให้พยาบาลและทีมสุขภาพได้ทำความเข้าใจในความเจ็บป่วยที่ลึกซึ้งของผู้ป่วย อันจะส่งผลให้สามารถจัดระบบบริการและให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงได้

### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยชนิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Study) เพื่อบรรยายและอภิปรายประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งมีวิธีการวิจัย ดังนี้

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 5 ราย และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 5 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มาเป็นเวลา 1-10 ปี
2. สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) อยู่ระหว่าง 50-140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และมีค่าปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) ไม่เกินร้อยละ 7.5 หรือไม่สามารควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) มากกว่า 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ของการมารับการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวานก่อนเข้าร่วมการวิจัย
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดีและสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
4. ผู้วิจัยสามารถติดตามไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านได้สะดวก
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

#### เครื่องมือในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญทั้งในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยได้ใช้เครื่องมือประกอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เทปบันทึกเสียง 1 เครื่อง

2. คลับแทป สำหรับบันทึกข้อมูลในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย
3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ฉบับ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้
  - ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยจะใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และการจดบันทึกข้อมูลจากบัตรตรวจโรค (OPD Card)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ผู้วิจัยจะใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เช่น ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ค่าปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ อาการของโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ภาวะแทรกซ้อนที่ตรวจพบ การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ยาและขนาดที่ใช้ ความสามารถในการปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวัน และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของผู้ให้ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์และการจดบันทึกรายงานผู้ป่วยในบัตรตรวจโรค (OPD Card)

ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามสภาพความเป็นจริง ของปรากฏการณ์ ผู้วิจัยจะใช้เครื่องมือในส่วนที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) และใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) ในการสังเกตพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย รวมทั้งจดบันทึกสิ่งที่สามารถสังเกตได้ร่วมด้วย

#### การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งฉบับได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคเบาหวานและการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 4 ท่าน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคเบาหวาน จำนวน 1 ท่าน ช่วยตรวจสอบแก้ไข ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาแก้ไข ปรับปรุงตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล



## การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย โดยมีขั้นตอน 2 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย เป็นการเตรียมความรู้ด้านปรัชญา และระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากหนังสือวารสาร และการฟังคำบรรยายจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นที่จะศึกษาและสร้างแนวคำถามให้ครอบคลุม นอกจากนี้ยังต้องเตรียมตัวด้านทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูล ทักษะการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม จากหนังสือ วารสาร การบรรยายจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองฝึกปฏิบัติจริง โดยการศึกษานำร่องภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 2 ราย เพื่อปรับเปลี่ยนและเรียบเรียงแนวคำถามให้สอดคล้องกันยิ่งขึ้น

1.2 การเตรียมหนังสือแนะนำตัว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหล่งข้อมูล เพื่อเป็นการแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

### 2. ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

2.1 เสนอหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแหล่งข้อมูล แนะนำตัวต่อฝ่ายบริการพยาบาล บอกวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้สร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยร่วมด้วย

2.2 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ จากบัตรตรวจโรค

2.3 มาพบผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวาน แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว บอกวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และหากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยการตกลงด้วยวาจา

## 2.4 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย

2.4.1 เริ่มเก็บข้อมูลโดยจดบันทึกจากบัตรตรวจโรค และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่มีข้อมูลในบัตรตรวจโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พร้อมทั้งนัดสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้านตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ประมาณสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน และข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์

2.4.2 หลังจากสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวจนมีบรรยากาศของความไว้วางใจแล้ว ผู้วิจัยจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดย

การสัมภาษณ์ (interview) ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกอย่างไม่เป็นทางการ พร้อมบันทึกเทป ซึ่งนอกจากจะใช้แนวคำถามในส่วนที่ 3 ของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยยังใช้คำถามเจาะลึกคำตอบที่ไม่ชัดเจน พร้อมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย และยกตัวอย่างสถานการณ์ประกอบ ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการสะท้อนเพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลตามความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการจะสื่อ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องใจกว้าง และยินดีที่จะมีมุมมองตามความหมายของผู้ให้ข้อมูล โดยได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งละประมาณ 60-90 นาที จำนวน 2-6 ครั้ง จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว

การสังเกต (observation) ผู้วิจัยจะเข้าไปพร้อมกับการสัมภาษณ์ โดยสังเกตปฏิบัติการ สีหน้า ท่าทาง และพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลที่บ้าน

การบันทึกภาคสนาม (field note) ผู้วิจัยใช้วิธีการจดบันทึกข้อมูลในส่วนสำคัญก่อน เช่น ญาติมาหา (ขณะผู้ให้ข้อมูลกำลังเล่าถึงวิธีการควบคุมอาหารที่ตนปฏิบัติเป็นประจำ ได้มีการซักจังหวะการให้ข้อมูลด้วยการที่ญาติเข้ามาคุยธุระนาน ประมาณ 10 นาที) แล้วนำมาบันทึกรายละเอียดภายหลัง

2.5 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยได้ทำการแปลผลข้อมูลรายวัน โดย

2.5.1 หลังจากสัมภาษณ์ผู้ป่วยในแต่ละวันแล้ว นำข้อมูลที่บันทึกเทปมาถอดเป็นข้อความเชิงบรรยาย พร้อมทั้งอธิบายข้อมูลที่ได้ในบางช่วงด้วยข้อมูลที่ได้จากการสังเกตปฏิบัติการ สีหน้า ท่าทาง และพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูล แล้วทบทวนฟังซ้ำจากเทปอีกครั้ง

2.5.2 อ่านข้อความจากการถอดเทป เพื่อเลือกขีดเส้นใต้ตรงข้อความที่เป็นคำบรรยายของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แล้วทำการตรวจสอบข้อความที่ยังไม่ชัดเจนครบถ้วน เพื่อที่จะนำข้อความนั้นไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในครั้งต่อไป

2.5.3 การสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลจะสิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) โดยพิจารณาจากการที่ไม่สามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ได้อีก และผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจตรงกันในข้อมูลที่ได้รับ

2.6 การตรวจสอบข้อมูลภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่า ข้อมูลที่ได้ นั้นมีความถูกต้องและตรงตามสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์ผู้วิจัยได้ตรวจสอบ

2.6.1 การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของข้อมูลโดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตที่ได้บันทึกเป็นระเบียบมาสรุปย่อ ๆ แล้วนำไปซักถามย้อนกลับอีกครั้งก่อนการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าเป็นจริงและตรงกับความต้องการของตน

2.6.2 การตรวจสอบสามเส้า ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธีวิทยาการ (Methodological triangulation) ใช้วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และบันทึกข้อมูลด้วยเทปบันทึกเสียง รวมทั้งการสังเกตและการจดบันทึกควบคู่กัน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาชนิดปรากฏการณ์วิทยา เป็นการแสวงหาความรู้ และข้อสรุปแบบอุปนัย (Inductive) โดยออกไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากปรากฏการณ์ก่อน แล้วนำมาสร้างข้อสรุปในลักษณะของข้อค้นพบเบื้องต้น และ พยายามที่จะตรวจสอบข้อค้นพบนั้นจนกว่าจะมั่นใจว่าเป็นข้อค้นพบที่สามารถสรุปและตอบคำถามการวิจัยได้ การวิเคราะห์ข้อมูล จึงต้องทำในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล และหลังจากการการเก็บรวบรวมข้อมูลได้เพียงพอแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย เป็นขั้นตอนดังนี้ (สุภางค์, 2535 : 33-34; Burns & Grove, 1993 : 563-578)

#### 1. ทำดัชนีข้อมูล (Indexing)

ผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมด หากคำหรือข้อความที่มีความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ขีดเส้นใต้ไว้ แล้วนำมาเขียนไว้ในช่องทางซ้ายมือของแบบบันทึกภาคสนาม

## 2. จัดกลุ่มคีย์ข้อมูล (Clustering) โดย

2.1 อ่านคีย์ข้อมูลที่ได้จากข้อมูลประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอีกครั้ง แล้วจัดแบ่งกลุ่มคีย์ข้อมูลตามคำถามรองการวิจัยในแต่ละเรื่อง

2.2 อ่านทำความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมดในแต่ละกลุ่มคีย์ข้อมูล แล้วจัดกลุ่มคีย์ข้อมูลย่อยในแต่ละกลุ่มคีย์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

## 3. สร้างบทสรุป (Drawing themes) โดย

3.1 อ่านทำความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมดในแต่ละกลุ่มคีย์ข้อมูลย่อย แล้วสรุปเป็นข้อย่อย ๆ (Subthemes) ของประสบการณ์ในแต่ละเรื่องตามคำถามรองการวิจัยของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม พร้อมระบุจำนวนของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในแต่ละหัวข้อย่อยนั้น ๆ

3.2 อ่านทบทวนข้อมูลทั้งหมดของแต่ละหัวข้อย่อย เพื่อพิสูจน์ว่าหัวข้อย่อยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นหัวข้อย่อยที่ถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล

3.3 อ่านทำความเข้าใจกับหัวข้อย่อยแต่ละหัวข้อ แล้วสรุปเป็นหัวข้อ (Themes) ตามแนวคิด/หลักการ/ทฤษฎีและความคิดเห็นของผู้วิจัย เพื่อให้เป็นข้อค้นพบเบื้องต้น (Preliminary Finding) ของประสบการณ์ในแต่ละเรื่องตามคำถามรองการวิจัยของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

3.4 อ่านทบทวนข้อมูลทั้งหมดของแต่ละข้อค้นพบเบื้องต้น ตามเนื้อหาในคีย์ข้อมูลที่เลือกไว้ เพื่อพิสูจน์ว่าข้อค้นพบเบื้องต้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นข้อค้นพบที่ถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

3.5 เขียนแผนภาพ (Diagram) สรุปข้อค้นพบเบื้องต้นของประสบการณ์แต่ละเรื่องตามคำถามรองการวิจัยของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

3.6 ค้นหาความเหมือน ความต่างของประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูล จากแผนภาพข้อค้นพบเบื้องต้น แล้วนำมาเขียนเป็นแผนภาพสรุปประสบการณ์ที่เหมือน และต่างกันของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

3.7 สร้างบทสรุป โดยนำข้อค้นพบเบื้องต้นของประสบการณ์ในแต่ละเรื่องที่เหมือนกันของผู้ให้ข้อมูลมาเชื่อมโยงเป็นบทสรุปที่เหมือนกันของประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม และนำข้อค้นพบเบื้องต้นของประสบการณ์ในแต่ละเรื่องที่ต่างกันของผู้ให้ข้อมูล มาเชื่อมโยงเป็นบทสรุปที่ต่างกันของประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

## 4. พิสูจน์บทสรุป (Verifying Conclusion)

เพื่อเป็นการพิสูจน์ว่าบทสรุปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลนั้น เป็นบทสรุปที่เชื่อถือและถูกต้องสมบูรณ์ตรงตามความเป็นจริงที่มีอยู่ของปรากฏการณ์นั้น ผู้วิจัยจึงได้ตรวจสอบ

กับดัชนีข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย หลังจากนั้นจึงนำทสรูปมาตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์อีกครั้ง

#### จรรยาบรรณนักวิจัย

##### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการและ  
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ
2. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะซักถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยในครั้งนี้จากผู้วิจัย
3. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะคัดลิจใจเข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง
4. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปกปิดข้อมูลบางส่วน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการเปิดเผย
5. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะรับรู้หรือตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการเก็บรวบรวม

##### ข้อมูลจากผู้วิจัย

6. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ หากมีความ  
ประสงค์ดังกล่าว
7. ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติในการเสนอข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัย ทั้งนี้เพื่อเป็นการ  
ไม่เปิดเผยแหล่งข้อมูล

##### ความซื่อสัตย์ในการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความซื่อสัตย์ในทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย โดยในการทบทวน  
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลตามความเป็นจริงในทุกด้าน พร้อมทั้งมีการ  
อ้างอิงแหล่งที่มาของเอกสารและงานวิจัยนั้น ๆ อย่างถูกต้อง และในการวิเคราะห์ข้อมูลและการ  
รายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลและเสนอผลการวิจัยในทุกด้าน ซึ่งรวมถึงข้อบกพร่องที่  
เกิดขึ้นในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วย

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

หลังจากดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในบทนี้ เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

1. การให้ความหมายต่อโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดสูง
2. การให้ความหมายต่อ การรักษา และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่ได้รับจากทีมสุขภาพ

3. การให้ความหมายต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 10 คน เป็นผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 5 คน คือ ลุงสวัสดิ์ ลุงกร ลุงพงษ์ ลุงเนื่อง และน้ำสวย ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 5 คน คือ นาย่าว ป่านวล น้ำวรรณ น้ำเดช และลุงกิตติ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ 6 ใน 10 คน มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีการศึกษาขั้นต่ำระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพและมีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี (รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน) ทุกคนในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะอาศัยอยู่กับครอบครัว ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 คน ของกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อาศัยอยู่ตามลำพัง (รายละเอียดแสดงในตาราง 1) ในตารางที่ 2 พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 10 คน มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ทั้ง 2 กลุ่มมีระยะเวลาการเจ็บป่วยใกล้เคียงกัน (เฉลี่ย 5.4 ปี) ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาล

ในเลือด นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม รับรู้ภาวะสุขภาพของตนไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ 9 ใน 10 คน ระบุว่าตนยังมีสุขภาพแข็งแรงดี สามารถปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวัน มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ มีความพึงพอใจในชีวิต สามารถปรับตัวให้ยอมรับการเจ็บป่วย และเชื่อมั่นว่าตนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างแน่นอน (รายละเอียดแสดงในตาราง 2)

ตาราง 1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการเงิน สถานภาพสมรส และสถานภาพในครอบครัว

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	สถานะการควบคุมน้ำตาลในเลือด		รวม (คน)
	กลุ่มควบคุมได้	กลุ่มควบคุมไม่ได้	
เพศ			
ชาย	4	2	6
หญิง	1	3	4
อายุ			
40 – 59 ปี	1	3	4
60 ปี ขึ้นไป	4	2	6
ศาสนา			
พุทธ	5	5	10
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	2	1	3
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	2	1	3
อนุปริญญา	-	2	2
ปริญญาตรี	1	-	1
ปริญญาโท	-	1	1
อาชีพในปัจจุบัน			
รับจ้าง	2	2	4
รับราชการ	2	2	4
ไม่ได้ทำงาน / งานบ้าน	1	1	2

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	สถานะการควบคุมน้ำตาลในเลือด		รวม (คน)
	กลุ่มควบคุมได้	กลุ่มควบคุมไม่ได้	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาทต่อเดือน)			
2,001 – 5,000	2	1	3
5,001 – 10,000	1	-	1
10,001 – 20,000	1	-	1
มากกว่า 20,000	1	4	5
สถานภาพการเงิน			
ไม่พอใช้ + มีหนี้สิน	1	-	1
พอใช้ + ไม่มีเงินเก็บ	-	2	2
พอใช้ + มีเงินเก็บ	4	3	7
สถานภาพสมรส			
โสด	-	1	1
คู่	5	3	8
หม้าย	-	1	1
สถานภาพในครอบครัว			
หัวหน้าครอบครัว	4	3	7
สมาชิกในครอบครัว (ภรรยา)	1	2	3



ตาราง 2 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย การรักษาและภาวะสุขภาพ

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	สถานะการควบคุมน้ำตาลในเลือด		รวม (คน)
	กลุ่มควบคุมได้	กลุ่มควบคุมไม่ได้	
<b>ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว</b>			
มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน	2	5	7
ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน	3	-	3
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>			
1 – 5 ปี	3	3	6
6 – 10 ปี	2	2	4
<b>การรักษา</b>			
รักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด	5	5	10
<b>ดัชนีมวลร่างกาย (BMI) เฉลี่ย (Kg/m<sup>2</sup>)</b>			
<b>ชาย</b>			
22-27	3	1	4
มากกว่า 27	1	1	2
<b>หญิง</b>			
22-24	1	1	2
มากกว่า 24	-	2	2
<b>การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น</b>			
โรคหัวใจ	1	1	2
โรคความดันโลหิตสูง	1	-	1
โรคหลอดเลือดในสมองตีบ	1	-	1
ความรู้สึกลมพิษลดลง	2	1	3
ขาดมอวัยวะส่วนปลาย	2	3	5
ค่าไขมันในเลือดสูง	-	1	1
ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น	3	1	4

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	สถานะการควบคุมน้ำตาลในเลือด				รวม (คน)
	กลุ่มควบคุมได้		กลุ่มควบคุมไม่ได้		
ค่าปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) ก่อนเข้าร่วมการวิจัย					
< 6.5 %	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
	3	4	(ไม่ได้เจาะ)		
6.5 – 7.5 %	2	1			
ค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ก่อนเข้าร่วมการวิจัย					
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
80 – 120 mg %	2	4	-	-	
121 – 140 mg %	3	1	-	-	
141 – 199 mg %	-	-	1	2	
200 – 300 mg %	-	-	4	3	
การปฏิบัติภาระกิจในชีวิตประจำวัน					
ปฏิบัติได้ตามปกติ	4		5		9
ปฏิบัติได้ลดลง	1		-		1
สถานะทางด้านจิตใจ					
ปรับตัวให้ยอมรับสภาพเจ็บป่วยได้ และพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน					
เชื่อมั่นว่าสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้แน่นอน	5		4		9
ไม่มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	-		1		1
ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพของตนเอง					
ยังแข็งแรงดี	4		5		9
ทรุดโทรมลงอย่างมาก	1		-		1
การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม					
ปฏิบัติได้ตามปกติ	4		5		9
ปฏิบัติได้ลดลง	1		-		1

\* หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นมากกว่า 1 อย่าง

## ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนรับรู้มาตลอดว่าสามารถลดอัตราเสี่ยงหรือชะลอความรุนแรงของโรคได้ แต่การจะต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมตามคำแนะนำที่ได้รับเพื่อการควบคุมที่ต่อเนื่องนั้น เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ายากปฏิบัติได้ยากเช่นกัน คำแนะนำที่ได้รับจึงเป็นเพียงแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาหรือเรียนรู้วิธีการควบคุมของตนเองเท่านั้น ดังนั้นในการเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยที่จะต้องติดตัวไปตลอดชีวิตและความไม่แน่นอนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยจึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับค่าความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดมากนัก แต่สิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักและคำนึงถึง คือ การควบคุมที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตน ซึ่งทำให้ตนสามารถเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยต่อไปได้อย่างปกติ นอกจากนี้ประสิทธิภาพความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมที่ต่างกัน ทำให้เป้าหมายการควบคุมของผู้ป่วยแต่ละคนหรือแม้กระทั่งในแต่ละช่วงแตกต่างกันไปด้วยจึงยังคงพบเห็นปรากฏการณ์การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของผู้ป่วยเบาหวานอยู่เป็นประจำ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่ 2 เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพการเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยนำเสนอประสิทธิภาพในลักษณะที่เหมือนและต่างกันของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มตามลำดับ ดังนี้

1. การให้ความหมายต่อโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดสูง
2. การให้ความหมายต่อการรักษาและคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับจากทีมสุขภาพ
3. การให้ความหมายต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

### 1. การให้ความหมายต่อโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดสูง

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายต่อคำว่า “โรคเบาหวาน” และ “ระดับน้ำตาลในเลือดสูง” ในลักษณะที่เหมือนกันและกล่าวถึงคำ 2 คำนี้ในลักษณะที่สามารถอ้างถึงหรือแทนกันได้ ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ไปด้วยกัน ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงโรคเบาหวาน ตามประสิทธิภาพการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการเรียนรู้จากประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ผ่านมาใน 4 ลักษณะ ดังนี้

1. รักษาไม่หาย แต่คุมได้
2. บ่อเกิดแห่งโรคแทรกซ้อนและความพิการ
3. เกิดจากสาเหตุที่ควบคุมได้
4. โรคมีระดับความรุนแรง

4.1 อันตราย ถึงตายได้ (พบเฉพาะในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้)

4.2 ความเจ็บป่วยธรรมดา ไม่น่ากลัว (พบเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้)

1. รักษาไม่หาย แต่คุมได้ ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการพยายามควบคุมโรคที่ยาวนาน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม 9 ใน 10 คน รับรู้โรคเบาหวานในลักษณะของการยอมรับสถานะของตนเองที่จะต้องถูกจำกัดลงด้วยความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญไปตลอดชีวิต เพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็ยังมีความหวังที่จะดำเนินชีวิตต่อไป เนื่องจากสามารถเรียนรู้ถึงความเจ็บป่วยดังกล่าวใน 2 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 เป็นโรคที่สามารถควบคุมความรุนแรงได้ด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากมีประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมาระยะหนึ่งจนอาการของโรคทุเลาลงและอาจไม่ปรากฏอาการหรือระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มลดลงบ้างแล้ว ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม จึงสามารถเรียนรู้และมั่นใจว่า ถึงแม้จะไม่สามารถรักษาหรือแก้ไขอาการของโรคให้หายไปได้ แต่การพยายามควบคุมโรคไว้จะสามารถช่วยลดหรือป้องกันการเกิดอาการรุนแรงและทำให้คุณสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้เช่นคนปกติ ดังกรณีของเป้านวลและลุงกร ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลา 4 และ 5 ปี ตามลำดับ กล่าวถึงผลของการพยายามควบคุมจนทำให้คุณสามารถเผชิญอยู่กับโรคได้ตลอดมาว่า

“ก็สบายดี นั่นแหละเวลาใครมาถามเป็นยังไงบ้าง ก็ว่าก็สบายดี ไม่เห็นเป็นอะไร ก็เรากินยาอยู่ประจำละนะ ไม่เห็นมีอะไร กินยาประจำอยู่เรื่อย ก็มันไม่เป็น...ไม่มีโอกาสหาย แต่ว่าเราต้องคุม...คุมไว้อย่าให้เป็นมาก” (เป้านวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

“ไม่รู้สิอะไร ไม่ตื่นตื่นเหมือนก่อน แต่ก่อนมันตื่นตื่น มันเป็นแบบใจเสียใจหาย...ไม่รู้สิอะไร ก็หมายความว่า ผมไม่สนใจมัน ว่ามันเป็นโรคเบาหวาน คล้ายมันเป็นธรรมดาไปแล้ว คล้ายมันเป็นโรคติดตัวไม่หายก็ไม่หาย เราก็คุมอาหารตามหมอสั่ง มันก็ดี มีหนังสือมาเล่มหนึ่ง เขาแจก...ผมอ่าน ๆ แล้วทิ้งไปไหนแล้ว เขาบอกว่าโรคเบาหวานมันไม่ผลาญชีวิตคนในเมื่อเรากุมอาหารอยู่ ผมก็เลยเชื่อตรงนั้นแหละ...คือถ้าเรากุมอาหาร

มันไม่ถึงกับกระจอกงอกลงไปไหนไม่ได้ พวกนั้นคือคุมอาหารไม่อยู่ เกิดเส้นสายไม่ดี เป็นแผลไปไหนไม่ได้พวกนี้ ตัดเท้าตัดมืออะไรนี้ ผมว่าควบคุมไม่อยู่ คนที่บังคับตัวเองไม่ได้ ตามใจปาก” (ลุงกร : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

ลักษณะที่ 2 เป็นโรคที่เป็นปกติได้แต่ต้องควบคุมตลอดไป ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม เรียนรู้ ว่า โรคเบาหวานสามารถควบคุมให้ไม่มีอาการหรือระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมาอยู่ในระดับปกติได้แต่การจะควบคุมให้ได้นั้น คนจะต้องปฏิบัติตามการควบคุมอย่างต่อเนื่องตลอดไป เพราะหากละเลยระดับน้ำตาลในเลือดจะเพิ่มขึ้นได้ อาการของโรคก็จะรุนแรงขึ้นได้อีก ดังกรณีของนายเวย และนางสาว ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลา 4 และ 2 ปี ตามลำดับ และเคยมีประสบการณ์การเพิ่มขึ้นของค่าระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อไม่ได้ปฏิบัติตามการควบคุมอย่างต่อเนื่องหรือเคร่งครัดเช่นเดิม ที่เล่าถึงประสบการณ์การเผชิญอยู่กับโรคที่สามารถควบคุมให้เป็นปกติได้ และเหตุผลที่จะต้องควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องตลอดไปว่า

“...แต่เราต้องควบคุมตัวเองสัปดาห์ละหนึ่ง เหมือนการกินการอยู่ อะไรแบบนี้แหละนะ เรากินเหมือนปกติไม่ได้ ของกินแหละสำคัญ...เพราะเรากินมาก กินหวาน กินมันเข้าไป ถึงก็เบาหวาน ก็มันขึ้นแล้ว ถึงอ้วนก็มันอ้วน มันหนักตัวที่นี้ ... ถ้าเหมือนว่าเราลดอาหาร กินข้าวไม่มาก กินแต่ผัก หวาน ๆ ไม่กิน ถึงหนักตัวเราไม่หนัก ถึงไปเช็คเบาหวานก็มันลด...ครั้งก่อนที่หนึ่งน้ำตาลขึ้น 300 กว่า เสร็จกลับมาปฏิบัติตัว วิ่งบ้าง ถึงกินอย่างมาก อาหารไหรนะ อย่างกินของแสดงไหรแบบนี้ ถึงไปเช็คเสร็จปรากฏว่า เหลือ 126 นั่นเราปฏิบัติตัว ... แต่บางทีก็กินอาหารลืมหืมเหมือนกันแหละ ของกินของไหรนี้ละ แต่ว่าบางทีก็ตามใจปากเหมือนกันแหละน้ำตาลขึ้นอีกถึงไม่ออกกำลังกาย ไม่ควบคุมอาหาร ก็ขึ้นอีก...ต้องควบคุมตัวเอง ควบคุมสุขภาพไปตลอด ...ที่จริงว่าถ้าเราปฏิบัติได้ ไม่เป็นโรคที่ร้ายแรงเท่าใดที่เบาหวาน เท่าแต่มันรักษาไม่หาย หมอว่า แต่เราปฏิบัติตัวเราได้นะ...” (นายเวย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

“...ตอนนี้ก็ลดความกังวลลงไปแล้ว เพราะว่าจากการที่เราไปรักษาอยู่ทุกวันนี้เรารู้สึกว่า อาการของเรานั้นดีขึ้นนั้น ก็เลยหมด (หมดความกังวล)...อาการเรานั้นดีขึ้น เราก็สบายใจนั้นนะ...แต่นี้เราน้ำตาลเราก็ลดลง อะไร ๆ นี่มันก็ดีทุกสิ่งนั้นนะถึงแม่ (ผู้ให้ข้อมูล) ก็สบายใจ... หาย แต่ว่าเราก็ยังต้องควบคุมอยู่ในขอบเขตแหละนะ ไม่ใช่ว่าปล่อยละเลยนะ แต่ว่า มันต้องอยู่ในขอบเขตของมัน หายก็นะ แบบว่า เราจะปล่อยมันเลยไม่ได้ อีกแหละนะ เหมือนกับว่ามันหาย หายเลยนี้เบาหวานเหมือนกับว่า มันก็เป็นปกติละ แต่ว่าเราต้องควบคุมมันอีก อย่าให้มัน อย่าปล่อยมันนะ...สมมุติเราปกติแล้วนะ...ถึงเราฝึกกินข้าววันหนึ่ง 2 - 3 งานแบบนี้ ก็แม้ว่า มีโอกาสเป็นอีกนะ กินของหวาน ๆ กินข้าวมากนี่

กินที่แบบว่าเราต้องควบคุมมันนะ ในความรู้สึกว่าเราต้องควบคุมทุกอย่างมันนะ คืออาจจะไม่ต้องกินยา แต่ว่าต้องควบคุมทุกอย่างตลอดไปเลย...” (น้าสววย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

2. บ่อเกิดแห่งโรคแทรกซ้อนและความพิการ ประสบการณ์การได้รับความรู้จากทีมสุขภาพและการบอกเล่าจากบุคคลรอบข้าง รวมทั้งการพบเห็นผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนความพิการที่พบได้จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มทุกคนเชื่อและตระหนักอยู่เสมอว่า ภาวะการเจ็บป่วยที่ตนต้องเผชิญอยู่นั้นอาจทำให้ตนมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนหรือความพิการต่างๆ ตามมาได้ แต่ได้อธิบายถึงลักษณะของโรคแทรกซ้อนหรือความพิการไว้แตกต่างกัน เช่น ในกรณีของลุงเนื่อง และลุงกิตติ ที่เล่าถึงประสบการณ์การพบเห็นผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนและความพิการ ซึ่งเกิดจากโรคเบาหวาน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการรุนแรงของโรค (ระดับน้ำตาลในเลือดสูง) ว่า

“...แล้วถ้าน้ำตาลมากถึงมันบวม มันพองขึ้นมา มันไม่ยุบแล้วแหละ นี่ที่สาวคนหนึ่ง...เป็นโรคเบาหวาน โรคไต อะไรไม่รู้แข่งข้าง ๆ นี้ออน (มีอาการบวมถึงได้เข้า จนทำอะไรไม่ได้ ต้องนอนพักรักษาตัว) เขาเป็นหลายโรคหมดตรวจ น้ำตาลมันมาก โรคมันแทรกซ้อนแหละโรคหัวใจ ความดัน โรคไต...มันเกิดจากโรคเบาหวานนั่นแหละ โรคมันแทรกเข้า...เห็นบางคนเป็นมาก ๆ (หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง)... เป็นแล้วต้องตัดหมด 2 ขา ” (ลุงเนื่อง : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

“...ที่เขายกบอกว่าเบาหวานมันขึ้นตาใช่ไหม หมอเคยบอก เคยตรวจตา...ยายผมน่าจะเป็นเบาหวานเหมือนกัน แกดตาบอด แกดตาบอดตอนนั้นแกยังไม่เสีย นั่น ยังแข็งแรงอยู่อีก แบบว่าหลายปีเหมือนกัน ตาบอด กว่าแกจะเสีย ตาบอดก่อน ผมว่าน่าจะเป็นเบาหวานเหมือนกัน เพราะว่าเรารู้ทีหลังว่าเบาหวานมันเป็นหนัก ๆ เข้าใช่ไหม มันขึ้นตา ทำให้ตาบอด ผมเลยคิดย้อนไป เพราะว่าคนสมัยก่อน แกไม่ได้รักษาไหรนะ” (ลุงกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

3. เกิดจากสาเหตุที่ควบคุมได้ เป็นลักษณะสำคัญของโรคที่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ทุกคนรับรู้และมักจะกล่าวถึงทุกครั้งที่มีอธิบายถึงความเจ็บป่วยของตน ซึ่งถึงแม้จะเคยรับรู้ถึงปัจจัยที่น่าจะเป็นสาเหตุของโรคจากทีมสุขภาพ เช่น การมีกรรมพันธุ์ของโรค เป็นผู้ที่มิรูปร่างอ้วน แต่ประสบการณ์การเผชิญกับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถรับรู้ให้ความสำคัญและค่อนข้างเชื่อมั่นว่า ตนกำลังเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากสาเหตุที่

สามารถควบคุมได้แทบทั้งสิ้น นอกจากนั้นการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีอาการและเมื่อได้รับการวินิจฉัย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายย้อนถึงสาเหตุของโรคที่รับรู้จากทีมสุขภาพ ในลักษณะที่เชื่อว่าน่าจะเกิดขึ้นควบคู่หรือมีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในปัจจุบันบางสาเหตุ โดยเฉพาะสาเหตุที่เกิดจากการกินอาหารแสดงโรค ในการปฏิบัติการควบคุมผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามหลีกเลี่ยงสาเหตุเหล่านั้นให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงสาเหตุที่ควบคุมได้ ที่สามารถทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นมาเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน ได้แก่

- 3.1 กินอาหารแสดงโรค
- 3.2 มีความเครียด
- 3.3 ออกกำลังกายไม่เพียงพอ
- 3.4 กินยาไม่ครบจำนวน

3.1 กินอาหารแสดงโรค ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ทุกคนจะรับรู้ว่าการรับประทานอาหารที่ไม่ควรรับประทาน ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นอาหารรสหวาน หรืออาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเป็นหลัก เช่น ขนมหวานทุกชนิด น้ำชา กาแฟ หรือแม้กระทั่งอาหารจำพวกแป้ง เช่น ข้าวเหนียว เป็นอาหารแสดงโรคที่จะทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลงหรือสูงขึ้นได้ ผู้ให้ข้อมูลจะสามารถสังเกตหรือรับรู้ได้ถึงประเภทหรือชนิดของอาหารที่ตนไม่ควรรับประทานและสามารถจดจำได้เป็นอย่างดีถึงอาหารต้องห้ามที่แสดงโรคสำหรับตน เช่น กรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 รายนี้

รายที่ 1 ลุงเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุของการไม่ลดลงของค่าระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงที่ยังไม่งดอาหารแสดงโรค ว่า

“ตอนนั้นลุงกินน้ำชาด้วย ยังไม่หยุดน้ำชา ใส่น้ำตาลบ้าง คอฟฟี่เมตบ้าง ไม่ลง ถ้ากินน้ำตาล ถ้ากินน้ำชากาแฟ ไม่ได้...” (ลุงเนื่อง : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

รายที่ 2 น้ำเชช ซึ่งมักจะสังเกตชนิดของอาหารที่ทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนเพิ่มขึ้นอยู่เป็นประจำ จนมั่นใจว่าสาเหตุที่ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนยังคงอยู่ในระดับสูงเกิดจาก

“...เรากินของหวานมากด้วย เกี่ยวกับน้ำชากาแฟ ชาเย็นอะไรแบบนี้ ผมบางทีขนมหวานบ้าง เหนียวบ้าง ข้าวเหนียวเขี้ยวสำคัญ (ที่จะทำให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น) เมื่อก่อนผมกินน้ำชา กาแฟ ผมว่าไม่ทำไคที กินข้าวเหนียวบ้าง ซ้อข้าวเหนียวมานั่งกิน กาแฟ

บ้าง ข้าพเจ้านึกว่ามีส่วน...หมอบ้านห้ามกินข้าวเหนียว...” (น้ำเคซ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

3.2 มีความเครียด ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มละ 1 คน สามารถสังเกตได้ว่าความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่จะทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นได้ เช่นที่น้ำสวยและน้ำเยาว์เล่าว่า บางช่วงที่ตนรู้สึกเครียดจะสังเกตพบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดจะเพิ่มขึ้นได้

“ก็เป็นส่วนหนึ่งทำให้น้ำตาลสูงขึ้นไปอีกแหละ กังวลนี้ ทำให้เรามีน้ำตาลสูงขึ้นไป หมอบอกแล้วว่าอย่าเครียดนะ ทำใจให้สบาย...อย่าคิดมาก นอนให้หลับให้เต็มที่ น้ำตาลมันจะลดลง...” (น้ำสวย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

“ถ้าเครียดมากมีผลเหมือนกัน...สังเกตดูแล้วนี่ สังเกตมาแล้ว ก็แบบว่าเราหยุดงานใหม่ ๆ นะเหมือนว่าเราทำมาเป็น 10 20 ปี อะไรแบบนี้ถึงมาหยุด ก็มันไม่ได้ทำงานนั้นนะ ถึงปกติแล้ว ไม่ชอบอยู่นิ่ง ของจ่ายเก่ง ถึงไม่ชอบขอใคร...ก็เครียด แต่ช่วงนี้ไม่แล้ว... เทียวโกรธ เทียวหงุดหงิด ไหร่ไม่ได้น้ำตาลขึ้น ต้องทำใจให้สบาย” (น้ำเยาว์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

3.3 ออกกำลังกายไม่เพียงพอ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2 ใน 5 คน รับรู้ว่าสามารถทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ ลุงหงส์ ผู้ให้ข้อมูลที่มักจะออกกำลังกายด้วยการทำงานจนได้เหงื่ออย่างสม่ำเสมอ เล่าว่า ในบางช่วงที่ตนไม่ค่อยได้ทำงานหรือออกกำลังกายน้อยลง ตนสังเกตพบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนจะเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

“คือมันช่วยกัน พอดีเดือนที่แล้วผมทำงานน้อยด้วยแหละ เหงื่อไม่ออก เหงื่อไม่ออกผมหัดนอนมาก ...หลักกรรมคาเบาหวานนี้ผมว่า อย่าพักผ่อนมากครับ เราต้องรู้จักปริมาณเบาหวาน นี้ถ้าพักผ่อนมากแล้ว ถ้านอนชมชานมากแล้วสูญ น้ำตาลจะขึ้นทันทีเลย...” (ลุงหงส์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

3.4 กินยาไม่ครบจำนวน ปานवल ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งมักจะรับประทานยาไม่ครบจำนวนตามแผนการรักษา เนื่องจากไม่ค่อยรับประทานอาหารเช้า จึงทำให้ไม่ได้รับประทานยาไปด้วย และลืมรับประทานยาเป็นประจำ เข้าใจว่า การรับประทานยาไม่ครบจำนวน เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนไม่ลดลง ปานवलเล่าว่า



“ก็เห็นป้า (ผู้ให้ข้อมูล) ไม่เคยลดเลย ไม่ทราบเป็นเพราะอะไร เราก็ไม่รู้เหมือนกัน หรือว่าเพราะสาเหตุที่เรากินบ้าง ไม่กินบ้างยา ป้าว่าแบบนั้น เรากินติดต่อย่ำให้ขาด บางทีอาจจะปกติก็ได้เนอะ” (ปานวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

4. โรคมี่ระดับความรุนแรง พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 10 คน ให้ความหมายต่อโรคเบาหวานในลักษณะของระดับความรุนแรงของโรค โดยแต่ละกลุ่มได้อธิบายถึงลักษณะความรุนแรงของของโรคไว้ต่างกัน ดังนี้

4.1 อันตราย ถึงตายได้ พบเฉพาะในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 5 คน ได้อธิบายถึงลักษณะของโรคเบาหวานว่าเป็นโรคที่สามารถทำอันตรายรุนแรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยจนอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการเยียวยารักษาได้ทันที่ซึ่งเป็นการอธิบายถึงอันตรายของโรคจากประสบการณ์ใน 2 ลักษณะ ต่อไปนี้

ลักษณะที่ 1 การอธิบายอันตรายของโรคจากประสบการณ์ตรง ผู้ให้ข้อมูลที่ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้อธิบายถึงอันตรายของโรคใน 2 กรณี ดังนี้

กรณีที่ 1 การอธิบายอันตรายของโรคจากประสบการณ์การเกิดอาการรุนแรงของโรคในช่วงเริ่มป่วย ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงอันตรายของโรคจากอาการที่ทำให้สุขภาพของคนอ่อนแอลงอย่างมาก เช่นกรณีของลุงพงศ์ ซึ่งหลังจากรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานจากแพทย์คลินิกแล้ว ได้พยายามทดลองรักษาตนเองด้วยวิธีการแบบพื้นบ้านนานประมาณ 1 ปี จนอาการของโรครุนแรงขึ้น ลุงพงศ์รับรู้ว่าเป็นโรคที่อันตรายโรคหนึ่ง เนื่องจากสามารถทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียอย่างมาก สภาพร่างกายผอมลง สุขภาพทรุดโทรมอย่างเห็นได้ชัด ลุงพงศ์เล่าว่า

“เพลียครับ โทงเทง (มีนสีระชะ) เดินโทงเทง (การทรงตัวไม่ดี) เมา ๆ รู้สึกในหัวนี้ มีน ๆ ... โทงเทง ข้าวกินไม่ได้ ตอนเป็นใหม่ ๆ มันเพลียหมดทุกส่วนนั้น เพลีย แล้วข้าวไม่ อยากกินครับ กินแต่น้ำ อยากน้ำมาก คือต้องการน้ำมาก เพราะเรากินน้ำมากเท่าใด มันก็ เยียวมากเท่านั้น...เยียวมากเท่าใดครับ เราก็ผอมเท่านั้น ตอนนั้นผมผอม ผอมเต็มที่แล้ว ผอม ทรุดทันทีเลย...งานก็ไม่อยากทำ อยากจะนอนอย่างเดียว...” (ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่ม ควบคุมได้)

กรณีที่ 2 การอธิบายอันตรายของโรคจากประสบการณ์การเผชิญอยู่กับโรคเป็น เวลานาน การมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ขึ้น ๆ ลง ๆ อยู่เป็นประจำ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงอันตราย ของโรคว่าควบคุมได้ยาก คนต้องตกอยู่ในภาวะที่ต้องเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตจากการคุกคามของโรค ต้องคอยเฝ้าระวังภาวะอันตรายดังกล่าวตลอดเวลา โดยการพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ อยู่ในระดับที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายได้อยู่ตลอดเวลา ดังอีกตอนหนึ่งที่ลุงพงศ์ ซึ่งป่วยเป็นเบาหวาน

มาเป็นเวลา 6 ปี และเคยมีประสบการณ์การเกิดอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปบ่อยครั้ง เล่าว่า

“เบาหวานนี้ครับ ถ้าว่ามันต่ำ เช่นว่า 106 120 90 นี้ไม่ได้ เบาหวานนี้ต้องเพิ่ม เพิ่มน้ำตาลขึ้นมา คือ อย่าให้ต่ำเกินไป คือเบาหวานนี้มันเลี้ยงยากครับ สูงก็ไม่ได้ ถ้าสูงมันช็อกต่ำเกินก็ช็อก เบาหวานนี้ ต้องให้อยู่ในระดับเดียวกัน คือถึงไม่อยู่ระดับเดียวกันก็ต้องให้กินคล้ายกัน (ใกล้เคียงระดับปกติและไม่ทำให้เกิดอันตราย)...” (ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

ลักษณะที่ 2 การอธิบายอันตรายของโรคจากประสบการณ์ทางอ้อม ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ทุกคนจะเคยได้รับการบอกเล่าถึงอันตรายของโรคเบาหวานในลักษณะต่าง ๆ ทั้งจากทีมสุขภาพเองและบุคคลรอบข้าง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีเฉพาะผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เท่านั้นที่ได้อธิบายถึงอันตรายของโรคในลักษณะที่เน้นถึงภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยพบว่า 3 ใน 5 คน ได้อธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเฉียบพลัน เช่น อาการหมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดังที่น้ำสวย ผู้ให้ข้อมูลซึ่งสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมาตลอด เน้นถึงภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิตว่า

“...ส่วนมากก็ช็อก (หมดสติ) นั่นนะ บางที่ไม่ทันรู้ตัวนั้น บางทีแบบเหมือนกับว่าบางทีเขาไม่รู้...ที่เหมือนกับคนนั้นที่...(ชื่อบุตรสาว) เล่าให้ฟังว่า เขาไม่ได้ตรวจเลือดไม่ได้ตรวจน้ำตาลนั่นนะ ถึงไม่รู้หรือกว่าน้ำตาลเขาเท่าไรแล้ว ปรากฏว่า 600 กว่าแล้ว เขาเลยช็อคตาย (หมดสติและเสียชีวิต) นั่นนะ...แล้วส่วนมากมันซี (มักจะ) ตายนั่น เบาหวาน...” (น้ำสวย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

4.2 ความเจ็บป่วยธรรมดา ไม่น่ากลัว พบเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะรับรู้ถึงอันตรายของโรคเบาหวานจากทีมสุขภาพหรือบุคคลรอบข้างอยู่เป็นประจำ แต่ในความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ทุกคนนั้นรับรู้มาโดยตลอดว่า โรคเบาหวานไม่ใช่โรคที่รุนแรงหรืออันตรายสำหรับตน แต่เป็นเพียงความเจ็บป่วยธรรมดาที่แทบจะไม่มีอาการใดๆ สามารถเกิดขึ้นและหายเองได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงความเจ็บป่วยธรรมดาดังกล่าวไว้ใน 2 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 ความเจ็บป่วยธรรมดาที่แทบจะไม่มีอาการ ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทุกคนรับรู้ถึงความเจ็บป่วย ที่ตนกำลังเผชิญว่าเป็นความเจ็บป่วยธรรมดาจากเหตุผล 2 กรณี ดังนี้

กรณีที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3 ใน 5 คนอธิบายว่าเป็นความเจ็บป่วยธรรมดาเนื่องจากเป็นโรคที่สามารถแสดงอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อยๆ ในช่วงเริ่มป่วยที่ทำให้ตนหรือบุคคลรอบข้างเริ่มสังเกตเห็นและสันนิษฐานได้ว่าน่าจะเป็นอาการของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะจำนวนมาก ปัสสาวะมีมดคอม อ่อนเพลีย และชอบรับประทานอาหารรสหวาน ซึ่งเมื่อมารับการรักษาอาการดังกล่าวก็หายไปได้ แต่ในระยะต่อมาพบว่าอาการเหล่านั้นจะเกิดขึ้นได้เป็นประจำ และอาจมีอาการอื่น ๆ เพิ่มขึ้นด้วย เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ไม่กระตือรือร้นในการทำงาน เช่น ในกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 รายนี้

รายที่ 1 ป้านวล เป็นแม่บ้าน อาศัยอยู่ในละแวกเดียวกับญาติพี่น้องคนอื่น ๆ โดยไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนกันอยู่เป็นประจำ เล่าถึงอาการเมื่อเริ่มป่วยของตนว่า

“อยู่เฉย ๆ แกล้งไปเซ็ค พอเห็นว่าเยี่ยวมากแบบนั้นแหละนะ เห็นว่าเยี่ยวมาก... นื่อง ๆ นั้นแหละ พีลองไปเซ็คดูสิ...เขาเห็นป้า (ผู้ให้ข้อมูล) ชอบกินของหวานนั้น...ไปเซ็คดูสิเพื่อมีเบาหวานบ้าง ชอบกินของหวาน ของหวาน ๆ ชอบ ไม่มีอะไรกิน น้ำตาลก็กินได้ น้ำตาลทรายใคร กินกับข้าวใคร ใส่น้ำร้อนลง ...” (ป้านวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

รายที่ 2 ลุงกิตติ ซึ่งมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ๆ ลง ๆ มาตลอดเวลา 4 ปี จนทำให้ลุงกิตติสามารถสังเกตอาการของโรคได้ในช่วงที่ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจากเดิม ลุงกิตติเล่าว่า

“มันจะแสดงอาการออก คือว่าตามที่ผมเคยสังเกตนั่นนะ ถ้าว่าน้ำตาลสูงอะไรแบบนี้ เช่นว่า...อาการเหมือนกับว่า คนนอนไม่เต็มตื่นนั้น แบบร่างกายเพลีย ถ้าว่าน้ำตาลสูงนั่นนะ รู้สึกว่าร่างกายเพลีย ทำงานไม่ค่อยรอด แล้วถึงก็มันเกี่ยวกับในด้านจิตใจนะ...ใจเหี่ยว ๆ นั้นทำงาน มันไม่ครึกครื้น ไม่กระตือรือร้นอะไรแบบนั้นนะ ตอนเข้านอนไม่ค่อยอยากลุกขึ้น ผมสังเกตดูหลายครั้งแล้ว ถ้าว่าน้ำตาลสูงขึ้นสัก 200 กว่า 250 ขึ้น อะไรแบบนี้...” (ลุงกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

กรณีที่ 2 ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 5 คน ของกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เล่าว่า ตั้งแต่เริ่มรู้ว่าป่วยเป็นเบาหวานจนกระทั่งทุกวันนี้ ตนแทบจะไม่มีอาการใด ๆ

ของโรคเลย จะมีบ้างก็เฉพาะนาน ๆ ครั้ง แต่ก็ไม่ใช่อาการที่รุนแรง คนจึงรับรู้มาโดยตลอดว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเพียงความเจ็บป่วยธรรมดา เช่นที่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 ราย เล่าถึงประสบการณ์ของตน ดังนี้

รายที่ 1 น้าวรรณ เล่าว่า ตนไม่เคยเกิดอาการผิดปกติใด ๆ ที่จะสามารถรับรู้ได้ว่าเจ็บป่วย ตนทราบว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยบังเอิญ และตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย 9 ปี แทบจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ นอกจากอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปเพียง 2 ครั้ง คนจึงรับรู้มาโดยตลอดว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นโรคที่แทบจะไม่มีอาการ

“...บังเอิญ เขามีคลินิกพิเศษของหมอ... (ชื่อแพทย์) หมอ...เขาจะทำวิจัย เขาก็มาประกาศที่...(ชื่อสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง) ว่าใครจะไปให้หมอเช็คร่างกายอะไรอย่างนี้ ก็เลยไป...พอไปปุ๊บก็เจอทันทีว่าเป็นเบาหวาน...ไปกับโครงการ...(ชื่อสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง) ไม่ได้ไปเอง เพราะไม่คิดว่าตัวเองจะเป็น ที่เหตุว่าไม่คิดว่าตัวเองจะเป็น ก็ไม่มีปกติ อาการเบาหวานอะไรก็ไม่มี ปกติธรรมดา เช็กได้จากตรวจเลือดคนนั้นแหละ ไม่มีอาการอะไรเลย ไม่มีเลย จนบัดนี้ส่วนใหญ่ก็ไม่มีอาการ...” (น้าวรรณ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

รายที่ 2 น้ำเดช ซึ่งป่วยเป็นเบาหวานมาเป็นเวลา 2 ปี เล่าว่า เมื่อมารับการตรวจรักษาอาการอ่อนเพลียที่เคยเกิดในช่วงเริ่มป่วยก็หายไป หลังจากนั้นตนไม่เคยเกิดอาการผิดปกติใด ๆ เลย ทั้ง ๆ ที่ยังคงมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาโดยตลอด คนก็ยังเป็นปกติ เหมือนคนปกติทั่วไปที่ไม่ได้เจ็บป่วย น้ำเดชกล่าวถึงความรู้สึกต่อความเจ็บป่วยที่ยังคงมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงว่า

“...ผมไม่ตกใจใคร ไม่มีใคร ปกติอยู่ เบื่อเราปกติ ร่างกายเรารู้ว่าเออ ! มันไม่มีใคร ถ้าว่าเออ ! ว่าเราเที่ยวมีอาการโน้น-นี่ขึ้นมา นี่มันไม่มีอาการใคร นี่หมอยังงงอยู่ที่นี่ๆ ลง ๆ แกว่าเออ ทำไมขึ้น ๆ ลง ๆ เบาหวาน...ผมกินได้เหมือนเดิม อยู่ ๆ มัน (น้ำตาลในเลือด) ขึ้นมาอีก ก็กินปกติเหมือนเดิม ยาหมอสั่งให้กินแบบนั้น ๆ ผมก็กินตามหมอว่า ... ปกติธรรมดา มันก็อยู่แบบนั้น...” (น้ำเดช : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

ลักษณะที่ 2 ความเจ็บป่วยธรรมดาที่เกิดขึ้นได้และหายเองได้ เป็นการอธิบายถึงลักษณะของโรคเบาหวานว่าเป็นความเจ็บป่วยธรรมดาอีกลักษณะหนึ่งของน้ำเดช ซึ่งอธิบายว่าเป็นความเจ็บป่วยที่สามารถเกิดขึ้นและหายได้เอง เนื่องจากเชื่อว่าอาการที่ตรวจพบหรือค่าความผิดปกติ

ของค่าระดับน้ำตาลในเลือด สามารถปรับขึ้นลงได้เองโดยไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยใด ๆ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นจึงต้องลดลงได้เองอย่างแน่นอน โดยไม่ต้องจัดการหรือปฏิบัติการควบคุมใด ๆ ดังอีกตอนหนึ่งที่นำเคสเล่าถึงประสบการณ์ที่ทำให้คนมีความเชื่อในลักษณะดังกล่าวว่า

“...พอน้ำตาลลง หมอว่าควบคุมอาหารดี ความจริงไม่ กินปกติ ผมว่ามันไม่ลง มันเป็นไปได้ เพราะมันขึ้น ๆ ลง ๆ อยู่แบบนี้ มันก็อยู่แบบนี้ ถึงผมว่าเบาหวานนี้ มันมีสิทธิ์ขึ้น-ลงได้ โดยตัวของมันเอง เราไม่ต้องทำอะไร ผมว่าขึ้นลงได้ มันขึ้น ๆ ลง ๆ นี่ผม 400 กว่า ผมก็เคย 200 กว่า 300 กว่า ลงมาเหลือ 100 กว่า กินเหมือนเดิม ปกติ ผมว่ามันขึ้น-ลงเองได้” (นำเคส : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

2. การให้ความหมายต่อการรักษาและคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับจากทีมสุขภาพ

### 1. การให้ความหมายต่อการรักษาที่ได้รับจากทีมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงประสบการณ์การรักษาที่ได้รับในลักษณะของการรับรู้การดูแลของทีมสุขภาพที่ตนได้รับจากการมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลและความเชื่อในประสิทธิภาพของยาที่ได้รับ รวมทั้งอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ยาใน 3 ลักษณะ ดังนี้

- 1.1 การเอาใจใส่
- 1.2 ประสิทธิภาพยามีจำกัด
- 1.3 ก่อให้เกิดโรคอื่น

1.1 การเอาใจใส่ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม รับรู้ถึงการรักษาที่ได้รับจากทีมสุขภาพว่าเป็นการดูแลเอาใจใส่ใน 2 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 เฝาระวังอันตราย ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 5 คน ของแต่ละกลุ่ม รับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ของทีมสุขภาพในลักษณะของการได้รับการตรวจรักษาสุขภาพอย่างเอาใจใส่ มีการพยายามค้นหาอาการหรือความผิดปกติที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยเป็นเบาหวาน เช่น ในกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 รายนี้

รายที่ 1 ลุงพงศ์ ผู้ให้ข้อมูลที่มารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 5 ปี เล่าถึงประสบการณ์การได้รับการตรวจรักษาสุขภาพอย่างเอาใจใส่ โดยมีการเฝ้าระวังอันตรายถึงอาการรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ในบางระบบ เช่น ระบบประสาท ว่า

“...คือ คือ ผมรู้สึกคือคือว่าหมอเขาเอาใจใส่มาก...ครับเขาตรวจหลายอย่าง บางสิ่งบางอย่าง เขาก็บางทีเขาก็ให้นอนบนเตียง เขาก็เจาะประสาทเรานี้ นี่ทุกส่วนนี่ (จับบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง) ที่เขาเจาะไปนี่เจ็บไหม คือคนเป็นเบาหวานหนักนี้ ไม่เจ็บนะ คือผมรู้เพื่อนผมคนหนึ่งตายแล้ว ขึ้นบนเตียง พอหมอเจาะ ไม่ คือ ประสาท ประสาทผิวหนัง มันไม่เจ็บเสียแล้ว ไม่ต้องการเสียแล้ว แต่นี่ไม่ พอเจาะบีบเจ็บหมดทุกสิ่งทุกอย่าง...เขาตรวจหลายอย่าง คือเขาต้องการให้เราหาย หมออยากให้เราหายครับ...” (ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

รายที่ 2 กรณีของลุงกิตติ ผู้ให้ข้อมูลที่พึงพอใจต่อการรักษาที่ได้รับเป็นอย่างมาก จากการได้รับการดูแลเอาใจใส่ในการตรวจสุขภาพ ซึ่งมีการพยายามค้นหาความผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น ผลต่อหลอดเลือด ผลต่อการทำงานของไต เพื่อเฝ้าระวังอันตรายหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเจ็บป่วยด้วยเบาหวาน กล่าวไว้ว่า

“...ได้รับการรักษาอย่างดีแล้วกัน ถูกต้อง...คือว่าหมอเขาติดตามเกี่ยวกับไอ้เนี่ย (เบาหวาน) โดยเฉพาะเลย ถึงที่ผมบอกอย่างตีความความว่า คือว่าทุก ๆ ครั้งนี้ มันเป็นอย่างไงล่ะ อธิบายไม่ถูก แบบว่า เป็นการรักษาเฉพาะโรคนะ คลินิกนั้นโดยเฉพาะเลย ผมว่าดี มากคือว่าเขาติดตามเราทุกขั้นตอนเลย ผลเลือด ความดัน อะไรทุกอย่าง ทุก ๆ เดือนที่ให้เราไปตรวจอะไรแบบนี้ บางทีก็มีการให้ไปตรวจตา เขากลัวว่าตาอาจจะเสีย เพราะเบาหวานมันเป็นได้ใช่ไหม คือว่าทุกสิ่งทุกอย่าง เขาเอาใจใส่ดีมาก ผมว่า...” (ลุงกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

ลักษณะที่ 2 แนะนำการปฏิบัติตัว นอกจากจะได้รับการดูแลในการตรวจสุขภาพแล้ว ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ยังรับรู้ถึงการเอาใจใส่ของทีมสุขภาพในลักษณะของการพยายามแนะนำให้มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจะมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทุกคนเล่าว่า ตนได้รับการแนะนำทั้งในลักษณะของการแนะนำวิธีปฏิบัติโดยทั่ว ๆ ไป และการชี้แนะจุดบกพร่องเมื่อพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่ลดลง โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหาร เช่น ในกรณีของลุงกิตติ ซึ่งมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขึ้น ๆ ลง ๆ อยู่ในระดับที่สูงกว่าค่าที่สามารถยอม

รับได้ในทางการแพทย์มาตลอด (FBS ไม่เคยต่ำกว่า 180 mg % มาตลอดระยะเวลา 4 ปี ก่อนเข้าร่วมการวิจัย) มารยะหลัง ๆ ซึ่งค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่ค่อยลดลงหรือลดลงน้อยมาก (อยู่ในช่วง 232-261 mg %) เป็นเวลา 5 เดือน เล่าว่า ตนเคยได้รับการแนะนำการปฏิบัติตัวในการควบคุมเบาหวานอย่างละเอียด โดยเฉพาะในช่วงเริ่มมารับการตรวจรักษา และแม้กระทั่งในช่วงนี้ ตนก็ยังได้รับการดูแลในการช่วยชี้แนะจุดบกพร่องการควบคุมจากทีมสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ผู้รักษาอยู่เป็นประจำ ลุงกิตติกล่าวถึงการได้รับการเอาใจใส่อีกตอนหนึ่งว่า

“ไ้ที่นี่เขาอธิบายทุกสิ่งทุกอย่างทำให้เราเข้าใจ เขาอธิบายทั้งเรื่องยาด้วย แม้กระทั่งอาหารการกิน อะไรทุกอย่าง ทำให้เรามีความรู้ในทางดีขึ้นมาบ้าง แต่ผมพูดง่าย ๆ ว่า คล้าย ๆ ว่าการรักษาของเขานั้น ไม่ใช่เขาจะรักษาแต่จะให้โรคนี้มันหายไปทีละ คือว่า เขามีการแนะนำอะไรทุกอย่างให้เรา รู้ สมมุติฐานของมันว่ามาแบบไหนอะไร ไข่ม้อย ถึงการป้องกันอะไรยังไง ออกกำลังกายมันจะช่วยให้อะไร ยังไง อะไรแบบนี้ ผมถึงว่าการรักษาของเขาดีมาก...” (ลุงกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

“...แต่หมอ แต่ก่อนยังไม่ห้ามเด็ดขาด แต่ก่อนถามว่าผมกินเท่าใดกาแฟ ผมว่าวันหนึ่ง ไม่ต่ำกว่า 4-5 แก้ว ก็แอบบอกให้ลดลง พอมารยะหลังคล้าย ๆ ว่า มันยังงั้นละ น้ำตาลมันไม่ค่อยลดนั่น มันขึ้น ถึงหมอพยายามกดไ้เรื่องนี้แล้ว บอกว่าบางทีคือว่าจาก 5 แก้ว เป็น 3 แก้ว จาก 3 แก้ว เป็น 2 แก้ว จาก 2 แก้ว เป็น 1 แก้ว อะไรแบบนี้แหละนะ จนกระทั่งทำให้กินกาแฟเปล่าอะไรแบบนี้ เขาค่อย ๆ จี้อู่นี้แหละเข้ามาเรื่อย ก็หมายความว่าหมอก็เข้มงวดมากขึ้น ถึงก็ทำให้เรานี้แห่งเสียงมาว่าจุดที่ว่าเป็นของแสงนั่นก็คือน้ำตาล หรือว่าพวกของหวานไข่ม้อย เพราะหมอสั่งมาว่าไ้โน้นก็ผมคล้าย ๆ ว่าถูกบางทีผมกิน แต่ผมตอบว่า ไม่กิน ก็มีแต่กาแฟอย่างเดียว หมอก็จำเป็นต้องมาลดกาแฟนี้แล้ว ไข่ม้อยครับ” (ลุงกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เล่าว่า ตนเคยได้รับคำแนะนำในลักษณะนั้น โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหารเช่นกัน แต่ในปัจจุบันที่ตนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แล้ว 3 ใน 5 คน เห็นว่า คำแนะนำดังกล่าวจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่สามารถเรียนรู้วิถีปฏิบัติที่เหมาะสมเท่านั้น เนื่องจากการแนะนำในสิ่งที่ตนรับรู้และสามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมกับตนเองแล้ว ในระยะหลัง ๆ ตนจึงมักไม่ค่อยสนใจรับฟังคำแนะนำเหล่านั้นมากนัก เช่นในกรณีของลุงพงศ์ ที่เล่าว่า

“...ลุง (ผู้ให้ข้อมูล) ไม่สนใจ เพราะลุงรู้ในตัวแล้ว คือ เขาสอนคนที่คือหอรอก คนที่ไม่เข้าใจ คือว่าลิมข้อมบังคับ (ข้อปฏิบัติในการควบคุมอาหาร) นั้น ว่าอย่ากินให้มาก ๆ เขา

อธิบายเรื่องกินทั้งนั้นแหละส่วนมาก เขาหวานนี่เรื่องอื่นไม่มีหรอก คือของกินนี้ครับ ตอนแรกผมสนใจ ตอนหลังเราไม่สนใจแล้ว เพราะว่า เรารู้แล้ว เพราะเราพยายามอยู่แล้วนี่ เรารู้”  
(ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

1.2 ประสิทธิภาพยาที่มีจำกัด การรับรู้สรรพคุณของยาจากแพทย์ผู้รักษา และประสบการณ์การใช้ยา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจว่ายาที่ตนได้รับนั้น มีประสิทธิภาพในการรักษาจำกัด โดยได้อธิบายถึงความจำกัดในประสิทธิภาพของยาไว้ใน 4 ลักษณะ ดังนี้

1.2.1 ช่วยทุเลาอาการได้ แต่รักษาโรคไม่หาย

1.2.2 ต้องใช้ควบคู่กับการปฏิบัติ

1.2.3 ต้องเพิ่มขนาดยาขึ้นเรื่อย ๆ

1.2.4 ขนาดสูงสุดยังลดน้ำตาลในเลือดไม่ได้

} พบเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

1.2.1 ช่วยทุเลาอาการได้ แต่รักษาโรคไม่หาย ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2 ใน 5 คน และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3 คน มีความเห็นว่า ยาที่ตนได้รับนั้นมีประสิทธิภาพในการรักษาจำกัด เนื่องจากสามารถช่วยทุเลาอาการรุนแรงของโรคหรือลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ระดับหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคให้หายได้ เช่นที่ถุงเนื้อและป่านวล ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือดมาโดยตลอด จนอาการของโรคทุเลาลงและทรงอยู่เช่นปัจจุบัน โดยไม่หายขาดหรือเกิดอาการรุนแรงของโรค เล่าถึงประสบการณ์การรักษาที่ตนได้รับว่า

“...ยาที่ได้มากินมันยังชั่ว มันขึ้น ๆ ลง ๆ ให้มันหายมันไม่หายหรอก... เชื้อ 50-50 เบื่อหายก็ไม่หาย มันอยู่ครึ่ง ๆ กลาง ๆ อยู่แบบนี้แหละ มันแรงก็ไม่แรง มันเบาหลง... แต่มันไม่แรงแหละ 50-50 มันครึ่งกลาง ถ้าว่า 100 หายไป 50 เหลืออยู่ 50 มันไม่หายขาด...”  
(ลุงเนื่อง : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

“...ถ้าผลเขาดี ก็มันหายสิ แต่นี่เบื่อกินไปยังงั้นแหละ ประทังไว้ คุมไว้ คุมไว้อย่าให้มันเป็นมาก ถ้าเราไม่กินเสียเลยก็เดี๋ยวมันเป็นมากอีก เดี่ยวไม่รู้มันจะเป็นอะไรขึ้นมาอีก มันแทรกซ้อนอันอื่นขึ้นมาอีกนะ...” (ป่านวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

1.2.2 ต้องใช้ควบคู่กับการปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 4 ใน 5 คน และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3 คน มีความเห็นว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นที่ยอมรับได้ การจะควบคุม



ระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ผลดีนั้น จะต้องปฏิบัติวิธีอื่นควบคู่ไปด้วยเสมอ ดังที่ลุงกรและน้ำเคชเล่าถึงประสบการณ์ของตนว่า

“...แต่ผลมันนี่ ให้นำตาลลง ผมว่ามันอยู่ที่คนนะ ถ้ากินหวานเข้าไปเยอะ ผมว่ายา มันก็ข่มไม่ลงเหมือนกันนะ อย่างกินน้ำเชื่อม น้ำกะทิ กินไม่มีเบรคนะ ผมว่ามันก็ช่วยอะไร ไม่ค่อยได้เหมือนกันแหละยานี้ มันต้องควบคู่กันไป ยามันต้องกดด้วย แล้วเราต้องไปลดอาหารด้วย แล้วมันก็ไปกันได้ ถ้าไม่ลดอาหารก็ไม่ได้...” (ลุงกร : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

“ที่สาวผม ผมลองถามดูว่าเหลือเท่าไรอีก ว่าเหลือ 170 อีก ไม่คุมเหมือนกัน ของกินทั้งนั้นไม่ว่าอะไร กินยากินทั้งนั้นเหมือนกันแต่ว่า ยาไทยยาฝรั่งกินทั้งนั้น แต่ว่านั่นแหละ ไม่คุม ไม่คุมไม่ลงอยู่แล้ว...” (น้ำเคช : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

1.2.3 ต้องเพิ่มขนาดยาขึ้นเรื่อย ๆ น้ำเยาว์ ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ อธิบายถึงความจำกัดในประสิทธิภาพของยาที่ตนได้รับว่า ยาแต่ละขนาดเป็นตัวยาที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ช่วงระยะสั้น ๆ โดยได้เล่าถึงประสบการณ์การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากได้รับการปรับเพิ่มขนาดยาในระยะเวลา 1 สัปดาห์ แต่เมื่อใช้ยาขนาดเดิมนานขึ้นก็พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นอีก จนต้องปรับเพิ่มขนาดของยาไปเรื่อย ๆ น้ำเยาว์เล่าว่า

“...หมอบ่อยยามาเม็ดหนึ่งด้วยช่วงนั้นยามเม็ดใหญ่นั้นนะปกติกินตอนเช้า 2 เม็ด ก่อนอาหารเสร็จก็หมอบ่อยยามวัน 2 เม็ดแหละนะ เช้าก่อนอาหารเม็ดหนึ่ง นั่นแหละช่วงอาทิตย์นั้นแหละ ลดเหลือ 126 (จากเดิม FBS = 322 mg %) ถึงพอมานั่นหมอบ่อยยามันมากเดือนกว่า 2 เดือน (นับ 2 เดือน) ถึงมันขึ้นมามาก ขนาดเรากินยาอยู่แบบเดิมนั้น ถึงนั่นแหละที่ว่า ไม่อยากเพิ่มยากแล้วว่ามันเป็นแบบนั้น ... ถ้าเพิ่มขึ้นไปแล้ว ต้องเพิ่มอยู่นั่นแล้ว... เพราะแต่ก่อนที่แรก ๆ ไปก็เขาให้กินเม็ดเดียว เม็ดกลมเม็ดเล็ก ถึงค่อยเพิ่มมา ๆ เปลี่ยนมาๆ มีแต่เพิ่มไม่มีลด” (น้ำเยาว์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

1.2.4 ขนาดสูงสุดยังลดน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประสบการณ์การใช้และการรับรู้ถึงประสิทธิภาพของยาในการรักษาอาการรุนแรงของผู้ป่วยเบาหวานอื่น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2 ใน 5 คน รับรู้ถึงความจำกัดในประสิทธิภาพของยาที่ตนได้รับว่า เมื่อได้ปรับเปลี่ยนขนาดและเพิ่มขนาดยาจนถึงขนาดที่สูงสุดแล้ว จะไม่สามารถปรับเปลี่ยนและเพิ่มขนาดได้อีก อีกทั้งขนาดคงกล่าวจะไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นได้

ยาที่ได้รับสามารถลดน้ำตาลในเลือดที่สูงสุดได้ในบางระดับเท่านั้น เช่น ในกรณีของน้ำเคซ ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง (FBS = 226-237 mg % ก่อนเข้าร่วมการวิจัย) กล่าว ตั้งแต่เริ่มรับการรักษาเป็นต้นมา คนได้รับการเพิ่มขนาดยาเกินขนาดเดิมมาเรื่อย ๆ ต่อมาระยะหลัง ๆ คนได้รับยาเกินเพิ่มขึ้นอีก 1 ขนาด ซึ่งครั้งหลังสุดนี้ (8 เดือน ก่อนการวิจัย) คนได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ผู้รักษาว่า ต่อไปจะไม่สามารถปรับเปลี่ยนขนาดหรือเพิ่มขนาดยาได้อีก เนื่องจากขนาดยาและขนาดที่ได้รับในปัจจุบันเป็นขนาดสูงสุดที่จะปรับได้แล้ว และจากประสบการณ์การใช้ขนาดดังกล่าวไม่ได้ทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้อีกเลย น้ำเคซ กล่าว

“...ครับ ยาคิม เพราะมันไม่มียาอะไรหมอว่า ไม่มียาอะไรเป็นเบาหวานกิน 2 อย่างนั้น แก (หมอ) ว่าหมดแล้ว จะเพิ่มยาอีกไม่ได้แล้ว แกว่านี่มันเต็มที่แล้ว อย่างละ 2 เม็ด เช้า- เย็น...ยานี้ (ยาโรงพยาบาล) ผมไม่ขาด ผมกินประจำเลย ก็ผมว่าน่าลง มันไม่ลง ผมยังงอยู่... หมอก็ต้อง ฮา ! เปลี่ยนยาอีก ถ้ามียาเปลี่ยนเขาก็เปลี่ยนให้ ไอ้นี้หาไม่ยาเปลี่ยน กิน กิน ไอ้นี้ หมอว่า ไม่มียาอะไรแล้ว ก็กินอยู่แบบนี้แหละ ไม่ลง ถึงจะให้เพิ่มยาอีกไม่ได้ แกว่านี่มันเต็มที่แล้ว...” (น้ำเคซ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

1.3 อาจก่อให้เกิดโรคอื่นตามมา ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 5 คน ของแต่ละกลุ่ม รับรู้และเชื่อว่ายาที่ตนได้รับนั้นสามารถสะสมและอาจก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมาได้โดยเฉพาะเมื่อรับประทานเป็นระยะเวลานานๆ เช่น กรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 รายนี้

รายที่ 1 ลุงสวัสดิ์ ซึ่งเคยได้รับการผ่าตัดรักษานิ้วในถุงน้ำดี เมื่อ 10 ปีก่อนเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน เชื่อว่า การรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน ๆ และโดยเฉพาะเมื่อต้องรับประทานในปริมาณมาก ๆ จากการเจ็บป่วยหลายโรค (โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน) อย่างตนจะสามารถทำให้ตะกอนของยา ซึ่งน่าจะสลายไม่หมด สามารถสะสม และอาจเกิดเป็นนิ้วได้เช่นเดียวกับการสะสมของตะกอนหินปูน (จากการดื่มน้ำตามป่าตามเขา เมื่อครั้งที่ตนไปทำงานแถวชนบทภาคเหนือ เมื่อประมาณ 2 ปี ก่อนเป็นนิ้ว) ที่ทำให้ตนเคยเกิดนิ้วมาแล้ว ลุงสวัสดิ์เล่าว่า

“กิน (ยา) มาก ผมกลัวจะเป็นนิ้วขึ้นมาสักอย่างอีก เพราะยามันตกตะกอนมากๆ เข้า มันอาจเป็นนิ้วได้ ...เพราะมันตกตะกอน เหมือนกับไอ้พวกหินปูน ไอ้พวกแคลเซียมเหมือนกันผมว่า ถึงมันสะกิดมาจากอื่น ก็มันย่อยสลายไม่หมด มันตกค้างอยู่ข้าง ยากับหินปูน มันตกตะกอนได้คล้าย ๆ แต่มันน้อยกว่าพวกหินปูน หินปูนมันเกี่ยวกับหิน ยานี้มันพีซ มันสะกิดมาอาจย่อยสลายได้มากกว่า มันคงมีอยู่ข้างกินมาก ๆ ผมว่า” (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

รายที่ 2 น้าเยาว์ ผู้ให้ข้อมูลที่เคยดูแลมารดา ซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ และต้องรับประทานยาบางชนิดเป็นประจำ จนเกิดอาการข้างเคียงรุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุที่น้าเยาว์เล่าว่า ทำให้มารดาของตนต้องเสียชีวิตในครั้งนั้น เชื่อว่าการรับประทานยาแผนปัจจุบันเป็นระยะเวลานาน ๆ อาจจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรือโรคร้ายแรงอื่นๆ ขึ้นได้ตนจึงรู้สึกกลัวและไม่อยากรับประทานยาดังกล่าวไปตลอดชีวิต น้าเยาว์เล่าถึงประสบการณ์ที่ทำให้ตนรู้สึกกลัวอันตรายจากการใช้ยามาโดยตลอดว่า

“...ไม่อยากกินยาล่วงตลอดชีวิต กลัวพิษข้างเคียง...พิษข้างเคียงโดนกับแม่ แต่ว่าแม่ไม่ใช่เบาหวาน แม่เป็นโรคหัวใจ ก็แอกกิน (ยา) มาหลายปี เป็น 10 ปี รักษาโรคหัวใจ ยาเม็ดสามเหลี่ยมสีชมพูอะไรไม่รู้ลืมชื่อเสียแล้ว...นาน ๆ เข้าก็แอก (แม่) เป็นโรคไขกระดูกไม่ทำงาน มันไม่ผลิตเม็ดเลือดมาใช้ ร้าย ที่แอกเสียก็เสียกับโรคนี้แหละ แบบว่าเลือดมันออกไม่หยุดเสีย เวลาถ้าว่าเหมือนออกตามทันตามอะไร แกออกเป็นโดน ๆ นั้นแหละน้า (ผู้ให้ข้อมูล) กลัวว่ามันไปทำตัวนี้ ยาบางชนิดนั้น...” (น้าเยาว์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

2. การให้ความหมายต่อคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับจากทีมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงประสบการณ์เกี่ยวกับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ตนได้รับจากทีมสุขภาพ ในลักษณะของความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะข้อปฏิบัติเพื่อการควบคุมอาหาร ที่ตนไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากเป็นข้อปฏิบัติที่มีลักษณะต่าง ๆ ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ดังนี้

- 2.1 ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต
  - 2.2 ไม่น่าเชื่อถือ (พบเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้)
  - 2.3 ไม่ชัดเจน และไม่ครอบคลุม
  - 2.4 ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้
- } (พบเฉพาะในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้)

2.1 ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต เป็นความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม 8 ใน 10 คน ที่เห็นว่า คำแนะนำที่ได้รับนั้น เป็นข้อปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเป็นอย่างมาก ไม่

สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน โดยได้อธิบายถึงลักษณะของความไม่สอดคล้องไว้ใน 2 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 ขัดกับนิสัยประจำตัว เป็นความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทุกคน และ 3 ใน 5 คน ของกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่เห็นว่า เป็นคำแนะนำที่ปฏิบัติได้ยาก หรือไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากเป็นการขัดแย้งกับนิสัยประจำตัว โดยเฉพาะบริโภคนิสัย เพราะถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะรับรู้ว่า ตนยังสามารถรับประทานอาหารเช้าที่ชอบได้ แต่การจะต้องรับประทานในปริมาณที่จำกัดหรือปรับเปลี่ยนมารับประทานอาหารบางประเภทที่ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพว่าควรเพิ่มหรือรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวนแทน โดยเฉพาะอาหารที่ตนไม่ค่อยชอบ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเสมือนว่า “ไม่ได้” รับประทาน หรืออดรับประทานอาหารเช้าที่ชอบไปโดยตลอด จนทำให้ 4 ใน 5 คน ของกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รู้สึกถึงความทุกข์ทรมานใจ ถ้าจะต้องรับประทานอาหารเช้าที่ชอบในปริมาณจำกัด การควบคุมอาหารตามคำแนะนำจึงเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ให้ข้อมูล ดังเช่นในกรณีของ 2 รายนี้

รายที่ 1 ลุงสวัสดิ์ ผู้ให้ข้อมูลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน อธิบายว่า การจะต้องปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัยให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพนั้น เป็นเรื่องที่ตนไม่สามารถปฏิบัติได้ เพราะการจะต้องปรับเปลี่ยนทั้งประเภทและปริมาณอาหารรับประทานให้ถูกต้องตามคำแนะนำนั้น ทำให้ตนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่เกือบทั้งหมด อีกทั้งตนยังมีนิสัยชอบอาหารรสหวานมาตั้งแต่เด็ก จึงมีความเป็นไปได้น้อยมากที่ตนจะปฏิบัติตามได้ ลุงสวัสดิ์ กล่าวว่า

“มันคุมไม่ยากหรอก ร่างกายของเราถ้าเรากินแต่ผักอะไร...เขาให้คุมของกิน คนเรามันกินแต่ผัก แต่หญ้าไม่ได้ เขาให้คุมของกินนั้น คนถ้าคุมอาหารการกินคุมยากเท่านั้น...เบาหวานเขาอย่าให้กินของหวาน ก็มันทุกอย่างเหมือนกัน คนที่ชอบของหวานอยู่แล้ว ที่จริงมันไม่ยากถ้าคนไม่ชอบของหวาน แต่ถ้าไม่กินของหวานแล้วมันไปกินแอลกอฮอล์อีก ถึงข้าวไม่ให้กินมาก มีของหวานมีแป้งอยู่ทั้งนั้นในข้าวในอาหารต่าง ๆ ทุกชนิดในผัก ก็มันมีน้ำตาล แต่เป็นเปอร์เซ็นต์น้อย ให้กินแต่ผัก ข้าวก็ไม่ให้กินมาก...คนที่เบาหวานให้กินแต่ผัก พวกผักอย่างเดียว อาหารทะเล ปู ปลา อะไรหมด ไม่ให้ ผลไม้ก็ไม่ พวกหวานไม่ให้กิน ให้กินแอปเปิ้ลเขียว กินสับปะรดเปรี้ยว ๆ กินไม่ได้ แต่รับปากมาแบบนั้นแหละ แต่เวลาคูมจริงๆ คุมไม่ได้...” (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

รายชื่อ 2 ลูกกิตติ ซึ่งมีก็จะรับประทานอาหารที่ชอบจนอ้วม แต่นาน ๆ ครั้ง ด้วยอ้างว่าเป็นวิธีที่จะช่วยให้ตนลดความอยากรับประทานผลไม้และอาหารรสหวานลงได้ บรรยายถึงความรู้สึกนึกคิดถ้าจะต้องควบคุมอาหารตามคำแนะนำว่า

“แต่ผมคิดว่าจะ ถึงว่าทำไมไม่ได้ก็ผมว่า ผมน่าจะพออ่านใจถูกแหละว่ามันทรมาณมากเหมือนกัน ถ้ามาทำ ผมถึงทำไมไม่ได้เพราะอะไร คือของที่เรอยากกินถึงมันไม่ได้กินนั้น มันทรมาณอยู่แล้ว...เขาแนะนำเลย สมมุติว่าของหวานจัดแบบนี้ให้กินได้แค่นั้น ๆ มีรายการของหมที่เขาให้มา...เขาให้เป็นซีท (Sheet) มาเลยครับ ผมว่าในความรู้สึกของผม “กูถ้าหมอให้กินแบบนี้ตายแน่” ... ไม่หายอยากสิ... ให้กินได้สักลูกหรือสองลูก เช่นว่า ลูกกลางสาดหรือลูกทองกองแบบนี้ มันหวานจัด กินได้ไม่กินสองลูกแบบนี้ พุดจริง ๆ แล้วเรากินเป็นโล ให้คิดดูแบบนี้ ไซ้มี ถึงไอ้นี้แหละผมเปรียบเทียบกับมันทรมาณ ถ้ากินแค่นั้น...” (ลูกกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

นอกจากนั้น สำหรับผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ยังมีความเห็นว่า ไม่เพียงแต่ตนจะต้องปรับเปลี่ยนในเรื่องของประเภทและปริมาณอาหารที่เครับประทานเสียใหม่แล้ว การจะปฏิบัติการควบคุมอาหารตามคำแนะนำให้ได้นั้น ยังทำให้ตนต้องปรับเปลี่ยนบริโคนิสัยในเรื่องการรับประทานอาหารนอกบ้านมาปรุงอาหารรับประทานเองอีกด้วย ซึ่งพบในกรณีของน้ำเดช ที่อธิบายถึงเหตุผลของการไม่ได้ปฏิบัติการควบคุมอาหารมาตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 ปี ว่าเป็นเพราะตนเห็นว่าถ้าจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นน่าจะทำให้ตนต้องประสบกับความยุ่งยากในการปฏิบัติที่ไม่คุ้นเคยกับความเคร่งครัดในกฎระเบียบการควบคุมต่าง ๆ เช่น การปรุงอาหารรับประทานเองทุกมื้อ น้ำเดชกล่าวว่า

“...แบบที่เราไปกินตามร้านตามอะไรแบบนี้ มันไม่มี ไซ้ใหม่ อันนี้ต้องกินที่บ้าน เหมือนกับว่าหมอเขาห้ามแบบนี้ ก็ต้องมาทำกินเอง แบบว่ากินโน้นนิดนี่นิดตามร้าน เราไปสั่งแบบนี้ ไอ้โน้น 2 ชิ้น ไอ้เท่านี้ ไม่ได้ ไม่มีใครทำให้ ถ้าทำกินเอง ได้...” (น้ำเดช : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

ลักษณะที่ 2 ไม่คิดถึงความแตกต่างของผู้ป่วย ภาระกิจในชีวิตประจำวัน เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลคำนึงถึงเมื่อจะต้องควบคุมอาหารตามคำแนะนำ และเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าคำแนะนำที่ได้รับเป็นข้อปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตน โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ใน 5 คน ของกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อธิบายว่า การที่ตนไม่สามารถควบคุมอาหารตามคำแนะนำได้ เนื่องจากตนต้องปฏิบัติงานที่ต้องใช้แรงงาน การแนะนำของทีมนสุขภาพนั้นไม่ได้คำนึงถึงภาระกิจที่ตนต้องรับผิดชอบ คำแนะนำที่ได้รับจึงเป็นเพียง

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยทั่วไป ที่ไม่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับคนที่จะปฏิบัติได้ ดังอีกคนหนึ่งที่น่าเคซ ซึ่งทำงานเป็นวิศวกรซ่อมบำรุงระบบไฟฟ้า ประจำ ของหน่วยราชการ แห่งหนึ่ง ที่ต้องใช้แรงงานกับงานในหน้าที่ประจำ กล่าวถึงเหตุผลของการปฏิบัติการควบคุมอาหาร ตามคำแนะนำไม่ได้ว่า

“...นี่เราออกแรง ออกเหงื่ออยู่แบบนี้ ถึงไปกินที่เท่านั้นก็ตายหอกแล้ว เขาให้กิน วันหนึ่ง เรากินมือเดียวไม่พอนั้นแหละ เขาไม่ได้ถาม เขาคิดถึงว่า คนไข้ ไม่ทำอะไร ได้ผมว่า แบบว่าตำราเขานั้นนะเขาสอนคน เขาสอนทุกวัน วันพุธนั้นที่นี้ คนเป็นเบาหวาน เขา บรรยายทุกวัน...” (น้ำเคซ : ผู้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

2.2 ไม่น่าเชื่อถือ เป็นความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ 2 ใน 5 คน ที่ได้พยายามอธิบายว่าจากประสบการณ์การควบคุมและไม่ควบคุม อาหารของตนนั้น พบว่าไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเพิ่มหรือลดของระดับน้ำตาลในเลือดแต่อย่างใด คนจึงเชื่อว่าคำแนะนำที่ได้รับนั้นไม่สำคัญ ไม่น่าเชื่อถือ และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามอีกต่อไป เพราะถึงแม้จะปฏิบัติตามก็ไม่ได้ช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ ยิ่งไปกว่านั้นถึงแม้ว่าจะไม่ ปฏิบัติตามตนก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติ ดังที่น้ำเคซ ซึ่งเคยควบคุมอาหารโดยการงดน้ำตาล ทรายแล้วเปลี่ยนมาใช้น้ำตาลเทียมในการดื่มกาแฟเป็นเวลาประมาณ 2 เดือน โดยที่ยังคงรับประทาน อาหารชนิดอื่นตามปกติ และพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่คาดว่ามันน่าจะลดลงกลับเพิ่มสูงขึ้น (จาก FBS 226 mg % เป็น 257 mg %) กล่าวว่

“...ถ้าเรานั้น (ถ้าจะปฏิบัติการควบคุมอาหารตามคำแนะนำ) เราก็ทำได้ เราก็หาไอ้ อื่นมาทดแทน...ผมรู้มาแล้ว (ทีมสุขภาพเคยแนะนำมาแล้ว) แต่ว่าผมขี้เกียจ แบบว่าผมไม่ ค่อยเชื่อเท่าใด ถึงว่าเป็นแบบนี้ ก็ปกติธรรมดาอยู่ผม...” (น้ำเคซ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุม ไม่ได้)

2.3 ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม ประสบการณ์การพยายามควบคุมอาหารให้ได้ตาม คำแนะนำทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 2 ใน 5 คน มีความเห็นว่า คำแนะนำ ที่ตนได้รับนั้นยังมีความไม่ชัดเจน และไม่ครอบคลุม เนื่องจากเป็นคำแนะนำใน 2 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 ขาดรายละเอียดที่จะนำไปปฏิบัติได้ การไม่สามารถปฏิบัติการ ควบคุมอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะสุขภาพได้ตามความตั้งใจที่ต้องการจะลดหรือควบคุม ความรุนแรงของโรคให้ได้ จากการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ไม่ได้บอกรายละเอียดในการปฏิบัติโดย เฉพาะในช่วงเริ่มป่วย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ 1 คน รับรู้ถึงความไม่ชัดเจนของคำแนะนำที่ได้รับใน

ลักษณะที่ยังขาดรายละเอียดที่จะนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งพบในกรณีของน้ำสววย ที่ได้ถึงสาเหตุของการไม่สามารถควบคุมอาหารได้ตามความตั้งใจว่า

“...ถึงก็แล้วก็ให้กินผลไม้ กินก็ ถ้าว่าเป็นส้มนี้แม่ (ผู้ให้ข้อมูล) จะกินที่นึ่ง 5 ลูก โน้นนะ...ของก็หมอบอกว่า กินส้มได้ໄ໓໓໓ ก็หมอบไม่ได้บอกนี่ว่ากินเท่าไร แม่ก็กิน 5 ลูก ...กินแทนข้าวว่างั้น เอ้า ! หมอว่าไม่ได้ ถึงก็หมอบอกอีกว่าชอบกินอะไรอีกล่ะ บอกว่ามะละกอล่ะ เอ้า ! แอ (หมอบ) ว่ากินมะละกอ กินได้นะ กินมะละกอนะ หมอบไม่ได้บอกอีกว่ากินเท่าใดอีก แม่ฟาดเอาที่ซีก ๆ...ก็เราว่าเออ ! แทนข้าวนะ... ก็หมอบไม่ได้บอก ไหนเราก็กินໄ໓໓໓ ก็ตอนนั้นหมอบอกว่าให้ลดข้าว ให้กินข้าวน้อย ๆ ก็ให้กินผลไม้ หมอว่า ถึงแม่ฟาดเข้า ส้ม 5 ลูก ว่าไปตามเรื่อง มะละกอที่ละซีก...” (น้ำสววย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

ลักษณะที่ 2 ขาดเนื้อหาในประเด็นสำคัญ การไม่รู้วิธีการป้องกันหรือแก้ไขอาการผิดปกติรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในการพยายามควบคุมอาหารตามคำแนะนำจากการได้รับคำแนะนำในลักษณะที่ยังไม่ครอบคลุมในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนควรรู้เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้อีก 1 คน ระบุว่าคำแนะนำที่ได้รับยังไม่ครอบคลุม ซึ่งพบในกรณีของลุงสวัสดิ์ ที่ได้ว่า

“...ผมบางที่นึกสนุก ๆ เข้าผมก็ดักคอบ้างเหมือนกัน ว่าพอดมาก ๆ มันซ็อค จะตายขึ้นมา บอกให้ลด ๆ ทำเดียว ผมแกลิ่ง ว่าเวลาหน้ามืด น่องอ่อนตืน (เท้า) อ่อน หัวหงุดหงิดขึ้นมา แล้วว่าหมอบอกบ้างหรือว่าให้กินอะไรเข้ามา ถึงเขา (พยาบาล) ว่ามีกำลังจะบอก...” (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

2.4 ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติการควบคุมอาหารตามคำแนะนำได้อย่างเคร่งครัด แต่สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3 ใน 5 คน มีความคิดเห็นว่า คำแนะนำที่ได้รับ การทดลองปฏิบัติตามคำแนะนำในช่วงเริ่มมารับการตรวจรักษานั้น เป็นประสบการณ์ที่จะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้ตนมีความคิดริเริ่มในการพยายามค้นหาจนสามารถเรียนรู้ได้ถึงวิธีการปฏิบัติการควบคุมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตน ซึ่งเป็นการค้นหาวิธีการเผชิญกับผลกระทบในลักษณะที่ไม่พึงปรารถนาที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะเดียวกัน และเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ตนสามารถปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตลอดมา ลุงพงค์ เป็นผู้หนึ่งที่มีประสบการณ์ดังกล่าว ได้เล่าถึงแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ตนสามารถเรียนรู้วิธีการปฏิบัติการควบคุมสำหรับตนได้อย่างเหมาะสมว่า

“...คืออย่างนี้ครับ เรากลับทั้งนั้นนิ ลูก (ผู้วิจัย) เข้าใจไหม คือเรากลับทั้งนั้น ของที่เขาห้ามมานานทั้งนั้น...สิ่งที่เราอยากกินมันไม่ได้กิน คือ กลัว คือตอนนั้นกลัวมากกว่า กลัวโรคกำเริบนั้น...แล้วถึงบางสิ่งบางอย่างอยากกินด้วย แล้วเขามาห้ามว่า ทดลองดูว่าเป็นยังไงกับร่างกายเรา ภูมิด้านทานเรากับของกินนี่จะเป็นยังไง...สุขภาพส่วนไหนมันจะเสีย (หมายถึงกินแล้ว จะเกิดอาการอย่างไร) ...ต้องการให้รู้นั้น...ตกลงเราออกแหวกแนว (ค้นหาแนวทางการควบคุมอาหารที่เหมาะสมสำหรับตน) มาดีกว่า ออกเส้นทางจากหมอดีกว่า...เขาห้ามของนี้ กินให้ได้ ของหวานกิน กินให้ได้ กิน (เน้นเสียง) พอกินถึงเรารู้ทันทีเลยว่า อ้อ! ของนี้มันแสดง เราะจับได้ ถ้าของไหนที่ไม่แสดงเรากินได้...เขาว่ากินแดง (แดงโม) 3 ชิ้น ก็ไม่มีอะไรแดงครับ ไม่มีอะไร ผมกินมากครับ แดงนี้กินมากแต่ไม่มีอะไร (หมายถึงไม่ได้ทำให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น) พวกเรียน (ทุเรียน) กับลูกม่วง (มะม่วง) นี่สำคัญ ม่วงสุกหวาน ๆ นี่ไม่ได้ เรียนนี้หมอบอกว่ากินได้ 1 ยุม แต่ ผม ไม่ 2 ยุม ส่วนมาก ก็ไม่มีอะไร...”  
(ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

### 3. การให้ความหมายต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

พฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม เกิดขึ้นจากการพยายามค้นหาและเรียนรู้อย่างเป็นลำดับต่อเนื่อง และเป็นพลวัตรภายใต้เงื่อนไขและบริบททางสังคมการควบคุมเบาหวานที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ได้ให้ความหมายต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใน 4 ลักษณะ ดังนี้

1. แสวงหาการรักษา
2. ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต
3. ปรับน้ำตาลในเลือด
4. ประเมินผลด้วยตนเอง

1. แสวงหาการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานว่า เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และความคาดหวังว่าน่าจะมีวิธีการที่สามารถรักษาเบาหวานได้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 10 คน ซึ่งรับรู้ถึงประสิทธิภาพของวิธีการรักษาเบาหวานที่นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ทั้งที่เป็นการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยา มีความพยายามและพร้อมที่จะทดลองรักษา



ตนเองด้วยวิธีการดังกล่าว โดยเฉพาะในช่วงเริ่มป่วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงการแสวงหาการรักษาเบาหวานด้วยตนเอง ว่าเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย

- 1.1 หาข้อมูล
- 1.2 ทดลองรักษาแบบพื้นบ้าน
- 1.3 ประเมินผลการรักษา

1.1 หาข้อมูล เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 7 คน ในกลุ่มแสวงหาการรักษา จะตัดสินใจทดลองรักษาตามวิธีการต่าง ๆ โดยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลและสมาชิกในครอบครัวจะมุ่งมั่นแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและประสิทธิภาพในการรักษาของวิธีการนั้น ๆ โดยเฉพาะหลังจากรับรู้จากแพทย์ว่าไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ด้วยยาแผนปัจจุบัน ซึ่งแหล่งข้อมูลส่วนใหญ่ คือ บุคคลรอบข้างทั้งที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานเอง และผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เช่น หมอสมุนไพร เพื่อนบ้าน รวมทั้งบุคคลผู้มีความรู้ทางด้านสาธารณสุข เช่น กรณีของลุงสวัสดิ์ และป้านวล ผู้ให้ข้อมูลที่เคยแสวงหาการรักษา เล่าถึงประสบการณ์ของตนว่า

“... ผมก็ไปถามเขา (ผู้ป่วยเบาหวานที่เคยใช้สมุนไพรขนานที่ตนจะทดลอง) ว่าหายแล้ว... ถึงผมไปเชื่อ (เชื่อแน่) ว่ามันหายขาด ผมไปดืมกินตั้ง 3 หม้อ... ตอนนั้นก็อยากทดลองก็เชื่อเขา...” (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้) และอีกคนหนึ่งลุงสวัสดิ์เล่าว่า

“...หลังจากกินยาหมอโรงพยาบาล... (ชื่อโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง) ได้ช่วงหนึ่ง หมอสมุนไพรก็ยื่นมือเข้ามาทันทีเลย คุณเป็นเบาหวาน ดมยาผมหม้อเดียวก็หายขาด อย่างนั้นอย่างนี้...” (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

“...พ่อ (สามี) เขามีเพื่อนอยู่ที่ในเมือง... (ชื่ออำเภอ) ก็พ่อเขา (พ่อของเพื่อนสามี) เป็นโรคร้อยแปดนี่ ถึงรักษามาจ้งแล้ว... ถึงเห็นเขา (พ่อของเพื่อนสามี) หาย เพราะเขาไปปรับพระ (ไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเซโลกิวเซเคียวของญี่ปุ่น) ไปปรับพระมาแล้วก็ปฏิบัติ...เขว่าบางคนเป็นเบาหวานก็หาย...คนแถวตามโน้น เขาลงประวัติมาให้ฟังในหนังสือ ป้า (ผู้ให้ข้อมูล) อ่าน...” (ป้านวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

1.2 ทดลองรักษาแบบพื้นบ้าน เป็นการทดลองรักษาตนเองในช่วงเริ่มป่วย ตามวิธีการที่รับรู้และเชื่อว่าน่าจะรักษาโรคให้หายขาดได้ ซึ่ง 3 ใน 4 คน ของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ยอมรับว่าเคยทดลอง แต่ปัจจุบันได้เลิกใช้แล้วและจะไม่ทดลองใช้อีก ในขณะที่อีก 1 คน และ 3 ใน 5 คน ของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่แสวงหาการรักษา ยอมรับว่าตนกำลังทดลองใช้อยู่ และคิดว่าจะทดลองดู ถ้าวินิจฉัยหรือ

สามารถค้นพบวิธีการใหม่ได้อีก โดยที่ 6 ใน 7 คน ของกลุ่มที่แสวงหาการรักษาทั้งหมด ได้ทดลองรักษาควบคู่ไปกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน มีเพียง 1 คน ในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้เท่าที่ที่เคยหยุดยาแผนปัจจุบันขณะทดลอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ได้เลือกทดลองรักษาด้วยการรักษาแบบพื้นบ้านวิธีต่าง ๆ ดังนี้

- 1.2.1 สมุนไพร
- 1.2.2 การแก้เหมย
- 1.2.3 การเข้าลัทธิทางศาสนา

1.2.1 สมุนไพร เป็นที่นิยมมากในการทดลองรักษาเบาหวาน ซึ่งพบว่า ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มแสวงหาการรักษาทุกคน เคยทดลอง กำล้างทดลอง และตั้งใจจะทดลองรักษาด้วยยาสมุนไพร เนื่องจากความเชื่อในเรื่อง “ขมแก้หวาน” พืชสมุนไพรที่ใช้ทดลองรักษาเบาหวาน ส่วนใหญ่จึงมักจะมีรสขม เช่น ฟ้าทะลายโจร บอระเพ็ด มะระขี้นก ใบสัก คิงคองสวรรค์ น้ำเคซ และน้ำสวย ผู้ให้ข้อมูลที่เคยมีประสบการณ์การทดลองรักษาด้วยสมุนไพร เล่าว่า

“...แต่สมุนไพรขม ส่วนมาก อย่างแรงเลย ขมเขาว่าให้ไปกลบเกลื่อนเลือดที่มันหวาน น้ำตาลในร่างกาย มันไปหักลบกัน...” (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

“นี่ผมตั้มยากินอยู่ ช่วงนี้ ผมไปหาหมอที่... (ชื่อจังหวัด) เขาให้ยามา 2 หม้อ มันมีเข็ดมู๊ด (บอระเพ็ด) กินแล้วมันขมแหละ เข็ดมู๊ดมีผมเห็นแล้ว ใบอื่นไม่รู้ใบอะไรทำอะไรเยอะเลย...” (น้ำเคซ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

“...ทำตามทั้งนั้น ไม่ว่าใครบอกแหละ...นั่นน้องเขาเอาใบอินทนิลน้ำมาจาก (ชื่อสถานราชการแห่งหนึ่ง) เอามาต้มให้แม่ (ผู้ให้ข้อมูล) กิน...มะระขี้นกอะไร น้องสาวเอามาให้จาก (ชื่อจังหวัด)... ฟ้าทะลายโจร...เขาเอามาให้ ขมนะ ขมติดคอหอย...” (น้ำสวย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

1.2.2 การแก้เหมย ป่านวล ผู้ให้ข้อมูลที่เคยเกิดอาการหุ้อ ซึ่งเขาคิดว่าน่าจะเป็นอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เกิดจากการถูกเหมยซี (เกิดความเจ็บป่วยจากการไม่ปฏิบัติตามคำบ่นที่เป็นข้อผูกพันว่าจะต้องบวชซี เพื่อเตือนผู้ที่บ่นไว้ให้ปฏิบัติตาม) ตามคำทำนายของแม่ซี เล่าว่า หลังจากที่ไม่สามารถแก้ไขอาการดังกล่าวได้ด้วยยาแผนปัจจุบัน ตนเคยทดลองแก้เหมย (ปฏิบัติตามข้อผูกพันจากคำบ่น) ด้วยการบวชซีตามคำแนะนำ และพบว่า อาการหุ้อสามารถหายไป

“...ยิ่งกินยาโรงพยาบาล ยิ่งมันแรง (หูอื้อมากขึ้น) ยิ่งกินยาหูอื้อเข้าไปมันแทะยิ่งแรง  
ถึงนั้นแทะ ไปให้แม่ฉีด แก้วนี่ถูกเหมยซี่ ถึงเรว่าบวชซีเสียแล้ว... เทียงแต่เรามนว่าเราไป  
บวชซีให้ ก็มันหายไปเลย พอหาย ถึงก็ป่า (ผู้ให้ข้อมูล) บวชซีเลยตอนนั้น...” (บ้านวล :  
ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

1.2.3 การเข้าลัทธิทางศาสนา เมื่อรับรู้จากสามีว่า ศาสนาเซโดทิวเซเดียวของ  
ญี่ปุ่น เป็นศาสนาที่ช่วยคน (ผู้นับถือ) ให้พ้นทุกข์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โดยสามารถอธิษฐานขอ  
ต่อผู้นำศาสนาให้ตนและครอบครัวประสบแต่ความสุขได้ บ้านวล ผู้ให้ข้อมูลที่พยายามทดลอง  
รักษาเบาหวานด้วยการรักษาแบบพื้นบ้านในหลายวิธีมาตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย 4 ปี เล่าถึง  
ประสบการณ์อีกตอนหนึ่งว่า การนับถือศาสนาญี่ปุ่น ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ตนได้ทดลองปฏิบัติควบคุม  
ไปกับวิธีการอื่น ๆ ด้วยหวังว่าจะสามารถหายขาดจากโรคได้

“...ถึงนั้นแล้ว ตอนที่ว่า ที่ได้ไปรับพระ (ไปประกอบพิธีกรรมของศาสนา) นี้...ป่า  
(ผู้ให้ข้อมูล) ไปรักษามา 2 ปีแล้ว ... ก็ไปทำดู ลอง อยากล่อง สิ่งไหนมาไหนอยากล่องดู ไซ้  
ไหม...” (บ้านวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

1.3 ประเมินผลการรักษา หลังจากทดลองรักษาแบบพื้นบ้านมาระยะหนึ่ง พบว่า  
ผู้ให้ข้อมูลทุกคน ได้ประเมินผลการรักษาใน 3 ลักษณะ คือ ผลลบ ผลบวก และผลเป็นกลาง โดย  
ใช้ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และอาการทั่วไปที่ประเมินได้จากความรู้สึกตนเองเป็นเกณฑ์ ซึ่งผลการ  
รักษาเป็นลบ หมายถึง การรักษาที่ทดลองไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือทำให้เกิด  
อาการรุนแรงของโรคขึ้น ผลการรักษากลายเป็นบวก หมายถึง การรักษาที่ทดลองสามารถทำให้ระดับ  
น้ำตาลในเลือดลดลงและหรือทำให้รู้สึกสบายขึ้น ส่วนผลการทดลองเป็นกลาง หมายถึง การรักษา  
ที่ทดลองไม่ได้ทำให้อาการเปลี่ยนแปลงหรือไม่สามารถประเมินได้ว่าผลเป็นลบหรือเป็นบวก  
เนื่องจากได้ทดลองรักษาควบคุมไปกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ผลการประเมินจะมีผลต่อการตัดสินใจ  
ในการทดลองรักษาด้วยวิธีนั้น ๆ ในระยะต่อไป โดยพบว่า 5 ใน 7 คน ของผู้ที่ประเมินผลได้เป็น  
ลบ ซึ่ง 3 ใน 5 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะหยุดทดลอง  
รักษาด้วยวิธีนั้น ๆ และจะไม่แสวงหาวิธีการใหม่อีก แต่จะยึดการรักษาแผนปัจจุบันเป็นหลัก ใน  
ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2 ใน 5 คน จะหยุดทดลอง  
รักษาด้วยวิธีการเดิม แต่จะพยายามค้นหาและตั้งใจจะทดลองวิธีการใหม่ต่อไป ด้วยคาดหวังว่าน่า  
จะมีตัวยาหรือวิธีการที่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ดังที่ลุงสวัสดิ์และน้ำเดช กล่าวว่า

“...ผมหายาหลวงทันทีพอเห็นว่าไม่หาย ไม่อยู่แล้ว กินสมุนไพรยิ่งหอม ๆ ผมเลิกยาหม้อเลย ไปหายาหลวงทันที หลังจากนั้นใครว่าไอ้โน้น ไอ้โน้นดี ผมว่าเลิก ยกเลิก เบ่มี จึงเสีย (มาก) ไอ้ยาโรคเบาหวานนี่ เปลือกไม้ต่าง ๆ เปลือกลูกตอกก็ใช้ได้ กินสมุนไพร หละที่น้ำตาลสูงไปหนัก (ถนัด)” (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

“ว่าให้มัน (น้ำตาลในเลือด) ลงที ไม่ลง นี่เปลี่ยนยาใหม่แล้วตกลงยาหม้อ ไม่กินที แต่ว่าอามาแล้ว... ไม่หายเราก็ค่อยเปลี่ยนยาอีก... ก็เราลองไปดูนั่น ไม่หายหมอนี่เราไปหาหม้ออื่นอีก... มันต้องหายสักยาหนึ่ง แต่เขาว่ายาบ้านนี้หายขาด...” (น้ำเดช : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

ในกรณีที่ประเมินผลได้เป็นกลางหรือเป็นบวก ผู้ให้ข้อมูลจะตัดสินใจทดลองรักษาด้วยวิธีการนั้น ๆ ต่อไป ซึ่งพบได้ในผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม แต่ด้วยเหตุผลที่ต่างกัน คือ ป่านวล ผู้ให้ข้อมูลที่ยังคงนับถือศาสนาญี่ปุ่นให้เหตุผลว่า การกระทำดังกล่าว สามารถทำให้ตนรู้สึกสบายขึ้น มีอาการทรงอยู่ได้ โดยไม่เกิดอาการรุนแรงของโรค ในขณะที่น้ำสวย ผู้ให้ข้อมูลที่ยังคงใช้สมุนไพรรักษาเบาหวานควบคู่ไปกับยาแผนปัจจุบันต่อไป คาดหวังเพียงต้องการสร้างความอบอุ่นใจให้กับตนเอง ป่านวลและน้ำสวยให้เหตุผลว่า

“...แต่ว่ารู้สึกว่ามัน (อาการในปัจจุบัน) บายขึ้นมากแล้วเหมือนกันแหละ ไม่ทราบมันประกอบกันหลาย ๆ อย่าง เรากินยาบ้าง เราบวชบ้าง เราปฏิบัติ (นับถือศาสนาขงโคอิเว เซเคียว) อยู่ที่ว่ำนั้นแหละ... มันมีอาการดีขึ้นบ้างแหละ เราไม่ถึงกับทรุดลงไปซะใหม่ มันก็บรรเทาไปบ้าง...” (ป่านวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

“...นี่ก็ต้มบ้าง ไม่กินบ้าง ... ก็จะบอกว่ามันค่อยดีขึ้นกับยาไหนก็ไม่ทราบ เพราะ ว่าเรากินยาหม้อหลวงอยู่กันนั้นแหละ บอกไม่ถูก นี่ก็กินบ้าง ไม่กินบ้าง...ถ้าเรากินทั้ง 2 อย่างก็มันดีแหละ แม่ (ผู้ให้ข้อมูล) ว่านะ...ดี ในความรู้สึกของเรา ในความรู้สึกนั้นนะ นำว่าบาย ดีนั้น ความสบายใจของเรานั้นนะ ในความรู้สึกว่าไอ้โน้นเขาก็ว่าดีไซ้มัย แต่เราจะทิ้งเสียก็ไม่ดีอีกนะ...” (น้ำสวย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

2. **ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต** นอกจากความพร้อมในการแสวงหาวิธีการรักษาเบาหวานด้วยตนเองแล้ว พบว่า ผลจากการรับรู้ผลกระทบของโรคเบาหวานต่อภาวะสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากทีมสุขภาพ จะมีส่วนช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มตระหนักและรับผิดชอบตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้สอดคล้องกับความต้องการหรือการ

รับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญ โดยการพยายามปรับเปลี่ยนแบบแผนวิถีชีวิตควบคู่ไปด้วย ซึ่งพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 2.1 เปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร
- 2.2 พยายามออกกำลังกาย
- 2.3 พยายามผ่อนคลายความเครียด

2.1 เปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในด้านการเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร ใน 2 ลักษณะ ดังนี้

2.1.1 เข้มงวดในการควบคุมอาหาร เป็นการปรับเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหารที่พบได้เฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ให้ข้อมูลจะรับรู้ถึงการที่ต้องควบคุมหรือรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ ในปริมาณที่จำกัดตามคำแนะนำว่า เป็นข้อห้ามรับประทานอาหารเหล่านั้น การควบคุมอาหารของผู้ให้ข้อมูล จึงเป็นการงดอาหารบางประเภทที่ได้รับคำแนะนำว่าควรลด พยายามลดอาหารจำพวกข้าว แป้งลงให้มากที่สุด ในขณะที่เดียวกันได้เน้นการรับประทานอาหารที่ที่มีสุขภาพแนะนำว่าควรเพิ่มหรือรับประทานได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพแทน จนทำให้ต้องประสบกับอาการที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้ว่าอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ หรือมีโอกาสดึงอันตรายถึงชีวิต และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเลิกเข้มงวดการปฏิบัติการควบคุมอาหารในลักษณะเช่นนั้นอีก พบว่าผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 5 คน เล่าว่า ตนเคยตั้งใจปฏิบัติการควบคุมอาหารทุกอย่าง ตามคำแนะนำด้วยความเข้มงวดในช่วงเริ่มป่วย แต่ในปัจจุบันตนไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจากการปฏิบัติในลักษณะดังกล่าวไม่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตน อีกทั้งไม่สามารถทำให้อาการเจ็บป่วยของตนดีขึ้นได้ ดังที่ลุงพงศ์ และลุงสวัสดิ์ กล่าวถึงเหตุผลของการไม่สามารถปฏิบัติการควบคุมในลักษณะดังกล่าวได้ต่อไปว่า

“...แบบนี้ครับ มันเขี้ยวมาก ถ้าเราจะกินน้ำหวานว่าให้อร่อยสักที นึกถึงหอม เข้างับไม่กล้ากิน ทุกสิ่งทุกอย่างไม่กล้ากินตอนนั้น... เราเงินทองก็น้อยนะ ถ้าตามหอมเงินทองก็น้อย การปฏิบัตินี้เขาให้กินพอประมาณ ถ้าเรามีเงินซื้อยาที่ว่าชูกำลังบ้าง นั่นมันดีเหมือนกันแหละ... ทีนี้เราปฏิบัติตามหมอนั้น...มันก็เปลี้ยครับ ถ้าเราไปซื้อยากินนั้น ยาชูกำลัง วิตามินอะไร ก็มันได้เพิ่มกำลังเราไป มันตอนนั้นสุขภาพไม่ดีเลย นั่งทำงานไหว จี๊ดรึ้น มานั่งพัก เหนื่อย ทำไม่เต็มที่... คือ ของหวานบ้างคับหมดครับ ตัดหมดเลยทุกสิ่งทุกอย่าง ... ถึงทำให้เราเปลี้ย...พอทีหลังไม่ตามหอมแล้ว...ผมทดลองทั้งนั้น พอหอมสั่งทดลองหมดเลย เราก็ดูว่าสุขภาพในร่างกายเราที่เรากินเข้าไป...มันดีไหม...” (ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

“มันทำท่าจะตายเองง่าย ๆ เหมือนกันแหละไม่ใช่เปลี่ยวอย่างเดียว มันทำท่าจะตายเอาด้วย มันหน้ามืด มืออ่อนตืดอ่อน ...เคยทำ ผมทดลองหมดทุกอย่าง ที่ว่ากินแต่ผักไทรพวกนั้น เคยทำ ทำไม่ถึงเดือนที่ ทำท่าจะตาย ผมหยุด ก็มันเกิดอาการขึ้นมา คนเรานั้นจะตายแล้ว ทำไปทำไม...” (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

อย่างไรก็ตาม พบว่า น้ำสวย ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมาตลอด ยังคงสามารถเข้มงวดในการควบคุมอาหาร ทั้งในลักษณะของการควบคุมตามการรับรู้ของตนอย่างเข้มงวด และตามคำแนะนำของทีมสุขภาพได้เป็นส่วนใหญ่ โดยน้ำสวยเล่าว่า ตนต้องพยายามค้นหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยให้สามารถควบคุมอาหารในลักษณะเดิมได้ต่อไป เช่น พยายามดื่มน้ำแทนเมื่อรู้สึกหิว ลดหรืองดอาหารที่รับรู้ว่าเป็นอาหารแสลงโรค

“...พยายามทำตัวให้อย่าให้ยังงี้ล่ะ พยายามควบคุมมันนะ พยายามควบคุมแล้วก็ปฏิบัติตามหมอสั่ง...ต้องปฏิบัติตามที่หมอสั่ง หมอสั่งอะไรที่เราต้องมาปฏิบัติให้ได้... ต้องทำให้ได้นะ หมอว่ากินทีนิด ก็กินทีนิดเสียนี่นะ เอน้ำกิน เอน้ำกินแทนอีก ต้องพังกน้ำอีกแหละ กินนี่ (อาหาร) เข้าไปแล้วก็กินน้ำแทน มันจะได้อิมมันนะ...กินพรวาหรือไม่ได้ เขาไม่ให้กิน แบบเขาไม่ให้กินจุกกินจิกมันนะ...นี่เหมือนอะไรที่หมอบอกว่ากินไม่ได้ อดไปเลย...” (น้ำสวย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

2.1.2 จำกัดตัวเองในเรื่องกิน เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหารที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถประยุกต์คำแนะนำของทีมสุขภาพ ให้สอดคล้องกับการรับรู้ถึงประเภทของอาหารที่ควรละเว้นจากการรับรู้ว่าเป็นอาหารแสลงโรค ปริมาณและประเภทของอาหารที่จะรับประทานและควรรับประทาน ด้วยวิธีการต่าง ๆ หลายวิธีร่วมกัน ได้แก่

- 1) ลดปริมาณอาหารในแต่ละวัน
- 2) งดหรือลดอาหารที่เคยชอบ
- 3) แลกเปลี่ยนปริมาณอาหาร
- 4) กินอาหารที่เชื่อว่าควรกิน

1) ลดปริมาณอาหารในแต่ละวัน เป็นวิธีการจำกัดตัวเองในเรื่องกินของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ทุกคนและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 1 คน ด้วยการพยายามลดปริมาณอาหารที่เคยรับประทานในแต่ละวันลง ซึ่งอาจมีวิธีการที่แตกต่างกันบ้างในแต่ละคน เช่น รับประทานพออิม หาวิธีการทำให้อิม โดยการ

รับประทานผักบุ้ง ข้าวต้ม หรือคัมน้ำแทน ลดอาหารมื้อเย็นโดยการรีบเข้านอนก่อนเวลา รวมทั้งหาวิธีคลายหิวโดยการเบี่ยงเบนความสนใจจากเรื่องอาหารเพื่อเป็นการไม่เพิ่มจำนวนมื้ออาหาร เช่นในกรณีของผู้ให้ข้อมูล 4 ราย ต่อไปนี้

รายที่ 1 ลุงกิตติ เล่าว่า การที่ตนพยายามรับประทานอาหารเช้าแต่พ้ออิ่มในแต่ละวัน ทำให้ตนคุ้นเคยกับปริมาณอาหารจนสามารถลดปริมาณอาหารในแต่ละวันได้มาตลอด

“...เขา (ทิมสุขภาพ) ก็เคยบอกเหมือนกันนะ กำหนดให้กินเท่านั้นๆ แต่ว่าผมก็ไม่เอา ตามนั้นของเขา พุดง่าย ๆ ว่าเรากินพออิ่มนะ... พยายามกินข้าววันละจาน... เราค่อยทำมาทีละนิด ๆ จนกระทั่งเราปฏิบัติตัวเราได้เอง... ข้าวราดแกงจานเดียวนะผมกินไม่เคยเต็มเลย...” (ลุงกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

รายที่ 2 ลุงกร ผู้ให้ข้อมูลที่พยายามหาวิธีลดปริมาณอาหารในแต่ละวันมาประมาณ 1 ปี และพบว่า การรับประทานผักบุ้งจิ้มน้ำพริกก่อนอาหารทุกมื้อ จะช่วยให้ตนสามารถลดปริมาณข้าวในมื้อนั้น ๆ ลงได้ เล่าว่า

“...ผมชอบกินผักบุ้ง ชอบกินเพราะ มันทำให้อิ่ม...กินเพื่อให้ท้องมันอิ่ม... ผมกินทั้ง 3 มื้อแหละ มีหลักกินผักบุ้ง ยิ่งกินผักบุ้งมาก ยิ่งกินข้าวน้อย...” (ลุงกร : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

รายที่ 3 ลุงสวัสดิ์ เล่าถึง วิธีการที่ช่วยให้ตนสามารถลดปริมาณอาหารในแต่ละวันลงได้ ว่าเป็นเพราะการจัดสภาพบ้านให้มีห้องครัวและตู้เย็นอยู่ชั้นล่างและการจัดกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสมกับตนเอง ลุงสวัสดิ์ เล่าว่า

“...นี่ผมพยายามคุม เหมือนกลางคืนกินนิด ๆ ข้าว รับประทานน้อย นอนๆ ดูข่าวหลับเอง...” (เข้านอนแล้วจะไม่อยากลุกลงมารับประทานอาหารอีก) (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

รายที่ 4 นางสาว อายุ 48 ปี อาชีพรับราชการครู มีมนุษยสัมพันธ์ดี เล่าถึงวิธีการไม่พยายามเพิ่มจำนวนมื้ออาหารเมื่อรู้สึกหิวว่า ตนพยายามหาวิธีการคลายหิวด้วยการพยายามเบี่ยงเบนความสนใจจากเรื่องอาหารด้วยวิธีการต่าง ๆ เท่าที่จะสามารถทำได้ เช่น

“...บางทีสนุกสนานกับเพื่อนก็มันเป็นส่วนกันนะ บางทีพูดเล่นกับเพื่อนเที่ยวเล่นกับเพื่อนเพลิน ใอนั้นถ้าเราเที่ยวอยู่ว่าง ๆ มันหิว บางทีนะ ถ้าเราเที่ยวเล่นกับเพื่อนพูด

กับเพื่อนเสียบ้าง หายเหมือนกัน... ก็เป็นส่วนกัน แบบว่าเราไม่เที่ยวอยู่ใกล้ของกินนั้นนะ ก็มันก็หายไป เหมือนกัน... แบบว่าเราไม่ได้ไปเห็นมันนั้นนะ บางทีเห็นเข้าถึงอยากนะ... ไปเที่ยวเดิน ไปออกกำลังกายก็มันได้ฟันของกินอะไรนั้นเราก็ได้หาย ต้องอย่าอยู่ใกล้มัน..." (น้ำสวย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ 4 ใน 5 คน ถึงแม้จะไม่สามารถลดปริมาณอาหารในแต่ละวันได้ แต่ก็พบว่า 4 ใน 5 คน มีความพยายามที่จะลดปริมาณอาหารทุกครั้งที่มีโอกาสเช่นกัน โดยผู้ให้ข้อมูลจะใช้วิธีการเดียวกัน คือ ลดปริมาณอาหาร โดยการรับประทานอาหารประเภทผัก ซึ่งเคยได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพว่าเป็นอาหารที่ควรรับประทานให้มากขึ้น ดังกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 รายนี้

รายที่ 1 ลูกกิตติ ซึ่งมีสถานภาพสมรสหม้าย และอาศัยอยู่ตามลำพัง เล่าว่า คนมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพฟันไม่สามารถบดเคี้ยวได้สะดวกมาตั้งแต่สมัยหนุ่ม ๆ ทำให้ไม่ค่อยชอบรับประทานผักและมักจะหลีกเลี่ยงอาหารประเภทผักมาโดยตลอด แต่เมื่อได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพว่าเป็นอาหารที่ควรรับประทาน ตนจึงพยายามรับประทานจนสามารถรับประทานแทนอาหารประเภทข้าวได้ในบางวัน ลูกกิตติเล่าว่า การพยายามรับประทานผักเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ตนสามารถลดปริมาณอาหารลงได้บ้างในปัจจุบัน

"...ผมรู้สึกว่าคุณตอนนี้ถ้าผมไม่กินข้าวนี้ผมกินอาหารพวกยำ...พวกผักอะไรแบบนี้ รู้สึกว่าจะอยู่ได้ แต่เราไม่มีโอกาส ไม่มีเวลาที่เที่ยวทำกินอยู่ สมมุติว่าบางอาทิตย์นี้ผมไม่หุงข้าวกินเลย ผมกินแต่พวกสลัดนั้น บางทีผมไปให้พี่สาวผมทำน้ำสลัดมาให้เป็นขวด ๆ ถึงก็ผมมีเวลาผมก็ซื้อพวกผักอะไรมา วันนึงกินสัก 2 ขาม อยู่ได้แล้ว เทียง-เย็น..." (ลูกกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

รายที่ 2 น้ำเยาว์ ซึ่งมักจะรับประทานอาหารจนอิ่มในทุกมื้อ เล่าว่า ตนพยายามหาวิธีการลดปริมาณอาหารในแต่ละวันลงตามคำแนะนำเท่าที่จะสามารถทำได้ และวิธีที่น้ำเยาว์เลือกใช้มาตลอด คือ

"...ถ้าเรามีกับ (กับข้าว) เป็นผักเยอะ ๆ นะ เราไม่เพิ่มข้าว จะกินกับ แทน แต่ถ้าเหมือนว่าไม่มีกับเขื่อนั้นนะ เพิ่มข้าวแทน ให้มันอ้วนนั้น ถ้ามีกับ มีผัก มีอะไร แต่ถ้าเนื้อก็เปล่าเหมือนกันแหละนะ กินเนื้อมากถึงมันหนักตัว ถ้าเรากินผักกินอะไรมันเบาตัว ... (น้ำเยาว์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)



2) งดหรือลดอาหารที่เคยชอบ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทุกคนและ 3 ใน 5 คน ของกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะพยายามจำกัดตัวเองในเรื่องกินด้วยการงดหรือลดอาหารที่เคยชอบ ซึ่งมักจะเป็นอาหารหรือผลไม้รสหวานจัด และอาหารมัน ที่รับรู้ว่า เป็นอาหารแสลงโรคที่ไม่ควรรับประทาน เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ง่าย และทีมสุขภาพเคยแนะนำให้รับประทานในปริมาณจำกัด ดังเช่นในกรณีของนายเวย์และลุงสวัสดิ์ที่เล่าว่า

“...เหมือนที่ว่ามันแล้วถ้าเราสบาย ๆ เรียนลูกหนึ่ง 2 โหล กินหมดคนเดียว ชอบทุเรียน ชอบ กินจมนมโน้นแหละ ตอนนี่ 4 ปี ตั้งแต่รู้ว่าเป็นเบาหวาน ไม่เคยแตะต้องเลย...” (นายเวย์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

“...แต่ทุกวันนี้ผมหยุดปลาทองไก่ มากินขนมปังอะไรพวกนี้แทน เพราะเข้าไม่กินข้าว นี่พออยู่ได้...พวกแกงคั่วอะไรนี่ หมกสัทธิ หมกไม่ค่อยกิน กินเหมือนกันแต่ไม่มาก ผมชอบแห้ง ๆ จืด ๆ ของทอดไม่ค่อยชอบ เมียผมชอบซื้อขนมจีน วันหน้ากะทิ ผมกินเพราะมันไม่หวานจัด เหมือนทองหยิบทองหยอดนั่นผมสละสิทธิไปเลย ไม่เอาแล้วมันเข้มข้นอย่างแรง (เน้นเสียง) พวกนั้น...” (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

การจะงดหรือลดอาหารที่เคยชอบได้นั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 10 คน จะมีวิธีการแก้ปัญหาที่ต่างกัน ซึ่งวิธีที่พบมากที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่ 4 ใน 5 คนคือชากาแฟเป็นประจำ คือ การเปลี่ยนมาใช้น้ำตาลเทียมแทนส่วนผสมคิมของกาแฟที่ต้องมีทั้งน้ำตาลและคอฟฟี่เมต เช่น ในกรณีของลุงกิตติที่มักดื่มกาแฟในมื้ออาหารว่างและหลังอาหารทุกมื้อ เล่าถึงวิธีการพยายามลดอาหารรสหวาน โดยเฉพาะน้ำตาลที่เป็นส่วนผสมของกาแฟ ตามคำแนะนำจนสามารถปฏิบัติได้ว่า

“...ก่อนนี้ผมกินกาแฟวันหนึ่งอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 4 แก้ว เดี่ยวนี้หมอลดให้อีกลด กาแฟ ผมคิดว่าถ้าวันหนึ่งไม่เกิน 2 แก้ว ตอนนี่ส่วนประกอบนี้ก็ลดลง โดยผมจะกิน กาแฟเปล่ากับสลิมม่า น้ำตาลที่ว่าไม่มีกลูโคสอะไรนั่น ผมใช้มานานแล้ว แต่ว่าที่ก่อนนั้นผมใส่ครีมเทียมกัน พวกคอฟฟี่เมต ถึงเดี๋ยวนี้หมอลดแล้วคอฟฟี่เมตก็ไม่ให้ใส่ ผมต้องกิน กาแฟเปล่ากับพวกสลิมม่า...” (ลุงกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ยังมีวิธีที่จะช่วยงดหรือลดอาหารที่เคยชอบอื่น ๆ อีกหลายวิธี เช่น รับประทานอาหารที่เคยชอบในปริมาณจำกัด นาน ๆ ครั้ง ไม่ซื้อผลไม้ที่เคยชอบเข้าบ้าน

หรือเลือกรับประทานขนมหวานชนิดที่เคยชอบในปริมาณจำกัด เช่น ในกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 รายนี้

รายที่ 1 ลูกกิตติ เล่าว่า ตนชอบรับประทานผลไม้และอาหารรสหวานมาก แต่ในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะเป็นฤดูกาลอาหารที่ตนชอบ ตนก็ยังสามารถควบคุมตนเองให้ลดปริมาณอาหารเหล่านั้นลงได้ ลูกกิตติได้เล่าถึงวิธีการอีกอย่างหนึ่งที่ช่วยให้ตนสามารถลดปริมาณอาหารรสหวานต่าง ๆ ลงได้ว่า

“...เหมือนลองกองไทร ถ้าถึงฤดูก็กินบ้าง ส่วนมากก็เหมือนผมว่า ถ้าวันไหนตั้งใจจะกินจริง ๆ ก็บอกพรรคพวก (เพื่อน ๆ) บอกพวกเด็ก ๆ ตามนั้น ไทรมาบ้าง (เด็ก ๆ ลูกของเพื่อนบ้านใกล้เคียง) ... มาช่วยกินแหล่ ลุง (ผู้ให้ข้อมูล) ชื่อเรียน (ทุเรียน) มาช่วยกินแล้ว ผมเองก็คงจะกินไม่กินสัก 2 ยุม ไทรแค่นั้น...ชื่อมาฝากแล้วถึงเราได้พลอยมันกิน 2 - 3 ลูก ไทรแบบนั้น... ถึงฤดูก็ไม่ทุกวัน (ถึงแม้จะเป็นฤดูกาลอาหารหรือผลไม้ที่ชอบก็ไม่ได้รับประทานทุกวัน) กินบ้างถ้าวันนั้น อยากเข้า นั่นแล้วถ้าวันไหนอยากกินก็จะโดยวิธีการหาชื่อไปฝากเด็ก...” (ลูกกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

รายที่ 2 น้าวรรณ ผู้ให้ข้อมูลที่ชอบรับประทานขนมหวานเป็นประจำ โดยเฉพาะหลังอาหารมื้อเที่ยง ที่มีก็จะรับประทานพร้อมเพื่อนๆ อาจารย์ด้วยกันที่โรงอาหารของที่ทำงาน ซึ่งมีขนมหวานขายทุกวัน เล่าถึงวิธีการพยายามลดขนมหวาน ที่ไม่ทำให้ตนต้องอดรับประทานขนมหวานชนิดที่ชอบว่า

“...สมมุติมีขนมเราชอบ 5 อย่าง อยู่ในหม้อ ...วิธีการของอาจารย์ (ชื่อผู้ให้ข้อมูล) ก็คือ บอกแม่ค้าว่า 5 อย่างนี้ ใน 1 ถ้วย เราก็ได้กินทุกอย่าง...” (น้าวรรณ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2 ใน 5 คน พบว่า ยังมีวิธีที่สามารถช่วยลดความอยากรับประทานอาหารที่เคยชอบต่างไปจากกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ การรับประทานอาหารที่ชอบในคราวละมาก ๆ นาน ๆ ครั้ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า การรับประทานอาหารที่ชอบคราวละมาก ๆ จะทำให้ตนรู้สึกอิ่มพอและเมื่อรู้สึกอิ่มพอแล้ว ตนก็จะไม่รู้สึกอยากรับประทานอาหารนั้น ๆ อีก เป็นระยะเวลาไม่นาน วิธีการดังกล่าวจึงสามารถช่วยให้ตนจลดอาหารชนิดนั้นได้เป็นช่วงระยะเวลาหนึ่ง ดังในกรณีของน้าวรรณ ซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลา 9 ปี และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด

(FBS) อยู่ในช่วง 150-200 mg % เป็นส่วนใหญ่เป็นผู้หนึ่งที่เคยจำกัดตัวเองในเรื่องกินด้วยวิธีการดังกล่าวแล้วว่า

“...แล้วเวลากินนี่นะ เบาหวาน ไม่ใช่กินแบบคนอื่น คำสองคำ ชัดไปเลย 2 พู (หมายถึงทุเรียน) เต็ม ๆ ถ้า แล้วก็หยุดไปเลยปีหนึ่ง ไม่ต้องไปกินมันเลย ไม่กินจุกจิก เป็นคนอย่างนั้น ถ้าบางคนเดี๋ยวกินเม็ดหนึ่ง กลัว เดี่ยวจะน้ำตาลขึ้น เม็ดนึงกินไปทำไมเม็ดครึ่งเม็ด เอาให้หายอยากไปเลย ชัดไปเลยทีเดียวเลย 2 พูงาม ๆ แล้วก็เลิกไปเลย จบ เป็นคนอย่างนั้น...เมื่อเรากินจนเราพอใจแล้วนี่...มันกินแบบว่าได้กินพอใจแล้ว เต็มที่แล้ว ก็พอใจแล้ว อิ่มแล้วก็พอ จบได้แล้ว ไม่ต้องไปกินมันอีก...” (นัवरณ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

3) แลกเปลี่ยนปริมาณอาหาร ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 3 ใน 5 คน จะมีวิธีการจำกัดตัวเองในเรื่องกิน ที่เกิดจากการพยายามเรียนรู้ถึงปริมาณอาหารแต่ละชนิดที่ตนควรรับประทานในแต่ละมื้อหรือแต่ละวัน จากการพยายามสังเกตปริมาณอาหารที่เหมาะสมสำหรับตนโดยสัมพันธ์กับอาการที่ผ่านมา ทั้งนี้เพื่อที่จะสามารถแลกเปลี่ยนอาหารกันได้อย่างเหมาะสม และไม่เกิดอาการของโรคที่ตนรับรู้ว่าจะเกิดอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการรับประทานอาหารนั้น ๆ ดังนั้นเมื่ออยากจะรับประทานอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งเพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจึงลดหรืองดอาหารชนิดที่ถูกแลกเปลี่ยนปริมาณในมือนั้น ๆ หรือมื่อถัดไป ตามการรับรู้ของตน เช่นในกรณีของลุงกร ซึ่งควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมาตลอดระยะเวลา 1 ปี ก่อนเข้าร่วมการวิจัย แต่ถึงประสบการณ์การแลกเปลี่ยนปริมาณอาหารบางชนิดที่อยากรับประทานกับอาหารชนิดอื่นว่า

“...บางทีผมกินข้าวน้อยกว่าหมอสั่งก็มี หมอสั่งกิน 3 ทัพพี ผมก็ไม่กินถึง 3 ก็มีผมไปเพิ่มทางโน้น แล้วผมก็ไปลดทางนี้ มันแล้วแต่อารมณ์บ้างจังหวะนะ พิจารณาตัวเองวิจัยตัวเองว่าเรากินไอนั้นมากแล้วเราต้องลดไอนี้... เดี่ยวไปลดอันอื่นก็ได้ กินข้าว โห้มนั้น ๆ เดี่ยวไปลดข้าวก็ได้...” (ลุงกร : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถเรียนรู้ถึงปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับตนเองในแต่ละมื้อ หรือแต่ละวันได้ โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งพบว่า 3 ใน 5 คน มีความพยายามที่จะจำกัดตัวเองในเรื่องกินด้วยการพยายามค้นหาวิธีการแลกเปลี่ยนอาหารเช่นกัน แต่เป็นการแลกเปลี่ยนชนิดของอาหารที่ตรวจหรือลดกับอาหารชนิดที่ตนเข้าใจว่า สามารถทดแทนความต้องการอยากรับประทานของตนได้โดยไม่ทำให้

ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นมากนัก เช่น ผลไม้หรืออาหารผลไม้หวานจัด น้ำตาลเทียม หรือ เปลี่ยนมารับประทานข้าวแทนในมื้อที่เคยดื่มชา กาแฟ ดังในกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 รายนี้

รายที่ 1 นายเวย ผู้ให้ข้อมูลที่ขอรับประทานขนมหวาน โดยเฉพาะระหว่างมื้ออาหาร เล่าว่า ในช่วงก่อนที่จะรู้ว่าป่วยเป็นเบาหวาน ดนมีอาชีพขายอาหารตามสั่งในตลาด ซึ่งมีพวกเพื่อน ๆ แม่ค้าด้วยกันที่ขายขนมหวานในบริเวณใกล้ ๆ หลายร้าน เมื่อมีเวลาว่างจึงมักจะช่วยอุดหนุนกันเอง ดนจึงมักต้องรับประทานอาหารจำพวกขนมหวานแทนข้าวอยู่เป็นประจำ และเมื่อเลิกค้าขายแล้ว ดนก็ยังคงคุ้นเคยกับการรับประทานขนมหวานเช่นเดิม ต่อมาระยะหลัง (หลังเลิกค้าขายประมาณ 4 เดือน) ดนสามารถลดปริมาณขนมหวานที่เคยรับประทานลงได้ โดย

“...ถ้ามีลูกไม้นั้นแหละ เหมือนว่ามันจะกินมันๆนะ ซ้อมมากินประจำ ใช้นั้น มันๆบ้าง ลีนบ้าง...แทนของหวานนั้นแหละ ก็คิดว่ามันได้เวลาเราอยากของหวานอะไรแบบนี้ ถึงเรากินลูกไม้เสียแหละ เราอย่ากินของหวาน เราอย่ากินน้ำตาลอะไรแบบนี้เสียแหละนะ คิดแบบนี้ ในลูกไม้มันหวานน้อยกว่า มันมีอมเปรี้ยวอมหวานอยู่กัน นึกว่าเป็นวิธลดของหวาน” (นายเวย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

รายที่ 2 ป่านวล ผู้ให้ข้อมูลที่สามารลดเปลี่ยนชนิดของอาหารที่รับประทานทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นได้เป็นผลสำเร็จ เล่าถึงประสบการณ์การแก้ไข ปัญหาของตนว่า

“...กินน้ำตาลนั้น น้ำตาล (สลิมมา) ซ้อมมาจากโรงบาล เขาว่าสำหรับคนเป็นโรคเบาหวาน เพื่อน ๆ เขาว่าให้กินได้ ไม่ขึ้นน้ำตาล กินได้ไม่เป็นไร ...เวลาเราอยากของหวาน กินน้ำตาลนี้ ใส่ซอง น้ำแก้วหนึ่ง พอดี กินเวลาหิวนะ ถ้าไม่หิวไม่กิน...นั้นแหละอยากกินหวาน ๆ ใช้น้ำตาลเทียมละลายกินน้ำ เราหิวน้ำใสน้ำตาลลงไปสักซองด้วย ถึงก็ไม่อยากแล้วของหวาน” (ป่านวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้) และอีกตอนหนึ่ง ป่านวลเล่าว่า

“ของแป้งพวกของหวาน งดเลย ไม่กินเลย กินแต่ผลไม้ ชา กาแฟ ก็ไม่กิน เมื่อก่อนเช้า ๆ กินน้ำชา กาแฟ ตอนไม่รู้ว่าเป็นเบาหวาน...เมื่อก่อนเช้า ๆ ไม่กินข้าว กินกาแฟ พอเริ่มเป็น พอรู้ว่าเป็นเบาหวาน ก็งดไปเลย ไม่กินเลย ทั้งเลย...กินแต่ข้าวอย่างเดียว บางวัน 3 ครั้ง บางวันไม่ยากก็ 2 ครั้ง” (ป่านวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

4) กินอาหารที่เชื่อว่าควรกิน ผู้ให้ข้อมูล 1 คน ในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เชื่อว่าอาหารบางชนิด เช่น อาหารจำพวกส้ม และน้ำชาร้อน สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้ ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรได้รับประทานเป็นประจำ โดยเฉพาะผู้ที่ค่าระดับน้ำตาลในเลือดยังสูง ซึ่งพบในกรณีของลุงพงศ์ ที่มักจะรับประทานอาหารดังกล่าว ร่วมกับการจำกัดตัวเองในเรื่องกินด้วยวิธีอื่น ๆ เป็นประจำ ลุงพงศ์เล่าถึงประสบการณ์ที่ทำให้ตนมีความเชื่อในลักษณะดังกล่าวว่า

“...ส้มนี่ดีที่สุดครับ คนเบาหวาน ดีที่สุดเลย... คือว่ามันไม่มีอะไรเกิดขึ้นเลย ส้มนี้ คือว่ากินธรรมดาเลย ส้มดีครับ ได้สัปดาห์ละครั้งดี แต่อย่าให้หวานให้ออกเปรี้ยว ดีครับ คือว่าลูกหม้อ (ผู้วิจัย) เชื้อใหม่ถ้าเรากินสัปดาห์ละครั้ง กินสัก 5-6 วัน แบบนี้ ไปเช็กเลือดดู ลดทันทีเลย มันฆ่าเลือดได้ครับเลือดเบาหวานมันฆ่าได้ สัปดาห์ละครั้ง เช่นว่าเราขึ้น 190 ขนมนอะไร ของหวานเราอย่ากินครับกินสัปดาห์ละครั้งอย่างเดียว เราทำน้ำตาลกับพริกก็ได้ ตำเข้าแล้วจิ้ม พอกินเสร็จแล้วไปเช็กเลือดดู ลดทันทีเลย...ผมเชื่อว่ามันต้องฆ่าพวกเลือดเบาหวานนี้ ลุง (ผู้ให้ข้อมูล) เคยกินถึงมันสด...” (ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้) และอีกตอนหนึ่งลุงพงศ์ กล่าวว่า

“...คนเป็นเบาหวานนี้ให้กินน้ำร้อน น้ำร้อนดี มันไล่เหงื่อออก ขับเหงื่อออก... เบาหวานมันได้ออกไปกับเหงื่อครับ มันขับ...เบาหวานมันก็ได้ขับออกไปกับเหงื่อตามนั้น ตามรูขน...” (ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

2.2 พยายามออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่พบได้ในผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม โดยพบว่าเป็นการปรับเปลี่ยนใน 3 ลักษณะ คือ

- 2.2.1 ออกกำลังกายเมื่อมีโอกาส
- 2.2.2 พยายามทำงานจนได้เหงื่อ
- 2.2.3 พยายามออกกำลังกายทุกวัน

2.2.1 ออกกำลังกายเมื่อมีโอกาส ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2 ใน 5 คน และ 1 คน ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เล่าว่าหลังจากรับรู้จากทีมสุขภาพว่า ควรออกกำลังกาย เพราะจะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ ตนจึงพยายามออกกำลังกายทุกครั้งเมื่อมีโอกาส ดังกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 รายนี้

รายที่ 1 นางสาว ผู้ให้ข้อมูลที่พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดมาโดยตลอด ทั้งในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การจัดการกับความเครียด

และการออกกำลังกาย ซึ่งน้ำสวยเล่าว่า ได้ปฏิบัติบ้าง แต่ตนยังไม่พอใจ เพราะได้ออกเมื่อมีโอกาสนั้น

“...เมื่อก่อนไม่ได้ออกเลยแหละลูก (ผู้วิจัย) ไม่ได้ออกเลย (เน้นเสียง)...พอเป็นเบาหวาน หมอว่า ออกกำลังกายบ้างนะ ฮา ! ไปเดินสักพักอีกแหละ อาทิตย์นึงสัก 2-3 ครั้งนะ ... การออกกำลังกายก็มันเป็นส่วนหนึ่งนะ แต่เราไม่ค่อยได้ไปออกนิ...มาจากโรงเรียน เฮ้ ! เด็กมาถึงทำกับข้าว ทำกินกัน กำเสียแล้ว ไม่ค่อยได้ไปออก บางวันนาน ๆ ไปออกสักที ...” (น้ำสวย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

รายที่ 2 น้าเยาว์ ผู้ให้ข้อมูลที่เคยประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงมาอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ในทางการแพทย์ ด้วยการออกกำลังกายควบคู่ไปกับการคุมอาหาร เล่าว่า ตนพยายามออกกำลังกายทุกครั้งที่มีโอกาส โดยเฉพาะเมื่อรู้สึกหนักตัว ซึ่งตนรับรู้ว่า เป็นอาการของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

“นี่ที่ว่าพยายามว่า 1. ออกกำลังกาย 2. อย่านินเยอะ...บางทีออกกำลังกายช่วงเย็น ๆ วิ่งข้างบ้าน วิ่งบ้าง ตีแบดกับเด็ก ๆ (หลาน) บ้าง ได้เหงื่อแหละ...เมื่อก่อนวิ่งเดินหายๆ บ้าง ... โคดเชือกเหนื่อย...บางทีทำในบ้านก็ทำแบบคนจีนเขาทำนั่น มวยจีน” (น้าเยาว์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

2.2.2 พยายามทำงานจนได้เหงื่อ เป็นวิธีการพยายามออกกำลังกายของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3 ใน 5 คน ซึ่งยึดหลักว่า การออกกำลังกายจะต้องให้เหงื่อออก ดังนั้นตนคิดว่าการทำงาน (ซึ่งตามปกติไม่จำเป็นต้องทำเอง) จนได้เหงื่อทุกวันนี้ถือเป็นการออกกำลังกายวิธีหนึ่งที่ตนเชื่อว่าจะช่วยให้อาการของตนดีขึ้น คั้งที่ลุงพงศ์ ผู้ให้ข้อมูลที่เคยเห็นผู้ป่วยเบาหวานรายอื่นไม่พยายามออกกำลังกาย ไม่ทำงาน นั่ง ๆ นอน ๆ อยู่ที่บ้าน จนอาการของโรคทรุดหนักและตายไป เชื่อมาโดยตลอดว่าอาการของตนดีขึ้น จนเป็นปกติได้เช่นทุกวันนี้ เพราะตนได้พยายามออกกำลังกาย พยายามทำงานจนได้เหงื่อทุกวัน การออกกำลังกายจะช่วยขับโรคร้าย ซึ่งหมายถึงระดับน้ำตาลในเลือดออกได้พร้อมเหงื่อ ลุงพงศ์เล่าว่า

“...คนเบาหวานต้องให้เหงื่อออก ต้องทำอะไรให้เหงื่อออก...วันไหนเหงื่อไม่ออกหรือ ไข้ (ไม่สบายตัว)...มันคล้าย ๆ โสงเฮง (มีนสีระชะ) ...อยากจะนอน อยากพักผ่อนให้มาก...ถึงผสมชุดตรงนั้น (บริเวณใกล้ ๆ บ้าน) ครัว ขุด ถาก ปูหัก พอร้อนผมเข้ามานั่งเซ็ดเหงื่อ ถึงตากอีก รู้สึกว่าร่างกายมันบาย...นี่ผมทำเรื่อย พรรคพวกให้ฉายาว่าผมมัน...พงศ์ ซ็อกแซ็ก” (อยู่ไม่นั่งต้องทำงานอยู่เรื่อย ๆ)...” (ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

2.2.3 พยายามออกกำลังกายทุกวัน ผู้ให้ข้อมูล 1 คน ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้พยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตมาออกกำลังกายทุกวัน ซึ่งพบในกรณีของน้ำตาลที่ ยังไม่เคยเกิดอาการรุนแรงของโรค พยายามเดินออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามคำแนะนำทุกวัน ด้วยเชื่อมั่นว่า เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ตนสามารถควบคุมเบาหวานได้โดยไม่เกิดอาการรุนแรงใดๆ ขึ้น น้ำวรรณเล่าว่า

“... คือ พยายาม...ออกกำลังกาย...อดสำหัดันตั้งแต่ 5 ไปเดินตั้งชั่วโมง คิดดูตะ (เดอะ) อายุตั้ง 60 แล้ว เมื่อก่อนนั้น ก็เดิน แต่ยังมีเดินบ้างไม่เดินบ้าง ใจ แต่ตามคำหมอนี่เดิน บางครั้งนะเดินเข้า เดินเย็น เข้าชั่วโมง เย็นชั่วโมง ตอนนี่ (ปัจจุบัน) เย็นนั้นเพลิน (รู้สึกอ่อนเพลีย) บางทีเราอายุมากก็เลยเอาแค่รอบเดียว ตอนเช้า ...เดินประมาณ 4 รอบ (4 รอบสนามฟุตบอลของสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง) หลายโลนะ...เดินเร็วพอประมาณ ...วันละประมาณ 1 ชั่วโมง ทุกวัน...” (น้ำวรรณ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

2.3 พยายามผ่อนคลายความเครียด เมื่อทราบว่าความเครียดเป็นสาเหตุที่ทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นได้ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม จึงพยายามหาวิธีผ่อนคลายความเครียดและทำให้จิตใจสบายขึ้น ซึ่งวิธีที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้ คือ พยายามที่จะนอนให้หลับ ไม่พยายามวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ พยายามข่มอารมณ์ไม่ให้โกรธหรือหงุดหงิดเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ดังที่น้ำสวยและน้ำเยาว์กล่าวว่า

“...ออกกำลังกายนี้ ทำให้เรานอนหลับนะ ถึงคะนี่ เมื่อก่อนนั้นแบบว่าตอนเรารู้ว่าเราเป็นเบาหวานนี้โซ่มัย เราก็คิดนะ เราก็คิดนี่แหละว่าเออ ! ทำยังไงเราได้หายนัน ถึงก็มีการออกกำลังกายนี้พอเราออกกำลังกายมันก็ทำให้หลับไป นอนหลับหลับไปเลย ไม่ต้องเที่ยวคิดว่าเมื่อใดเราจะหาย เมื่อใดเราจะหายแบบนี้ะ มันจะได้หลับไปเลยนั้น การนอนหลับ ก็ทำให้หาย ก็เป็นสิ่งหนึ่งกัน (ด้วย)” (น้ำสวย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

“...อย่ากินของแสดลงเข้าไป ถึงออกกำลังกาย กินอาหารให้ถูกส่วน ถึงก็อย่าเที่ยวโกรธ...อยู่ให้สนุกให้เพลินไม่เครียด...อย่าเที่ยวหงุดหงิดอะไรแบบนั้นแหละ อย่าเที่ยวเครียดมากนัก...ส่วนมากน้ำ (ผู้ให้ข้อมูล) ไม่ค่อยเครียดนั้น ไม่คิดอะไร ไปถึงตั้งหลัง (เข้านอน) เสร็จถึงก็ไม่ต้องคิดอะไร หลับไปเลย...” (น้ำเยาว์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

3. ปรับน้ำตาลในเลือด แม้ว่าจะพยายามรับผิดชอบตนเองในการแสวงหาการรักษา และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อรักษาโรคให้หายขาดหรือสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ แต่ผลที่ได้คือ ผู้ป่วยจะต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง ซึ่งจะต้องยอมรับภาวะการดำเนินของโรคที่

ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ อีกทั้งในบางครั้งอาจมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ไม่สามารถป้องกันหรือหยุดยั้งเพิ่มขึ้นได้ แต่สิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ คือ การพยายามรักษาให้มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ไม่เกิดอันตราย พยายามเรียนรู้ที่จะแก้ไขภาวะผิดปกติของค่าระดับน้ำตาลในเลือดควบคู่ไปกับการมีวิถีชีวิตใหม่ พบว่า ผลจากการเผชิญกับภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ทั้งภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป และหรือต่ำเกินไป ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม 8 ใน 10 คน ต้องพยายามเรียนรู้วิธีการปรับระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับสู่ภาวะปกติตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงวิธีการปรับระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติด้วยตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย

- 3.1 ประเมินภาวะระดับน้ำตาลในเลือด
- 3.2 รักษาอาการ
- 3.3 ป้องกันการเกิดอาการซ้ำ

3.1 ประเมินภาวะระดับน้ำตาลในเลือด เป็นประสบการณ์การสังเกตการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลที่ ได้แปลความหมายจากอาการที่รู้สึกได้ด้วยตนเอง อาการแสดงที่ปรากฏให้เห็น และมักแยกได้ว่าเป็นภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ สูงหรือต่ำเกินไป โดยสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 8 คน ที่เคยมีประสบการณ์ปรับน้ำตาลในเลือด สามารถประเมินภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป โดยสามารถแยกออกจากภาวะน้ำตาลในเลือดที่ต่ำเกินไปได้ถูกต้อง แต่มีเพียงผู้ให้ข้อมูลที่เคยเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำของกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3 ใน 4 คน และ 1 คน ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เท่านั้น ที่สามารถแยกภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป ออกจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไปได้ ในขณะที่อีก 1 คนของกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งเคยมีประสบการณ์การเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเช่นกัน ไม่สามารถแยกได้ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่สามารถแยกชนิดของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติได้ อธิบายเห็นว่าภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจะเกิดเมื่อหิว หรือไม่ได้รับประทานอาหารตามเวลาเท่านั้น ดังเช่นกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 รายนี้

รายที่ 1 ลุงหงส์ อาชีพขับรถรับจ้าง จะต้องออกรับ-ส่ง นักเรียนและผู้โดยสาร ตั้งแต่เช้า ลุงหงส์ เล่าว่า ก่อนออกขับรถตนจะดื่มกาแฟ 1 แก้ว เป็นอาหารเช้า บางครั้งจะกลับเข้าบ้านประมาณ 3 โมงเช้า ซึ่งก่อนหน้านั้นตนได้รับประทานยาไปแล้วประมาณ 1 ชั่วโมง เมื่อต้องรับประทานอาหารเช้ากว่าปกติ ตนมักจะมีอาการใจสั่น และหน้ามืด เพราะน้ำตาลในเลือดต่ำลงมาก



เป็นประจำ แต่ถ้าวันไหนที่ตนรับประทานอาหารในปริมาณมากเกินไป หรือไม่ค่อยได้ทำงาน เหงื่อไม่ออก ตนจะมีอาการมีนศีรษะ และปัสสาวะบ่อยครั้งขึ้น เพราะน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

“...มีน โทงเทง (การทรงตัวไม่ดี) มีนเหมือนคนกินเหล้ามันแหละ...มันเบาหวานขึ้น... ผมทำงานรู้ ถ้าทำงานไหน ถ้าทำงานก้ม มีน รู้เบาหวานขึ้น...ถ้ามีนหนักแล้ว เยี่ยวมากอีก...แต่ถ้าหน้ามืด..คนหน้ามืด พอหน้ามืดบ๊ีบ แสดงว่าเบาหวานต่ำหนัก...ใจหงุดหงิด เหมือนผมทุก (บรรทุก) คน (ขับรถรับจ้าง) จะแวะกินข้าวไม่ได้ มาถึงนี่ (บ้าน) ใจลึบ ๆ จะเป็นลมแล้ว ใจลึบ ๆ ๆ ...” (ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

รายที่ 2 ป้านวล ซึ่งเป็นแม่บ้านเล่าว่า ตนสามารถคาดเดาได้ว่า ถ้ามีอาการผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้นในช่วงก่อนมารับการตรวจรักษา จะพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดจะต้องสูง นอกจากนั้นป้านวลยังเล่าอีกว่า ตนรู้จักอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป เพราะตนเคยเกิดอาการดังกล่าวเป็นประจำ เมื่อต้องทำงานบ้านจนเลยเวลาอาหาร

“...เราปวดหัวปวดไหน ว่าที่น้ำตาลขึ้นแล้วมันทำให้เป็น มีอาการ บางทีหมอบอกว่าวันนี้หุ้อหนัก ปวดหัว มันแหละ น้ำตาลมันขึ้น... ถ้าว่าหิว มันเวียนหัวอะไรแบบนี้ ตาตายรู้สึกว่ามันมัน ๆ ถ้าว่าหิวข้าวมาก ๆ หัวใจสั่นด้วย ป้าว่าน้ำตาลมันต่ำเกิน ความต้านทานเรามันไม่พอ เพราะถ้าเรากินเข้าไปแล้วก็มันยังเข้าไปแหละ มันหาย หัวใจสั่นไหนหายไปได้” (ป้านวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

3.2. รักษาอาการ หลังจากสามารถประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติได้แล้ว ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม จะทำการแก้ไขความผิดปกติดังกล่าว ตามอาการที่ประเมินได้ โดยสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการแก้ไขภาวะผิดปกติของค่าระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้

- 3.2.1 แก้ไขอาการทันที
- 3.2.2 ปรับอาหารตามอาการ
- 3.2.3 ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

3.2.1 แก้ไขอาการทันที เป็นวิธีการรักษาอาการเมื่อต้องเผชิญกับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคน ที่เคยเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งถึงแม้จะไม่สามารถประเมินภาวะดังกล่าวได้ จะแก้ไขอาการผิดปกติเหล่านั้นได้ด้วยวิธีการเดียวกัน คือ ค้มเครื่องคีมรสหวาน หรือรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารรสหวาน วิธีการดังกล่าวจะช่วยให้

อาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหายไป โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง ดังที่ลุงพงศ์ และป้านวน ซึ่งเคยแก้ไขอาการภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำอยู่เป็นประจำ เล่าถึงประสบการณ์ของตนว่า

“...แต่ถ้าหน้ามืดครึ่งน้ำหวานแหละ แน่...มันเกี่ยวกับอาหารครับ ใจลิบ ๆ เกี่ยวกับอาหาร คือมันกระเพาะไม่รับไปทุกส่วน ผมว่าเลือดก็ไม่ได้รับ...มันเป็นลมแล้ ๆ ลิบ ๆ มาถึงน้ำเซบดูบอย คิมเข้าเหมือนกับยาเทวดา หวางไป (หายได้เลย) หัวใจก็สบาย...”  
(ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

“...แต่ที่เรากินเสียก่อนเราไม่ทันได้ช็อคมันแล้ว มันหิวแรง (มาก) ก็เรากินเสีย ไม้ว่าของหวานของอะไร (อาหารทั่วไป) กินไปเรื่อย ๆ แบบนั้นแหละ เวลาหิวก็ต้องกินนั้นไม่ว่าอะไรถ้ามีก็เรากินไปแล้ว ถ้าเราหิว นั่นเหมือนแรกเดียวที่ลูก (ผู้วิจัย) มา ถ้าป้า (ผู้ให้ข้อมูล) ไม่กินพลาดท่าตายแล้วก็ได้นั้น มันเกินเวลาแล้ว ต้องกินแล้วไหนไม่ไหน กินเสียสักนึกก็ยังดี ช็อคมันไม่รู้ ช็อคใหม่ ไม่เคยเป็น แต่อาการมันมี เวียนหัวขึ้นมาบ้าง ตาตาย...”  
(ป้านวน : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

3.2.2 ปรับอาหารตามอาการ เป็นวิธีการรักษาอาการที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการแก้ไขอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเกินไป โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 5 คน ของแต่ละกลุ่มจะพยายามแก้ไขอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติดังกล่าวด้วยการปรับการควบคุมอาหารตามอาการที่ประเมินได้ กล่าวคือ ถ้าสามารถรับรู้ได้ว่าตนอยู่ในภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก การควบคุมอาหารก็จะเคร่งครัดมาก แต่เมื่อรับรู้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงแล้ว การควบคุมอาหารก็จะเคร่งครัดน้อยลงตามไปด้วย เช่นในกรณีของลุงสวัสดิ์ที่ป่วยเป็นเบาหวานมาเป็นเวลา 5 ปี และเริ่มมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดี (HbA1c อยู่ในช่วง 5.6-7.0 %) มาตลอด 6 เดือน เล่าถึงวิธีการปรับน้ำตาลในเลือดให้กลับสู่ภาวะปกติอย่างได้ผลของตนว่า

“พอกินของหวานจัด (จำนวนมาก) เข้าไป เป็นขึ้นมา รู้สึกเหี่ยววัน 3-4 วัน ผิดปกติแล้ว ผมก็หยุดไปอีกของหวาน...จนเหี่ยวเต็มปกติอีก ผมก็เริ่มกินน้อย ๆ เข้าไปอีก กินแบบนั้น นี่สังเกตเอาแบบนั้น อาศัยชิมเหี่ยวเรื่อย” (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

สำหรับผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากจะปรับการควบคุมอาหารตามการรับรู้อาการภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงแล้ว พบว่า ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ยังให้ความสำคัญกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการตรวจวัด จากการมารับการตรวจรักษาในแต่ละครั้ง เป็นเกณฑ์ในการปรับอาหารร่วมด้วย เช่น ในกรณีของลุงกิตติ ซึ่งไม่เคยมี

ค่าระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ต่ำกว่า 180 mg % ตลอดระยะเวลา 4 ปี ก่อนเข้าร่วมการวิจัย ที่เล่าถึงประสบการณ์การปรับค่าน้ำตาลในเลือดของตนว่า

“คือว่า อาการที่เล่าหน้านั้นนะ คือว่าผมสังเกตเอาน่าจะเป็นน้ำตาลสูง คือ กะประมาณเอา โดยประมาณพอเกิดอาการแบบนี้ ผมว่าน้ำตาลต้องสูง ผมก็ลดสิครับ ลดอาหารการกินลงบ้าง...ถึงไม่ไปตรวจก็ลด คือลดบ้างอย่าให้มันสูงมาก... แต่พอว่า พอไปถึงบ๊ีบ ปรากฏว่าน้ำตาลขึ้น 300 แบบนี้ จำเป็นแหละพวกนี้ต้องลดให้มาก...ผมจะต้องลดแล้วทุกสิ่งทุกอย่าง คือพูดง่าย ๆ ที่หมอบอกว่า...อาหารประเภทนั้น...สมควรกินประมาณสักก็ถูกอะไร เหมือนผลไม้อะไรแบบนี้ใช่ไหม ผมก็ต้องเคร่งครัดแล้ว...ถ้าว่าน้ำตาลสูงแบบนี้ เราก็ต้องพยายามรักษาให้เข้าขั้นแหละพูดง่าย ๆ ลดได้ทันที...ถ้าพอไม่มีอาการอะไรถึงผมก็คล้าย ๆ ว่าเหมือนเกลียวเชือกแหละ เราก็คลายสักนิด เราก็หย่อนสักนิด...”  
(ลูกกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

3.2.3 ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น นอกจากจะเคร่งครัดเรื่องการควบคุมอาหารแล้ว พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ยังได้รักษาอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเกินไปตามการรับรู้ของตน ด้วยการพยายามออกกำลังกายเพิ่มขึ้นด้วย เพื่อช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเร็วขึ้น ดังที่นาย่าว และลุงพงศ์ เล่าว่า

“...เป็นมากแล้ว แบบว่าเบาหวานมันขึ้นนั้นนะ ถึงก็มันรู้สึกมันหนักตัวแล้ว... เราลดอาหาร ถ้ารู้สึกหนักตัว ถึงเราออกกำลังกาย ...” (นาย่าว : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

“...พอดีเดือนที่แล้วผมทำงานน้อยกันแหละ เหนื่อยไม่ออก ...ผมพักผ่อนมาก... น้ำตาลขึ้น...นี่เดือนนี้ นี่ผมไม่ยอมนอนแล้วตอนเที่ยงนี้ ไม่เอาแล้ว คือผมเข้ามาถึงราวตี 9 (3 โมงเช้า) ก็ผมนั่งพักผ่อนสักเดียว พอเสร็จผมนอนเล่นสักเดียวไม่ให้หลับ ออกกรไปเลย (ไปขับรดรับจ้าง) ตอนเย็นก็ตากหญ้า ปลูกของ ออกกำลังกาย...” (ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

3.3 ป้องกันการเกิดอาการซ้ำ เป็นการป้องกันภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป ที่พบได้เฉพาะผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และเคยมีประสบการณ์การเกิดภาวะดังกล่าวมาแล้ว โดยพบว่าวิธีการป้องกันที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเลือกใช้ คือ การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ในขณะที่บางคน เคยพกและรับประทานลูกอมร่วมด้วย เช่น ในกรณีของลุงพงศ์ และลุงกรที่เล่าว่า

“...เพราะผม จะกิน 2 โมงครึ่ง (08.30 น.) โน้น พอติดคนบีบไม่ได้กินไปส่งเขาก่อน (จับรถรับจ้าง) ว่าเสียกลับมานี้ได้กินแล้ว คนขึ้นอีก ไปส่งเขาก่อน ถึงทีหลังนี้ผมมาคิดว่า ต่อไปไม่เอาแล้ว ไม่รับแล้วคน...ถ้าอยาก (หิว) ผมเข้ากินเลย พออยากถึงกินเดี๋ยวนั้นแหละ (กินตามร้าน) แต่ถ้าไม่ยอมผมมาบ้าน ถ้าพอปวดท้องถึงผมหากินแล้ว ก๋วยเตี๋ยวบ้าง...ต้องกิน” (ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

“...ช่วงนั้น ผมพกทอฟฟีนะ อยู่ยาม (ปฏิบัติหน้าที่) ก็เอาไป...เคยเป็นผมเคยอมทอฟฟี่กลางคืน แต่ช่วงนี้ไม่ อมที่ 4-5 เม็ด อาการหิวมันฟูบลง...ผมเข้าใจว่ามันขาดน้ำตาลมากกว่านะ... เพราะเรากินเข้าไปแล้วมันค่อยยังชั่ว...เดี๋ยวนี้อาจไม่ได้พก...มันไม่เป็นแล้ว” (ผู้กร ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

4. ประเมินผลด้วยตนเอง ในการศึกษารั้งนี้ นอกจากจะพบพฤติกรรมกรรมการควบคุมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยตรงของผู้ให้ข้อมูลแล้ว การที่จะสามารถมีชีวิตอยู่กับเบาหวานต่อไปได้ตามปกติ นั้น ยังพบว่า สิ่งที่คุณให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม 7 ใน 10 คน จะต้องกระทำ คือ การเรียนรู้ที่จะประเมินผลการควบคุมด้วยตนเอง ควบคู่ไปกับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับจากการมารับการตรวจรักษา เพื่อให้คนได้รับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อเป็นการเฝ้าระวังไม่ให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป และเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายต่าง ๆ ขึ้นได้ ซึ่งวิธีการที่คุณให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ใช้ในการประเมินผลด้วยตนเองมีหลายวิธี ได้แก่

- 4.1 สังเกตน้ำหนักตัว
- 4.2 สังเกตอาการ
- 4.3 ตรวจสอบปริมาณน้ำตาลในเลือด

4.1 สังเกตน้ำหนักตัว ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3 ใน 5 คน และ 1 คน ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เล่าว่า ตนจะต้องคอยประเมินผลการควบคุมด้วยการประเมินน้ำหนักตัว เพื่อให้สามารถทราบได้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับใดเป็นประจำ ทั้งนี้เพราะคนเคยสังเกตพบว่าถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดก็จะเพิ่มขึ้นด้วย จึงต้องคอยสังเกตเพื่อจะสามารถหาวิธีป้องกันไม่ให้ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ลงพุง และน้ำยาวิ ผู้ให้ข้อมูลที่ได้ประเมินผลการควบคุมด้วยการคอยประเมินน้ำหนักตัวด้วยตนเอง เล่าถึงประสบการณ์ของตนว่า

“...ถึงเบาหวานครับพวกใจมันอย่ากิน พวกไส้หมูอะไรมัน ๆ นี่แสดงอย่างแรงกัน มันทำให้เบาหวานขึ้น มันพอกพูนไขมัน คือ ถ้าเรากินพวกนี้ มันไม่ลงครับ ความอ้วน

เพิ่มขึ้น พอลความอ้วนเพิ่มขึ้นนี้ เบาหวานก็มันเพิ่มขึ้นเหมือนกัน พวกไขมันนี้ไม่ได้ ความอ้วน เบาหวานนี้มันเกี่ยว มันคู่กันครับ คือ เบาหวานเขาให้น้ำหนักลด...เบาหวานนี้มันอ้วน น้ำหนัก พอลถ้าน้ำหนักขึ้นมันก็ขึ้น มันไล่กันมาเลยพวกนี้..." (ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

"มันเกี่ยวกันแหละ ความคึกน้ำ (ผู้ให้ข้อมูล) นั่นว่ามันเกี่ยว เพราะเรากินมาก กินหวาน กินมัน (อาหารมัน ๆ) เข้าไป ถึงก็เบาหวานก็มันขึ้นแล้ว ถึงอ้วน มันก็อ้วน มันหนักตัว ที่นี้...เกี่ยวกันอย่างมากรึเปล่าแหละ ถ้าเหมือนว่าเราลดอาหาร กินข้าวไม่มาก กินแต่ผักหวาน ๆ ไม่กิน ถึงหนักตัวเราไม่หนัก ถึงไปเช็กลดเบาหวานก็มันลด..." (น้ำแยว : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

4.2 สังเกตอาการ เป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 4 ใน 5 คน และ 2 ใน 5 คน ในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ใช้ในการประเมินผลการควบคุมด้วยตนเอง เช่น ในกรณีของลุงกร และน้ำวรรณที่เล่าว่า ตนได้สังเกตอาการเจ็บป่วยของตนมาโดยตลอด และมั่นใจว่าไม่ได้อยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยรุนแรง เนื่องจากไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติใด ๆ

"ที่โรคแทรก ผมว่ามันต้องออกอาการ เช่น โรคไต พวกนี้ แต่อาการเป็นไงผมก็ไม่รู้ ตัวผมตรวจสภาพตัวเองว่าวันนี้เป็นยังไง ยังไม่มีโรคแทรก...ยังปกติที่อยู่..." (ลุงกร : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

"...คือ เพราะว่า อาการใช้นั้นนะ อาการของโรคนี้ ไม่ได้เป็นที่น่าหวาดเสียวสำหรับอาจารย์...(ชื่อผู้ให้ข้อมูล) เลย ไม่เป็นที่น่าหวาดเสียวว่า อู๊ย ! มันจะต้องถูกตัดขา...ที่นี้เป็นนี้ตัวเองก็ไม่ไหวว่า ไม่ได้สังเกตตัวเอง สมมุติว่าเราเป็นมากน้อยนี้ เฮ้ ! คุณนี้เวลาเกิดบาดแผลไข่ม้อย วันรุ่งขึ้น 2 วัน แผลคุณก็หายแล้ว ตกสะเก็ดก็แสดงว่า น้ำตาลไม่มากสิ ถ้าน้ำตาลมันมาก แผลมันก็ติดช้าไข่ม้อยละ เออ ! เบอเราก็รู้ที่อยู่ เราก็สังเกตสิ..." (น้ำวรรณ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

4.3 ตรวจสอบปริมาณน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ให้ข้อมูล 1 คน ในกลุ่มไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พยายามประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนด้วยการหาวิธีตรวจสอบค่าที่แน่นอนของปริมาณน้ำตาลในเลือดควบคู่กับการสังเกตอาการรุนแรงอื่นๆ ของโรค ซึ่งพบในกรณีของน้ำวรรณ ที่ได้เคยยื่นมือยื่นในวันก่อนวันมารับการตรวจรักษา เพื่อประเมินภาวะการเจ็บป่วยที่แท้จริงตามการรับรู้ของตน และเมื่อพบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดยังอยู่

ในระดับสูง (FBS = 150-200 mg %) น้ำวรรณ จะประเมินว่าเป็นค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่สูงสำหรับตน เพราะเป็นค่าที่ตนยังไม่ได้ควบคุม (ยังไม่ได้รับประทานยา) ทำให้น้ำวรรณยังมั่นใจว่าตนไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงใด ๆ น้ำวรรณ เล่าว่า

“...วันอังคารตอนเย็นนั้น ถ้าตามคำสั่งหมอก็ต้องกินด้วยไขมัน ก่อนไปเจาะเลือดในวันรุ่งขึ้น ถ้าหมอสั่ง เข้า-เย็นใจ แต่ในความเป็นจริงในตัวเอง คินนั้นจะไม่กิน อยากจะรู้ว่าถ้าเราไม่กินนั้น มันเท่าไร? อยากรู้นั้น ถ้ากินมันจะลดกว่านั้นไขมัน ถ้าเรากิน 2 เม็ด ตามหมอบอกว่า มันควรจะลด สมมุติว่า 150 มันควรจะต่ำกว่าไขมัน นี้ไม่กินเลยจะบอกให้...”  
(น้ำวรรณ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ปรากฏการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่แตกต่างกันของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม นอกจากจะสะท้อนได้จากความสอดคล้องของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน การให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาที่แตกต่างกันแล้ว ยังคงมีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบอื่นๆ ทั้งที่ช่วยส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูลเข้ามาเกี่ยวข้อง และร่วมอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วย ดังที่ผู้วิจัยได้นำเสนอ ดังนี้

1. ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
2. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

1. ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีดังต่อไปนี้

1.1 แรงจูงใจ

1.2 บุคลิกส่วนตัวที่อดทนและเข้มแข็ง

1.3 ประสบการณ์การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและการรับรู้ว่ามีอันตรายถ้ารักษาด้วยการ

ผ่าตัด

#### 1.4 แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง

#### 1.5 การดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพ

1.1 แรงจูงใจ เกิดจากการมีเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการบรรลุเป้าหมายที่ปรารถนา เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลใช้ความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุม อดทนต่ออุปสรรคและความไม่พึงพอใจต่าง ๆ ตลอดจนสามารถลงความพยายามในการควบคุมได้อย่างต่อเนื่อง ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เกิดขึ้นจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่

1.1.1 ความกังวลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ เกิดขึ้นจากการรับรู้ว่าคุณมีภาวะแทรกซ้อนหรือเริ่มเกิดขึ้นแล้ว หรือรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดขึ้นได้ของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ทุกคน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่หวงกังวล คือ ตาบอด การเกิดแผลดุกดากหรือถูกตัดขา ภาวะแทรกซ้อนทางไต และอัมพาต ความกังวลดังกล่าวจึงเป็นความหวั่นใยตนเองที่จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น เพื่อช่วยป้องกัน ชะลอ หรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังกรณีผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ต่อไปนี้

รายที่ 1 นางสาวสดี อายุ 60 ปี ป่วยเป็นเบาหวานมาเป็นเวลา 5 ปี และมีภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจมาปีเศษ มีอาการเจ็บหน้าอกอยู่เป็นประจำ ปัจจุบันจะมีอาการประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กังวลและกลัวว่าจะเกิดอาการรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวขึ้นจนอาจทำให้ตนได้รับอันตรายถึงชีวิตได้ จึงเริ่มงดอาหารบางประเภทที่รับรู้ว่าจะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงต่อสุขภาพได้ นางสาวสดีเล่าว่า

“แรกเป็นใหม่ ๆ ผมยังคือ ผมกินอย่างแรง ทูเรียนอะไร กินยาที่กิน ของแสดงก็กินของหวาน ทูเรียนนี้มันเสียหลายอย่าง เกี่ยวกับไขมันในเส้นเลือด ทำให้เส้นโลหิตตีบบ้าง ทำให้หัวใจตีบบ้าง มันมีมัน (ไขมัน) มาก โคเลสเตอรอลก็มาก ผมเพิ่งมาหยุดเอาตอนนี้ ตอนเป็นหัวใจขึ้นมา หยุดทูเรียน หยุดขาดเลย ...” (นางสาวสดี : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

รายที่ 2 นางพงศ์ ป่วยเป็นเบาหวานมาเป็นเวลา 6 ปี มีอาชีพขับรถรับจ้าง อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร โดยที่บุตรทุกคนต่างก็มีภาระไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแทนได้ และบางคนก็แยกครอบครัวไปแล้ว กังวลเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาและตาบอด กลัวว่าจะไม่

สามารถทำงานหาเงินมาช่วยจนเกือบครบถ้วนซึ่งไม่มีรายได้อื่นนอกจากรายได้จากการขายข้าวแกงของภรรยาที่พอจะเหลือเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นภายในบ้านเท่านั้น ความกังวลว่าตนจะเป็นภาระแก่ครอบครัวเมื่อเกิดความพิการ ทำให้ลุงพงศ์ พยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไว้ จนอยู่ในระดับที่ดีได้ ลุงพงศ์บรรยายถึงความรู้สึกวิตกกังวลของคนว่า

“ผมไม่กลัว แล้วผมนี่ปณิธาน มีอดีต (เท้า) ดี ไม่เคยขอลูกกินนะ ...ถ้ามีอดีตดีพูดได้ แล้วไม่อด ถ้าเราตาบอดครับ อาจจะอดบางทีนะ ขับรถไม่ได้ นี่ผมพยายามรักษาไว้ สายตา ...รักษาให้อยู่ในระดับแบบนี้ (ระดับน้ำตาลในเลือดปัจจุบัน) ผมว่าไม่ขึ้นตา คือเลี้ยงให้อยู่ธรรมดา คืออย่าให้ขึ้นจนเกินไป... นี่ผมกลัวสายตาอย่างเดียว ...คือเบาหวานเกี่ยวกับสายตาสำคัญแหละ ถ้าขึ้นตาลำบาก ...มันแก้ไขไม่ได้แล้ว แล (ดู) ไม่เห็น ผมตายไม่กลัว แต่อย่าให้ลำบาก คนข้างหลังลำบาก ...ลูกลำบาก เมียลำบาก ไหนจะไปหากิน (ไปทำมาหากิน) ไหนไม่ได้ ต้องมาลำบากอยู่กับที่ว่ะเรา (ต้องคอยดูแลผู้ให้ข้อมูล) ...แล้วถ้าเราไปไม่ได้ (ไม่สามารถทำงานหาเงินได้) เสียคนหนึ่ง ไม่รู้แหละว่าจะได้กินหรือ (ยัง) ...” (ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

1.1.2 การตระหนักในประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำ การปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำ เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ 3 ใน 5 คน เชื่อมาโดยตลอดว่า ทำให้ตนไม่เกิดอาการต่าง ๆ ของโรค และสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคต่อไปได้ตามปกติการเห็นคุณค่าของการปฏิบัติตามคำแนะนำจึงเป็นสิ่งที่คอยกระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจอีกประการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ปฏิบัติตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ในกรณีของลุงกร ที่ได้พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำมาโดยตลอด ลุงกรให้เหตุผลว่า

“...เชื่อหมอเสียหน่อยแล้วก็รู้สึกมันสบายดี ถ้าฝืนหมอพอกินหวานเข้าไปแล้วรู้สึก ปวดเมื่อย อยากจะนอน คุมอาหารตามหมอสั่งแหละดีที่สุด...ถ้าปกติไม่ได้กินหวานเลยเกิดไปตามกฎของหมอก็สบาย ๆ ... กินขนมเกินอัตราที่หมอสั่งมันมีอาการ...ถ้าปล่อยตามอารมณ์จะกินอะไร ทานอะไรเข้าไปนี่ มันไม่ค่อยสบาย มันจำเป็นต้องบังคับตัวเอง ปฏิบัติตามหมอสั่งแหละดีที่สุด...” (ลุงกร : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

1.1.3 ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความเชื่อในความสามารถของตนเองและผลลัพธ์ที่ตนต้องการ จากประสบการณ์การเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ 3 ใน 5 คน ที่เคยประสบ



ความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือการแก้ไขอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ มีความเชื่อมั่นว่าคนมีสมรรถนะพอที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงมีความพยายามและกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้และปฏิบัติวิธีการควบคุมที่เหมาะสมกับตนเองสำหรับในผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเคร่งครัด หรือพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดมากขึ้น สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติตามคำแนะนำได้เป็นส่วนใหญ่ เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดีตามความคาดหวัง และเมื่อประสบความสำเร็จ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจนเป็นที่น่าพอใจ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ ก็จะมีเชื่อมั่นในความสามารถของตนมากขึ้น ความเชื่อมั่นดังกล่าว จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติตามการควบคุมได้อย่างต่อเนื่อง ดังกรณีผู้ให้ข้อมูล 2 รายต่อไปนี้

รายที่ 1 ลุงหงส์ ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลา 6 ปี ได้พยายามเรียนรู้ถึงปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับตนเองด้วยเชื่อมั่นว่าคนสามารถเรียนรู้เพื่อหาปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดีได้ และเมื่อประสบความสำเร็จ ลุงหงส์ มีความภาคภูมิใจว่าคนสามารถควบคุมเบาหวานได้ จนสามารถใช้วิธีการที่เรียนรู้มาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดีได้อย่างต่อเนื่อง ลุงหงส์ เล่าว่า

“... คือทดลองดู เพราะเรามีเบาหวานอยู่แล้ว ถ้าเราไม่มีที ถ้าหมอสอนเราได้ ปฏิบัติตามเขา ถึงเรานั้นมีอยู่แล้วนี่ ออกแนว (แหวกแนวไปจากคำแนะนำไปบ้าง) ดีกว่า ออกแนวรู้สึกว้ออ ! ดีขึ้น ดีขึ้น ออกแนวไป ... หมอม่กจะลด เพราะถ้ามีหนักแรง (เกิดอาการมีนึ่ระยะมาก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง) ลด อาหารการกินลดไปเลย ผมคุมได้ คือรักษามัน (เบาหวาน) ได้ ว่านั่นแหละ เราต้องรักษามัน แต่ไม่ใช่มันรักษาเราทีนี้ นี่ก็ลับตะลัดปะดแล้ว เราต้องรักษาเบาหวานทีนี้ คืออย่าให้มันขึ้นอย่าให้มันลง” (ลุงหงส์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

รายที่ 2 น้ำสวย ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลา 2 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ได้พยายามปฏิบัติตามการควบคุมตามคำแนะนำมาโดยตลอด ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมาเรื่อย ๆ จนมีค่าอยู่ในระดับดี น้ำสวยเล่าว่า คนภูมิใจกับผลการพยายามควบคุม และความภาคภูมิใจในผลลัพธ์ที่ได้ นั่นเองที่ทำให้คนมีแรงจูงใจในการพยายามปฏิบัติตามการควบคุมให้มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดีตลอดไป

“...พอไปให้หมอตตรวจเลือดอีกแหละนะเดือนครั้ง ...พอตรวจเลือดนี่มัน... หมอว่า เออ ! ช่วงนี้ดีขึ้นนะน้ำตาลลดลงดีขึ้นแบบนี้ละ ถึงเราบายใจในความรู้สึกว่า เออ ! เราทำขนาดนี้นันเราทำได้แล้วนะ ก็พยายามทำให้มันลด เรารู้แล้วว่าไอ้มันลดได้แล้วนะ

ขนาดนี้ เอ ! เราไม่กินไอ้มันเสีย (เพิ่มชนิดของอาหารที่งด) รู้สึกว่ามันดีขึ้น น้ำตาลลดลงอะไรแบบนี้ ก็ไม่ยอมไม่กินเสีย ตอนหลังก็ค่อยทำใจไป จนกระทั่งเดี๋ยวนี้ไม่กินทีละ... ” (น้ำสาว : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

1.1.4 การตระหนักในความรับผิดชอบต่อน้ำที่ทำงาน ลุงพงศ์ พนักงานขับรถของส่วนราชการแห่งหนึ่งซึ่งได้ตั้งปณิธานในการทำงานไว้ว่า จะต้องปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้เต็มความสามารถและคุ้มค่ากับเงินเดือนที่ตนได้รับ เล่าว่า ตนได้พยายามเรียนรู้และปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมที่เหมาะสมกับตนมาโดยตลอด เพื่อจะสามารถหายจากอาการของโรคได้โดยเร็ว ทั้งนี้เพื่อการมีภาวะสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ ดังที่ลุงพงศ์บอกถึงเหตุผลในการพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ว่า

“เพราะว่าห้ามทุกอย่าง ห้ามทุกระยะเลยการกินไหน หมอแถมห้ามหมด คือว่าเรากินอะไรไม่ได้แล้ว พอหมอห้ามถึงมันหิวโหย เพราะหมอให้กินพอประมาณถึงเราหิวโหย ว่าอ้อไม่ได้แล้วแบบนี้ เพลีย ...ทำงานได้แต่มันชอบนั่ง นั่งสักพักแล้วทำอีก คือทำงานไม่ติดต่อเขาเรียก...มันตอนนั้นสุขภาพไม่ดีเลย...นั่งคิดว่าผมทำงาน เพื่อนเขาทุก (ขับรถบรรทุก) ดินได้ 4 เทียว เราได้ 3 เทียว น้อยใจนั้นเราทำงานเหมือนกันแต่ได้ช้ากว่าเพื่อน กำลังที่ทำงานไม่พอ กำลังที่ขับรถบรรทุกนั้น เราไม่พอ... คือคนเรากินเราทำงานไม่ได้ควรลาออกดีกว่าครับ เพราะเรากินเงินเดือนหลวงให้เขาเสียประโยชน์ทำไม ... อยู่แบบนี้ไม่ได้แล้วเราไม่หายง่าย ตกลงว่าแหวกแนวดูสิว่าเป็นยังไง...คือกินให้มันรู้สิ่งไหน ... รู้ว่าไอ้ที่กินได้ ไอ้ที่กินมากไม่ได้ ... ออกแนวรู้สึกอ้อดีขึ้น...” (ลุงพงศ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

1.1.5 ความหวังใญ่บุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้พยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้เพื่อจะได้หายจากอาการของโรค มีสุขภาพที่ดี มีชีวิตยืนยาว สามารถอยู่ดูแลบุตรอันเป็นที่รักและหวังใยของตนต่อไปได้ ดังกรณีของน้ำสาว ซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่บุตรทั้ง 2 คน ยังไม่สำเร็จการศึกษา ความรู้สึกหวังใยในอนาคตของบุตรที่ยังไม่สามารถรับผิดชอบตนเองได้ ความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อดูแลและร่วมสร้างอนาคตที่ดีให้กับบุตร ทำให้น้ำสาวพยายามปฏิบัติควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำของทีมสุขภาพตลอดมาจนเกิดความเคยชิน และสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง น้ำสาวเล่าว่า

“...แม่ (ผู้ให้ข้อมูล) ว่าถ้าแม่ตายขึ้นมาทำยังไงทีนะ ตอนนั้นน้อง... (ชื่อบุตรสาวคนเล็ก) ก็ยังเรียนไม่จบทีนะ ลูกก็ยังเล็กอยู่ก็ว่านี่นะ ยมบาลอย่าเอาแม่ไปก่อนนะ ไม่ตายก่อนว่านี่นะ... ว่าถ้าเราเป็นอะไรขึ้นมาจะลูกเราอยู่กับใครอะไรแบบนี้...ก็ยังคงคิดว่าลูกยัง

ไม่ใหญ่ (ยังไม่เป็นผู้ใหญ่) นั่น ตัวเองก็กังวล ...เราต้องทำใจ ถ้าเราไม่ปฏิบัติให้ได้แล้ว... ลูกเราก็กังวล ลูกเรายังไม่จบว่านี่แหละนะ...มาตอนหลังมันก็ค่อยทำได้ เราไม่กินเลย นี้..." (น้าสวย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

1.2 บุคลิกส่วนตัวที่อดทนและเข้มแข็ง ในการควบคุมตนเองเพื่อปฏิบัติกิจกรรมการควบคุม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ 4 ใน 5 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยผู้ให้ข้อมูลจะรับรู้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ นั้น การควบคุมอาหารเป็นสิ่งสำคัญ ตนจึงพยายามทำใจให้เข้มแข็ง เพื่อเอาชนะความรู้สึกอยากกินอาหารที่ชอบ น้าสวยและลุงกรเป็นตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูลที่มีความเข้มแข็งในการควบคุมตนเอง เล่าว่า ตนพยายามแข็งใจ อดทน และตั้งใจที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจนสามารถปฏิบัติได้ในที่สุด

"...ตัวของเราที่สำคัญ แม่ (ผู้ให้ข้อมูล) ว่านะ สำคัญ...ครั้งแรกนี้เราต้องปฏิบัติตัวเราให้ได้ ทำใจเราให้ได้ ต้องทำใจให้ได้ ต้องแข็งใจนะ ของอะไรที่หมอบห้ามควรปฏิบัติให้ได้ตามหมอสั่ง มันจะมีผลดีมาทีหลัง..." เราต้องให้ชนะใจของเรา ถึงเราก็ปฏิบัติได้ แม้ว่านะ..." (น้าสวย : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

"ไม่มีอะไรบังคับ นอกจากบังคับตัวเอง...มันจำเป็นต้องบังคับตัวเอง... ตัวเราเองไม่สบายเอง แล้วใครก็ช่วยเราไม่ได้ นอกจากตัวเราตัดสินใจตนเอง" (ลุงกร : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

### 1.3 ประสบการณ์การมีน้ำตาลในเลือดสูงและการรับรู้ว่ามีอันตรายถ้ารักษาด้วยการผ่าตัด

1.3.1 ประสบการณ์การมีน้ำตาลในเลือดสูง ทั้งที่เป็นประสบการณ์ตรง และการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะดังกล่าวจากผู้ป่วยเบาหวานอื่น ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ 4 ใน 5 คนตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะการควบคุมอาหารมาโดยตลอด ดังกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 รายนี้

รายที่ 1 ลุงกร ซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 5 ปี เคยมีประสบการณ์การเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในช่วงเริ่มป่วยและยังสามารถจดจำถึงความไม่สบายเมื่อต้องเผชิญกับภาวะดังกล่าวได้อย่างชัดเจน ได้พยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไว้ เพื่อตนเองได้ไม่ต้องเผชิญกับอาการอื่นไม่พึงประสงค์นั้นอีก ดังที่ลุงกรบอกถึงเหตุผลของการพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ว่า

"บังคับตัวเอง ถ้าคุมไม่ได้ไม่สบาย คุมไม่ได้ไม่ต้องใครมาชี้มาบอกเป็นใจตัวเองรู้เลย ถ้าคุมไม่ได้ไม่สบายทุกที ถ้าไม่คุมอาหารแล้ว ไม่มีความสบายหรือครับ

ปวด มันอยากจะนอนชม เหงื่อแตก มันเหนียว ต้องเปิดพัดลมจี...ปวดเมื่อย ความหวานเข้าไป มันเกิดอาการไม่สบาย..." (ลุงกร : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

รายที่ 2 ลุงเนื่อง ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลา 9 ปี ซึ่งนอกจากจะเคยมีประสบการณ์การเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาบ้างในช่วงเริ่มป่วยแล้ว การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมากจากผู้ป่วยรายอื่นจนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้อยู่เป็นประจำ ทำให้ลุงเนื่องเชื่อว่าหากปล่อยให้ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากๆ ก็จะไม่สามารถรักษาหรือแก้ไขให้ลงมาสู่ระดับที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหรือระดับปกติได้อีก ความเชื่อดังกล่าว ทำให้ลุงเนื่องพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไว้เพื่อตนเองได้ไม่ต้องเผชิญกับภาวะที่เสี่ยงอันตรายเช่นนั้น ลุงเนื่องเล่าถึงประสบการณ์ของตนว่า

"ถ้าน้ำตาลมาก ก็มันตายเข้าแล้ว เพราะมันรักษาไม่ลดแล้ว ถ้าขึ้นไปมาก ๆ แล้วลำบากแล้วน้ำตาล เห็นบางคนเป็นมาก ๆ กินน้ำขวดนั้นกินสักวันขวด เขาไม่ให้กินก็ลัก (ขโมย) กิน มันไม่ลง ถ้าเป็นมากลำบาก นั้น (ชี้ไปทงบ้านของผู้ป่วยเบาหวานรายอื่นที่อยู่ใกล้กัน) เป็นแล้ว ตัดหมด 2 ขา กินยาไม่ ไม่ลง เป็นแผลไหมไม่หายแล้ว ถ้าเป็นมาก ถ้า 200 300 ขึ้นไปโน้น 200 ยังชั่วอีก ไป 300 400 โน้น ไม่ใคร (หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานรายอื่น) ลง ถ้าขึ้นไป 300 400 รักษายาก รู้ ๆ ไหร่ตายแล้ว ... เราก็กั้วมันแทรกซ้อนแบบนั้นแบบนี้ กั้วเหมือนกัน ... เรากินยาประจำ แล้วถึงน้ำตาลไม่ขึ้น ก็มันโรคแทรกซ้อนไม่ค่อยมาก มันเข้ามาไม่ได้ ... แต่ถ้าไม่คุม (อาหาร) ไม่กิน (ยา) ไม่แน่..." (ลุงเนื่อง : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

1.3.2 การรับรู้ว่ามีอันตรายถ้ารักษาด้วยการผ่าตัด การมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล สิ่งสำคัญที่แพทย์ผู้รักษาเน้นกับผู้ป่วยทุกคน คือ การรักษาจะได้ผลดีและสามารถลดความรุนแรงของโรคลงได้เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดควบคู่ไปกับการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ตามปกติ แต่จะต้องปฏิบัติตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไว้ตลอดไป โดยที่ยาที่ได้รับไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ แต่ด้วยเหตุผลที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามการควบคุมได้เท่าที่ควร อีกทั้งผู้ป่วยบางรายยังคงมีความหวังว่าจะสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ด้วยวิธีการอื่น ๆ แพทย์ผู้รักษาจึงได้เน้นให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามการควบคุมโรคตามแผนการรักษาที่กำลังได้รับ ซึ่งพบว่า 2 ใน 5 คน ของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ได้เล่าว่า ตนเคยได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่า ไม่มีวิธีการใดที่จะสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ นอกจากการผ่าตัดที่อาจต้องเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต

ซึ่งเป็นกรให้ข้อมูลที่ไม่ได้อธิบายถึงรายละเอียดข้อเท็จจริงถึงวิธีการรักษาในลักษณะดังกล่าว ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะต้องการคาดหวังเพียงให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว และไม่มุ่งหวังที่จะรอคอยรักษาโรคด้วยวิธีการที่เชื่อว่าจะรักษาโรคได้อีก ซึ่งพบได้ในกรณีของลุงสวัสดิ์ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลา 5 ปี และเป็นอีกหนึ่งที่เคยได้รับการบอกเล่าถึงวิธีการรักษาในลักษณะดังกล่าวได้พยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมาโดยตลอด หลังจากรับรู้วิธีการที่เสี่ยงอันตรายเช่นนั้น ลุงสวัสดิ์ เล่าว่า

“แก (หมอ) ว่าไม่ว่าหมอเทวดายังไง รักษาไม่หายหรอก ให้อัความดันเบาหวานนี้ แกว่าถ้าให้หายได้เหมือนกัน แต่ต้องผ่าตัด ผ่าตัด เหมือนตัดไอ้พวกเส้นเลือดที่ตีบตัน ตัดออกเสีย หาไอ้พวกที่ตีตีใส่เข้าไป ของเทียมไทร แต่เสียง 50-50 ตายกับเป็นเท่ากัน ... นั่นแหละ ตัดใจเสียถ้างั้น แล้วลงมือกินยาเท่านั้น ลงมือกินยาคุม (ควบคุม) เหมือนหมอว่า กินยาคุมตลอดชีวิต...” (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

1.4 แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูล ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะสมาชิกที่เป็นบุคคลสำคัญสำหรับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมักจะเป็นผู้สมรสและบุตร จะมีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมการควบคุมของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจะพบพฤติกรรมลักษณะนี้ได้ในกลุ่มสมาชิกของครอบครัวที่พอจะทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ 3 ใน 5 คน จะมีส่วนช่วยส่งเสริมในเรื่องการควบคุมอาหารเป็นสำคัญ เช่น ครอบครัวของลุงสวัสดิ์ที่มีภรรยาและบุตรคอยดูแลและส่งเสริมให้ควบคุมอาหารโดยการไม่จัดหาอาหารที่สมาชิกในครอบครัวรับรู้ว่า ลุงสวัสดิ์ไม่ควรรับประทาน เพราะอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ ลุงสวัสดิ์ เล่าว่า

“...เรียน (ทุเรียน) เมียไม่กล้าซื้อมา ถ้าซื้อมาผมกินนั้นแหละ ผมเห็นเข้าผมกินอีกไม่ซื้อมาก็ดี ไม่อยากเสีย ผมไม่ได้ไปหาซื้อเอง ของก็มีอยู่ในบ้าน... ...แต่ก่อนบางทีลูกเอาเรียน (ทุเรียน) มาที่ครึ่งรถ ตอนนั้นมัน (ลูก) ไม่เอามาให้ แม่ (ภรรยาผู้ให้ข้อมูล) เขาว่าพ่อ (ผู้ให้ข้อมูล) กินแล้วอันตราย ...” (ลุงสวัสดิ์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

ในบางครอบครัว นอกจากสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลบางคนยังมีญาติ ๆ คอยส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจในการควบคุมร่วมด้วย ดังกรณีครอบครัวของนายสว ย ที่นอกจากสามีและบุตรจะคอยส่งเสริมการควบคุมอาหารแล้ว ยังมีญาติ ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ ของ

น้ำสวช่วยหาวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น ยาสมุนไพร รวมทั้งคอยให้กำลังใจน้ำสวมาโดยตลอด คั้งที่น้ำสวเล่าว่า

“ถึงแม่ (ผู้ให้ข้อมูล) เคยตั้งใจไม่กินเลย แล้วไม่ซื้อเลยนิเรียน (ทุเรียน) ไหร เงาะ ไหร ไม่ซื้อเลย...แม่ก็เที่ยวซื้อของที่ว่าแม่กินได้โน้นแหละ เขา (สมาชิกในครอบครัว) ก็กินได้ที่บ้านนะ ลูก-พ่อ (สามี) เขาก็กินได้ เขาไม่บ่นไหร... ทำใจไปเสียได้สักปีได้ ไม่ยอมซื้อเข้าบ้านนั้นนะ พอดตอนหลัง ถึงเราทำใจได้แล้วนะ... ไม่กินก็ซื้อให้เพื่อน (สมาชิกในครอบครัว) กินเสียว่านี่แหละ เดี่ยวเพื่อนอดอีก ถึงก็ซื้อมา...แฟนบางทีว่าอีกแหละ แล้วซื้อมาทำอะไรอีกล่ะ ว่า อ้อ ! ซื้อมาให้พ่อ... (ซื้อสามี) นั่นแหละกิน ... เขา (สามี) ก็ว่าแหละว่าเออ ! เห็นแม่ไม่กินแล้วแม่ซื้อมาทำอะไร ... พยายาม พ่อ (สามี) เขาพยายามหาหนังสือไหรมานะ เกี่ยวกับการทำอาหารของคนเป็นโรคเบาหวานไหรนี่ เทียวหามาแล้ว ... ..(ชื่อบุตรสาวที่เป็นพยาบาลเทคนิค) ก็เหมือน ได้ช่วยแนะนำแล้วก็สั่งบอกว่านี่ แม่อย่ากิน ... ทุกคนเลย ทั้งน้ำทั้งไหร ช่วยกันทุกคนเลยนิ ถึงมีอะไรแบบว่าเขารู้นะ เขามีอยู่ หรือว่าเขาได้ข่าวมาจากไหนว่า ...เออ ! กินอะไรที่ว่าดี ...ช่วยเบาหวานลด เทียวหามาให้มันนะ เขา เทียวหามาให้น้องสาวไหร เขาให้กำลังใจเราทุกคนเลย ช่วยกันทุกคนเลยนิ” (น้ำสว : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

1.5 การดำเนินของที่มีสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ พบว่าผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 5 คน เล่าว่า ตนได้รับสัมพันธภาพที่ดีจากแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่กำลังระดับน้ำตาลในเลือดของคนอยู่ในเกณฑ์ดีและตรงกันข้าม หากค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจากเดิม หรือไม่สามารถยอมรับได้ในทางการแพทย์ ตนมักจะได้รับคำตำหนิจากแพทย์เช่นกัน ลักษณะสัมพันธภาพที่เป็นการตำหนิจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกละอาย และพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ เป็นลักษณะสัมพันธภาพที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรับผิดชอบ สนใจเอาใจใส่ตนเองในการควบคุม ลุงกร อายุ 68 ปี เป็นผู้ที่เคยได้รับสัมพันธภาพที่ดีจากแพทย์ผู้รักษาเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็มีบางครั้งที่ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มสูงขึ้นบ้าง (แต่ยังอยู่ในระดับที่ยอมรับได้) ซึ่งลุงกรเล่าว่า ตนมักจะได้รับคำเตือนจากแพทย์ผู้รักษาในลักษณะที่เป็นการตำหนิ จนทำให้ตน ซึ่งมีอายุมากแล้วรู้สึกละอาย และตั้งใจควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้มากขึ้น

“มันก็ต้องคุมให้อยู่ในระดับนี้ละ วันไหนถ้าได้คุมไป รู้สึกมันดี หมอก็ดี จับมือจับไหล่ แหมอย่างนั้นอย่างนี้ วันไหนความหวานเพิ่ม โอ้ ดุง ไม่ระวังตัวเองบ้าง ปล่อย

อย่างนี้ รู้สึกอายหมอ อายุ 60-70 แล้ว มาจี๋โหมากก็อายหมอ หมอว่า ระวังตัวบ้างสิ ความหวานขึ้นเดี๋ยวสูงลำบากน่า..." (ลุงกร : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ยังต้องประสบกับปัจจัยอุปสรรคที่คอยขัดขวางการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเช่นกัน อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง คือ บุคลิกส่วนตัวที่ไม่อดทน ไม่เข้มแข็ง ความเชื่อว่าผู้ป่วยเบาหวานโดยทั่วไปไม่สามารถควบคุมได้อย่างต่อเนื่องจากประสบการณ์ที่เคยพบเห็นผู้ป่วยเบาหวานรายอื่นไม่สามารถปฏิบัติการควบคุมได้อย่างต่อเนื่องผู้ให้ข้อมูลจึงเข้าใจว่า การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในบางช่วงเป็นเรื่องปกติธรรมดาของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ ข้อจำกัดจากภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ประสบการณ์การใช้ยาที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลัวละเลยการควบคุมอาหารในบางครั้งจากการเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาที่ใช้ว่าสามารถแก้ไขอาการรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้และการเกิดอาการข้างเคียงของยา ความกลัวว่าตนจะได้รับอันตรายจากการใช้ยา ทำให้ต้องหลีกเลี่ยงการรับประทานยาในบางมื้อ ตลอดจนบริบทการดำเนินชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการควบคุม การมีภาระกิจต้องรับผิดชอบเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาสำหรับออกกำลังกายได้ และสภาพสังคมชนบท ซึ่งเป็นสังคมแบบพึ่งพาอาศัยกัน ผู้ให้ข้อมูลจึงมักมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม จึงมีโอกาสรับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ รวมทั้งอุปสรรคจากการป้องกันการถูกตำหนิจากทีมสุขภาพและการสนับสนุนให้รับประทานอาหารที่ชอบบางประเภทตามปกติของบุคคลในครอบครัว การมีปัจจัยอุปสรรคดังกล่าวจึงเป็นตัวขัดขวางพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่อเนื่องของผู้ให้ข้อมูล ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นได้เป็นช่วง ๆ

2. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีดังต่อไปนี้

- 2.1 การขาดแรงจูงใจ
- 2.2 บุคลิกส่วนตัวที่ไม่อดทน ไม่เข้มแข็ง
- 2.3 บริบทการดำเนินชีวิต
- 2.4 การยอมรับภาวะสุขภาพผู้ป่วยของทีมสุขภาพ
- 2.5 การสนับสนุนให้รับประทานอาหารตามปกติของบุคคลในครอบครัว

2.1 การขาดแรงจูงใจ จะทำให้เกิดการไม่ตระหนักถึงเป้าหมายและความสามารถของตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นปัจจัยที่คอยขัดขวางไม่ให้ผู้ให้ข้อมูลใช้ความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุม ทำให้ไม่สามารถจัดการหรือเอาชนะปัจจัยที่เป็นอุปสรรคได้ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า การขาดแรงจูงใจที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เกิดขึ้นจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่

2.1.1 การรับรู้โรครุนแรง การรับรู้ถึงแม้จะไม่ได้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตาม คำแนะนำ ดนก็ยังไม่เคยได้รับผลกระทบที่รุนแรงจากโรค ตรงกันข้ามตนยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้ อย่างปกติสุข ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ทุกคนไม่พยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ต่อเนื่อง แต่ จะปฏิบัติควบคุมเฉพาะที่ตนพอปฏิบัติได้เท่านั้น น้ำวรรณ ซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลา 9 ปี และเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับรู้ว่าตนยังไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการรุนแรงของโรค ให้เหตุผล ของการไม่เคร่งครัดกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดว่า

“...คือ เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ถ้าเรามีความรู้สึกว่าถ้าเราคิดปกติแบบว่า ปวดหัว ไม่สบายบ่อย เรานั้นเราเนี่ย อะไรอย่างนี้ เราถึงจะรู้สึกว่ามีอะไร ถ้าเราไม่ทำตามหมอนี้แล้ว มันจะเนี่ย มันจะเป็นอย่างนี้ เมื่อกี้เราเป็นปกติทุกอย่าง... คือ บังเอิญอาการที่เราเป็นนี้พูด ง่ายๆ มันไม่ได้ถึงกับแหม่ม ! ต้องล้มหมอนนอนเสื่อ อะไร ๆ อย่างมากมาย เพราะฉะนั้นทำให้เรามีความรู้สึกเองว่า เราธรรมดา...เดี๋ยวว่ารู้สึกว่ามีอะไรอีก หมอนี้ต้องเข้าใจคิด คนไข้ คิดอย่างนั้นจริง ๆ มันอยู่กันปกติ...ถ้าเราปกติเนี่ย เราถือว่าเราปกติ โอ.เค...นี่ก็อย่างนั้นก็เลย ไม่ใช่เรียส ...คือเราก็อพยายาม ถ้ามืดได้เราก็กด...” (น้ำวรรณ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมได้)

2.1.2 การปล่อยวาง เป็นการพยายามทำใจให้ยอมรับความเจ็บป่วยที่จะต้องเผชิญของผู้ให้ ข้อมูลกลุ่มนี้ทุกคน พยายามคิดว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ความเจ็บป่วย ความตายเป็นเรื่องธรรมดาของมนุษย์ ทุกสิ่งทุกอย่างไม่เที่ยงแท้แน่นอน เกิดขึ้นแล้วก็ดับไป และ โดยเฉพาะเมื่อรับรู้ว่าจะไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ผู้ให้ข้อมูลก็พยายามทำใจจนสามารถยอมรับได้ถึงความเจ็บป่วยที่จะต้องติดตัวไปตลอดชีวิต ทำให้ไม่รู้สึกวิตกกังวล หรือตกใจกลัวความเจ็บป่วยหรือภาวะผิดปกติที่กำลังเกิดขึ้นกับตน สามารถเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยได้ตามปกติ การปล่อยวางดังกล่าวนอกจากจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสบายใจขึ้นแล้ว ยังมีส่วนทำให้แรงจูงใจในการ ปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง หรือขาดแรงจูงใจได้เช่นกัน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การปล่อยวางทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใน 3 ลักษณะ คือ



ลักษณะที่ 1 การยอมรับได้ถึงความเจ็บป่วยที่จะต้องติดตัวไปตลอดชีวิตเมื่อรับรู้ ว่าไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ 4 ใน 5 คน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง พฤติกรรมในการควบคุมของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้จึงเป็นไปใน ลักษณะของการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดอาการหรือผลกระทบที่รุนแรงของโรคเท่านั้น ดังกรณีของน้ำตาล ซึ่งมีส่วนสภาพสมรสโสดและยึดหลักสังขธรรมในการดำเนินชีวิตมาโดยตลอด รู้จักภูมิ รู้จักพอในสิ่งที่ตนมีตนได้ สามารถยอมรับได้กับสิ่งที่ตนจะต้องเผชิญ เล่าว่าตนไม่รู้สึกรอคัก กังวลกับความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่มากนัก ทั้งนี้เนื่องจากสามารถปล่อยวางได้ ในเมื่อไม่สามารถ รักษาโรคให้หายขาดได้ ตนก็คิดว่าสิ่งที่ดีที่สุดที่ตนควรทำก็คือ ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยให้ได้ และพยายามควบคุม โรคไว้ไม่ให้เกิดอาการหรือผลกระทบที่รุนแรงขึ้น น้ำวรรณกล่าวว่า

“ก็ โอ.เค. ก็จงเป็นต่อไป จบ ก็แก้ได้ใหม่ ถ้าไม่หายโรคนี๊ เมาหวานปกติคุมแล้ว หายขาดมีใหม่ ไม่ต้องตอบก็ได้ มีใหม่ที่หายขาด ไม่ต้องตอบก็ได้ แล้วเป็นพันธุกรรมด้วย ใช้ใหม่ แล้วก็คนเราเนี่ยมันต้องยอมรับสภาพ อย่างหนึ่งนี่ต้องธรรมะแล้ว ใจมั๊ย เราต้อง ยอมรับสภาพ ถ้าโรคนี๊ไม่หาย เราเป็นเมาหวานนี่ไม่หาย โอ.เค. ไม่หาย แต่อย่าให้มันมาก จนกระทั่งว่าเราต้องถูกตัดขา เราต้องนอนแบบ ๆ ไม่ได้ไปไหน เราต้องอย่างนั้น อย่างนี้ เท่านั้นเอง นี่เป็นคนคิดอย่างนั้น...เราจะไปเที่ยวเตร็ดเตร่ไหนกหนา เมื่อก่อนไม่นานเราก็ ตายแล้ว ที่เรายูมาแล้ว กับที่จะอยู่ต่อไปนั้น เมื่อก่อนจะอยู่ต่อไปมันสั้นแล้ว ใจมั๊ย...ไม่กลัวเลยละ ก็เนื่องจากว่าเป็นคนที่ทำใจได้ไม่เหมือนคนอื่น...คนเราเกิดมาแล้วต้องตาย โดย สัจธรรมของชีวิต เรายูเอเซีย เธอคุณะต้นเจ้าพระอาทิตย์ขึ้นหลังเขา...เย็นนี้มันต้องตก นี้ก็เหมือนชีวิตคน ก็เหมือนตอนเช้าเธอก็เพิ่งตื่น แล้วก็เต็มที แล้วก็ตก ก็ดับ จบ แล้วจะ กังวลอะไร...” (น้ำวรรณ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

ลักษณะที่ 2 การพยายามหาเหตุผลให้กับความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญ พบว่าผู้ให้ ข้อมูลกลุ่มนี้ 2 ใน 5 คน ไม่รู้สึกรอคักกังวลกับความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญ ตรงกันข้ามกลับมองว่า เป็นเรื่องปกติธรรมดาทั่วไปของผู้สูงอายุที่จะต้องเกิดความเจ็บป่วยบ้างตามวัย เช่น ในกรณีของ หลงกิตติ ซึ่งสามารถสังเกตอาการผิดปกติของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่เกิดขึ้นกับตนได้ เช่น มี อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ แต่หลงกิตติเล่าว่า ตนรู้สึกเฉย ๆ กับอาการที่เกิดขึ้น โดยมักจะคิดเสียว่า เป็นอาการความเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะต้องเผชิญ

“ตอนนี้ อาการมัน คือเราจะว่าเพราะเมาหวานที่ลึยว 100 เเปอร์เซ็นต์ มันก็ไม่ได้ แหละนะ เพราะเราอายุมันก็มากขึ้น ถึงอาการเข็ดเมื่อยนี้มันมีให้เห็นชัดเลย ทั้งหัวเข่า ทั้ง เมื่อยตั้งแต่ว่าขาอ่อน ลงมานี้ ผมว่าเกี่ยวกับอายุของเราด้วย... แล้วผมเองผมหนักไปใน

รายการที่ว่าเราอายุมากขึ้น คล้าย ๆ ว่าผลมันก็ผูกพันกันแหละ ไข่ม้อย มันก็ต้องผูกพันกัน คนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน ไม่มีโรคไหนที่พอแก่เข้า มันก็ต้องมีแหละอาการเข็ดเมื่อย ไหร..." (ลูกกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

ลักษณะที่ 3 การพยายามคิดว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดาของมนุษย์ที่อาจต้องเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ไม่โรคใดก็โรคหนึ่ง และสุดท้ายมนุษย์ทุกคนก็ต้องตายด้วยกันทั้งนั้น จนทำให้ขาดแรงจูงใจในการที่จะปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ ดังในกรณีของน้ำเคซ ซึ่งจากการเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมาเป็นเวลา 2 ปี น้ำเคซเล่าว่าตนไม่ได้ควบคุมอาหารแต่อย่างใด ทั้งนี้เนื่องจากตนไม่รู้รู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลกับระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นเลย

"...ผมไม่เคยนึกกลัวอะไร ไม่ เพื่อนเขาว่ากลัว ๆ ผมไม่ ผมกินทั้งนั้น ผมไม่เกี่ยว เพราะอะไรขึ้น 400 กว่า เคยขึ้น 400 กว่า เบาหวาน... ไม่ ผมไม่ตกใจเลย ไม่ว่าเป็นอะไร ผมไม่เคยตกใจ ธรรมดา ผมถือว่าคนเรามันต้องมีสักอย่างไม่รู้อะไร เพราะว่ามันต้องตายอยู่แล้ว มันยังงี้ก็มันธรรมดา บางคนกลัวแบบนั้นแบบนี้ ไม่ผม..." (น้ำเคซ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

2.1.3 ความพึงพอใจกับระดับน้ำตาลในเลือดปัจจุบันของตนเอง การรับรู้ถึงการพยายามปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมาโดยตลอดและการรับรู้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงมากแล้ว เมื่อเทียบกับช่วงเริ่มป่วย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ 3 ใน 5 คนพึงพอใจกับระดับน้ำตาลในเลือดในระดับปัจจุบันของตน และคิดว่าตนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีแล้ว ซึ่งในบางคนนอกจากจะพึงพอใจกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว การไม่มีอาการของโรคและการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ก็เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้พึงพอใจกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ตนรับรู้ว่าอยู่ในระดับที่ไม่สูงมาโดยตลอด ดังเช่นกรณีของน้ำวรรณ ซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลา 9 ปี และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วงประมาณ 150-200 mg % เป็นส่วนใหญ่ กล่าวถึงความภาคภูมิใจในผลของการพยายามปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงมาอยู่ในระดับที่ตนรับรู้ว่าไม่สูง และการไม่เกิดอาการของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ของตนว่า

"ในความรู้สึกนะ (ความรู้สึกต่อผลการควบคุมเบาหวาน) โอ.เค. เพราะว่ามันมีการพยายามคุมอาหาร และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ แล้วกินยาตามหมอบอกก็จบ เพราะว่าเวลาไปหาหมอแต่ละครั้งหมอก็ไม่ได้ว่ารุนแรงเยอะนะ (ไม่ได้บอกว่าระดับ

น้ำตาลในเลือดสูงมาก) คุณจะเป็นนั่นเป็นนี่ คุณจะอะไร (ไม่ได้บอกว่ามีโรคแทรกซ้อน) ก็หมอบอก โอ.เค. แบบนี้ก็ โอ.เค. ... มั่นใจว่าคุณได้ ขึ้น ๆ ลง ๆ (หมายถึงระดับน้ำตาลในเลือด) อย่างนี้แล้วก็ถ้าอาการเราไม่ผิดปกติมาก เพราะเราบางทีสมมุติว่าเกิดบาดแผล รุ่งขึ้นอย่างดีวันหนึ่ง 2 วัน เราก็ตกสะเก็ดแล้ว ก็แสดงว่าน้ำตาลเราไม่มากใช้มั้ย ไม่มากแล้ว..." (น้าวรรณ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

2.1.4 การรับรู้ระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง เมื่อรับรู้ว่าการระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหรืออยู่ในระดับที่ตนคิดว่ามีค่าใกล้เคียงกับค่าปกติ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ 2 ใน 5 คน จะเริ่มลดความเคร่งครัดในการควบคุมอาหารลง โดยจะกลับมาเริ่มรับประทานอาหารที่เคยลดหรือคงเพิ่มขึ้นอีก เช่นในกรณีของลูกกิตติ ซึ่งเป็นผู้หนึ่งที่มีพฤติกรรมในลักษณะดังกล่าว และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ที่ไม่เคยต่ำกว่า 180 mg % มาตลอดระยะเวลา 4 ปี ก่อนเข้าร่วมการวิจัย ลูกกิตติเล่าถึงประสบการณ์ของตนว่า

"...เออ ! ถ้าว่าน้ำตาลเราลดลงมาถึงประมาณ 180 190 เราอุ้งใจนิดแหละ คล้ายๆว่า มันเกือบจะเหมือนคนธรรมดาแล้วแหละ พุดง่าย ๆ ว่านั่น เรากินอะไร เราก็กินสบายๆใช้ไหม แต่พอว่าพอไปถึงบ๊ีบ (รู้ผลน้ำตาลในเลือด) ปรากฏว่า น้ำตาลขึ้น 300 แบบนี้ จำเป็นแล้วแหละ พวกนี้ต้องลดให้มาก ... ถ้าเหมือนระดับนี้ (FBS = 232 mg %) นั้นผมสบาย ๆ แล่ ... เช่นว่าผมยกตัวอย่างง่าย ๆ ว่ากาแฟแบบนี้ห้ามดื่มเด็ดขาดนะคอฟฟี่ที่เมดห้ามสั่งมากินนะ แต่ของผมยังมี ผมก็ยังแถมเอา ถ้าว่าในช่วง 190 อะไรแบบนี้ยังกินครับ ยังใส่..." (ลูกกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

2.1.5 ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้จำนวน 2 ใน 5 คน มีความเชื่อว่า การจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือสามารถหายขาดจากโรคหรือไม่ ขึ้นอยู่กับอำนาจของผู้ที่มีอำนาจหรือความสามารถเหนือตน โชคชะตา ความบังเอิญ หรืออำนาจภายนอกตน จนทำให้ไม่กระตือรือร้นที่จะให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล 2 รายนี้

รายที่ 1 ป่านวล ซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลา 4 ปี และยังไม่มียโรคแทรกซ้อน เล่าว่า ตนเชื่อว่าการพยายามปฏิบัติตามศาสนาญี่ปุ่น (ศาสนาเซโชคิวเซเคียว) สามารถช่วยไม่ให้ตนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคได้ และหลังจากได้ทดลองนับถือศาสนาดังกล่าวมาเป็นเวลาประมาณ 2 ปี ซึ่งถือเป็นการสร้างสมบุญไว้คอยช่วยไม่ให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ ตนมั่นใจว่าในอนาคตจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างแน่นอน ดังคำบอกเล่าของป่านวลที่ว่า

“...ถ้าเป็น (โรคแทรกซ้อน) ก็หมอตรวจออกมาแล้วแหละว่าเป็น ไม่ ไม่มี ความดัน หัวใจ ไม่มี ไม่ขออย่าให้เป็น อุดส่าห์ไปรับพระรับแสง (ไปประกอบพิธีตาม ศาสนาญี่ปุ่นที่ตนนับถือ) ขอพระอธิษฐานไว้เราอย่าให้เป็น เรามีกรรมโม ธรรมะอยู่เราไม่ เป็น อุดส่าห์ทำบุญไว้อย่าให้เป็นของแบบนี้ ทำบุญเรื่อย ๆ ถ้าเราทำบุญอธิษฐานอยู่เรื่อย ไม่เป็นแหละ เราอธิษฐานว่าอย่าให้เป็นของแบบนี้” (ปานวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุม ไม่ได้)

รายที่ 2 น้ำเคซ ซึ่งได้พยายามแสวงหาและทดลองรักษาเบาหวานด้วยวิธีการ รักษาแบบพื้นบ้านมาตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 ปี และพบว่าวิธีการเหล่านั้นก็สามารถรักษา โรคเบาหวานให้หายขาดได้ เชื่อว่า ความเจ็บป่วยของตนจะหายได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับดวงหรือ โชคชะตา ถ้าดวงยังดีก็สามารถหายได้ ความเชื่อดังกล่าวทำให้น้ำเคซมีกำลังใจที่จะทดลองวิธีการ รักษาแบบพื้นบ้านต่อไป โดยไม่ได้สนใจที่จะปฏิบัติตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำ แต่อย่างใด ซึ่งน้ำเคซได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ทำให้ตนมีความเชื่อในลักษณะดังกล่าวว่า

“ว่าเหมือนคนเรา มันเป็นอะไร มันตายได้ทั้งนั้นผมดูแล้ว มะเร็งก็ตายได้ มะเร็งก็ หายได้ นี่คนที่ว่าที่พ่อตาผมไปรักษา (ผู้ให้ข้อมูลพาพ่อตาไปรับการรักษาจากหมอ พื้นบ้านที่จังหวัด...แล้วพบผู้ป่วยมะเร็งคนนี้)... หมอจากโรงพยาบาล... (ชื่อโรงพยาบาลแห่ง หนึ่ง) ว่าไปทำโลงตั้งไว้เถอะ หมอว่าเป็นเอดส์...รักษาไม่หาย หมอว่าตายแน่ นี่ไปรักษา ที่...(ชื่อจังหวัด) โน้นแล้ว ทุกวันกลับมาเลี้ยงลูกไทรดี หายแล้ว กินยาต้มนี้แหละยามะเร็ง ...ไปจากโรงพยาบาลที่หมอว่ารักษาไม่หายแล้วถึงไป หาย ... ผมว่า อยู่ที่ดวงคนเรา ...” (น้ำเคซ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

2.2 บุคลิกส่วนตัวที่ไม่อดทน ไม่เข้มแข็ง ในการควบคุมตนเองเพื่อปฏิบัติกิจกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ ข้อมูลกลุ่มนี้ทุกคนไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ทุกคนทราบข้อ บกพร่องของตนแต่ไม่สามารถบังคับจิตใจตนเองได้เมื่ออยากรับประทานอาหารที่ชอบซึ่งส่วนใหญ่ มักจะเป็นอาหารและผลไม้รสหวาน และโดยเฉพาะเมื่อถึงฤดูกาลหรือมีอาหารนั้นอยู่ในบ้าน ผู้ให้ ข้อมูลจะทราบดีว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้นั้นการควบคุมอาหารเป็นสิ่งสำคัญ แต่มัก จะปฏิบัติไม่ค่อยได้ ดังในกรณีของปานวลที่ไม่สามารถ บังคับจิตใจตนเอง เมื่ออยากรับประทานอาหารที่ชอบและมีอยู่ในบ้าน ทำให้ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย 4 ปี ปานวลยังคงมีระดับน้ำตาลใน

เลือดที่ยังสูงกว่าระดับที่ยอมรับได้ในทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งปานวลได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ทำให้ตนไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประการหนึ่งว่า

“เพราะไม่มี ก็ไม่กิน ถ้ามันมีก็กินว่านั่นแหละ ถ้าไม่มีเราไม่กินเราอยู่ได้ ถ้าว่า มันมี มันเห็นอยู่แบบนี้ เราก็กิน ...เรื่องอะไร เทียวให้อดอยู่อีกละ เรื่อยากก็ของมันมีก็เรากินแหละนะ... สมมุติของที่ดัน (หมายถึงผลไม้ในสวนของตนเอง) แบบนี้ เราไปเก็บมาทุกวัน ๆ แบบนี้ ถ้าเราอยากจะกินอยู่เนี่ยะ ก็เราเห็นอยู่เนี่ยะ อคไม่ได้ ของในสวน นี่เห็นไปดูมาแล้ว เตี้ยว ไม่เท่าใดเกือบได้กินอีกแล้วนี่” (ปานวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้) และอีกตอนหนึ่งปานวลเล่าว่า

“เพราะเรากินเข้าไปมาก คล้าย ๆ ถ้าเรากินถ้าพอหายอยากก็มันไม่ขึ้น (หมายถึงน้ำตาลในเลือด) มันธรรมดา นี่กินเกิน กินหลายyum (หมายถึงทุเรียน) นั่นแหละ กินเป็นพูนั่นแหละ เห็นมันน่ากินเลยกินเข้าไปพักเดียว น้ำตาลขึ้น ถ้ากินที่yumสองyumไม่ขึ้น กินเป็นพูนั่นแหละ ถึงเรียนอร่อย ๆ นั่นอีก ใจพวกหมอนทอง อะไรนั่น น่ากินไม่เห็นรี กินเป็นพุลย...” (ปานวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

สำหรับในเรื่องของการไม่พยายามออกกำลังกาย ซึ่งพบได้ 3 ใน 5 คน ของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ เช่น ในกรณีของลูกกิตติ พนักงานบริษัทขายรถแห่งหนึ่ง ซึ่งมีสถานภาพสมรสหม้าย และอาศัยอยู่ตามลำพัง ที่เล่าว่า ทุกเช้าตนจะมีเวลาเหลือพอที่จะออกกำลังกายได้ประมาณ 1 ชม. ก่อนออกไปทำงาน แต่ตนก็ยังไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ทั้งนี้เนื่องจาก

“เขาแนะนำให้ออกกำลังกาย ใจนี่ผมทำได้ พุงง่าย ๆ ว่าไม่ถึง 50 เปอร์เซ็นต์ ทำน้อยมาก บางทีอาทิตย์สักไม่เกินครั้งสองครั้ง เขาให้เดินบ้าง วิ่งบ้างเล็ก ๆ น้อย ๆ อะไรแบบนี้ แต่เราไม่ทำเสียเอง ที่จริงเวลานั้นมีนั่นแหละ ... แต่ว่าคล้าย ๆ ว่ามันนิสัยมันไม่ชอบหรือว่ายังไง ...แต่เรามันไม่ชอบ ตอนเช้าก็เกียจ มีก็แต่จะเปิดดูข่าว อะไรแบบโน้น...” (ลูกกิตติ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

2.3 บริบทการดำเนินชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการควบคุม ผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษาทั้งหมดของกลุ่มนี้ ยังอยู่ในวัยทำงานหรือต้องรับผิดชอบงานบ้านด้วยตนเอง และ 3 ใน 5 คน มีภาระกิจมากจนไม่สามารถจัดเวลาสำหรับการออกกำลังกายได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องออกกำลังกายด้วยการทำงานหรือภาระกิจที่ต้องรับผิดชอบในทุกวัน ดังกรณีของปานวล ที่อาศัยอยู่กับสามี ซึ่งต้องดูแลกิจการโรงอิฐ บุตรสาวซึ่งรับราชการ และหลานสาววัย 3 ขวบ ที่กำลังเรียนชั้นอนุบาลอีก 1 คน ปานวลเล่าว่าตนต้องรับผิดชอบงานบ้านทั้งหมดคนเดียว ทั้งในเรื่องการจัดหาและปรุงอาหาร ซักผ้า และทำความสะอาด

บ้านและข้าวของเครื่องใช้ทุกอย่าง ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับผิดชอบหลานที่บุตรชายเอามาฝากเลี้ยงด้วย จนทำให้ไม่มีเวลาพอสำหรับออกกำลังกาย ดังคำบอกเล่าของป้านวลที่ว่า

“ให้ออกกำลังกายนั้นแล้ว ทำไม่ได้ คือว่าเราไม่มีเวลาได้ทำ ให้ออกกำลังกาย เขาว่าเช้า ๆ ให้วิ่ง สักครึ่งชั่วโมง หมอว่า หรือว่าสัก 15 นาที หรือว่าเดินเวียนรอบบ้าน ก็เดินนั้น เราเดินอยู่แล้ว ธรรมดาเราเดินวันไม่รู้กี่หนอยู่แล้ว แต่เราไม่ทำเช้า ๆ หรอกแล้ว เดินนี้ดูบ้านกวาดบ้าน เดินเวียนรอบบ้านเรื่อย นี่ชนเข้าชนออกที่นอนไทร เราก็อายุอยู่แล้ว เบื่อเหงื่อแตก (มีเหงื่อออก) เหมือนกัน ...งานที่บ้านทั้งวัน แต่หมอก็ยังว่าถึงทำงานบ้านก็ให้เดินแก (หมอ) ว่าไทรไม่ไทรสัก 20 นาที หรือครึ่งชั่วโมง ก็เราทำไม่ได้แบบนั้น เวลาไหนไปทำอยู่ละ” (ป้านวล : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ศึกษา 2 ใน 5 คน ของกลุ่มนี้ อาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งเป็นสภาพสังคมแบบพึ่งพาอาศัยกัน ผู้ให้ข้อมูลจึงมักจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมในเรื่องงานแต่งงาน งานศพ รวมทั้งการทำบุญตามเทศกาลต่าง ๆ มาก ทำให้มีโอกาสที่จะรับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ เช่น กรณีของน้ำเยาว์ที่มักจะได้รับเชิญไปร่วมงานบุญของญาติ ๆ เพื่อน ๆ อยู่เป็นประจำ และเมื่อพบปะญาติ ๆ เพื่อน ๆ ก็ต้องร่วมรับประทานอาหารด้วยกัน และเพื่อเป็นสิริมงคลกับคู่บ่าวสาว คนจึงต้องร่วมรับประทานอาหารที่เป็นข้าวเหนียวตามความเชื่อที่ว่า เป็นการร่วมแสดงความยินดีกับเจ้าภาพด้วย น้ำเยาว์เล่าว่า

“... เออ ! วันนี้ไปกินเหนียว (ไปงานแต่งงาน) เขานะ เหนียว (ข้าวเหนียว) เขาห่อหนึ่ง เหนียวหัวสังขยา ... เรากินให้เป็นพิธีเขาแล้ว เราไปกินเหนียวเขา...” (น้ำเยาว์ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

2.4 การยอมรับภาวะสุขภาพผู้ป่วยของทีมสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ผู้รักษามีส่วนทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ต่อเนื่องได้ ซึ่งพบในกรณีของน้าวรรณ อายุ 60 ปี ที่มารับการตรวจรักษาเบาหวานกับโรงพยาบาลแหล่งข้อมูลแห่งนี้มาโดยตลอด 9 ปี ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์หลายรุ่น ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วงประมาณ 150-200 mg % เป็นส่วนใหญ่ เล่าว่า ถึงแม้ว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนจะยังไม่อยู่ในระดับที่ปกติ แต่ทุกครั้งที่ตนมารับการตรวจรักษา แพทย์ไม่เคยกล่าววาจาในลักษณะตำหนิตนเลย ตรงกันข้ามกลับยอมรับและบอกตนว่าค่าน้ำตาลในเลือดระดับนี้เหมาะสมสำหรับตน พฤติกรรมดังกล่าวของทีมสุขภาพ ทำให้น้าวรรณเชื่อว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ปกติของตนน่าจะอยู่ในระดับนี้ จึงไม่ได้เคร่งครัดที่จะควบคุมให้ลดต่ำลงอีก น้าวรรณเล่าว่า

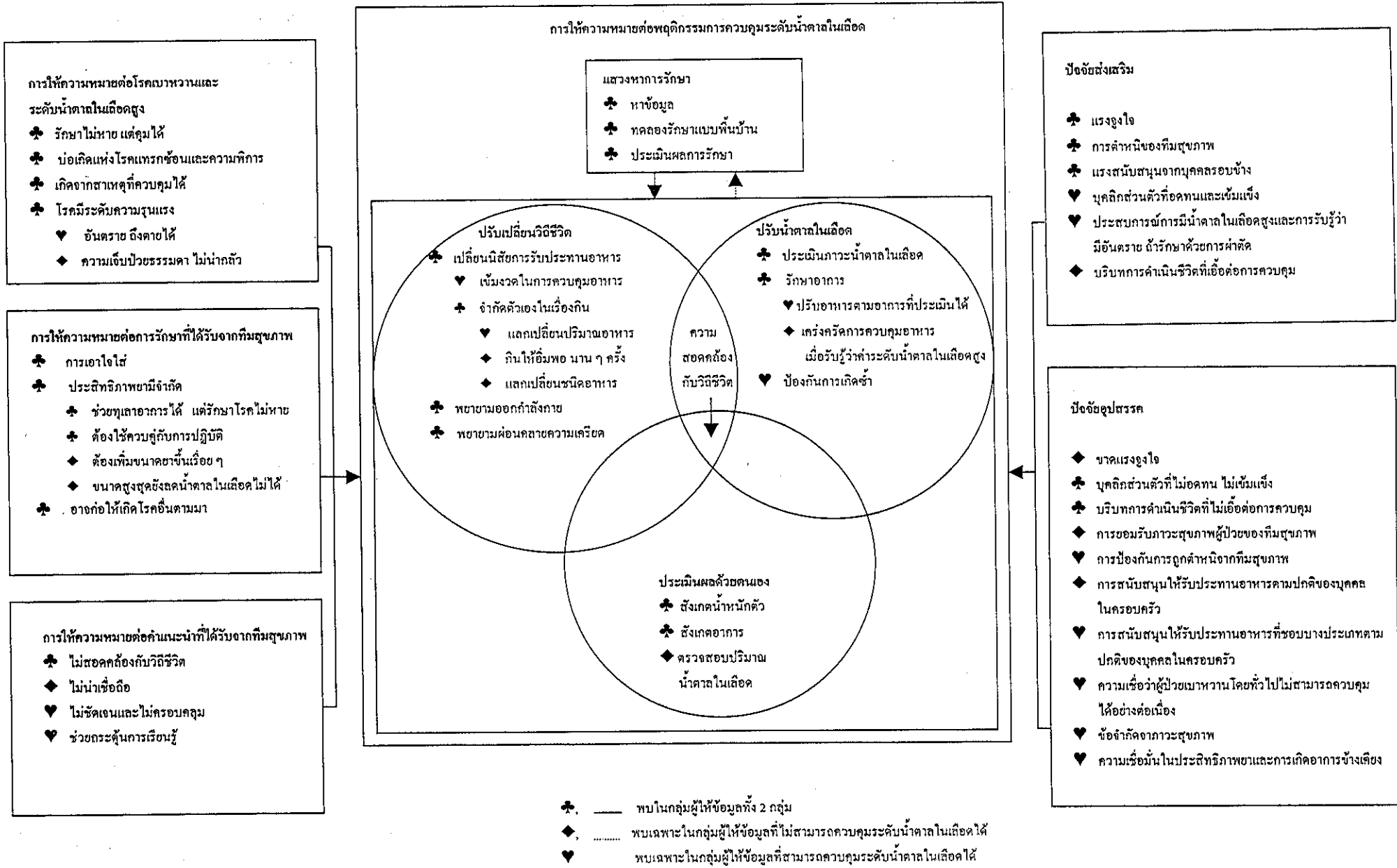
“...มันใจว่าคุณได้ ขึ้น ๆ ลง ๆ (หมายถึงระดับน้ำตาลในเลือด) อย่างนี้ ... แล้วหมอก็ไม่เห็นเค็ดรอน ไปก็ไม่เห็นว่าเลย โอ.เค. แค่นี้ดีแล้ว ...ปกตินี้ที่ตามหมอ ถ้า Normal ก็คือ 90-120 ไขมัน ...ที่นี้พอมากกว่านี้ละ...ก็เวลาไปตั้งแต่หมอ... (ชื่อแพทย์ผู้รักษา) แล้วนะหรือหมอ 2-3 หมอนี้ พอเขาอ่าน พอดตรวจเช็คน้ำตาลปึบหมอบอก โอ.เค. 150 ฮิม! ใช้ได้ ได้แล้ว โอ.เค. เพราะว่าอายุมากแล้ว เขาก็พูดอย่างนี้ละ โอ.เค. 155 เออ ! ใช้ได้ อากาอื่นมีไหม ไม่มี ฮิม ! โอ.เค. ใช้ได้ ...อาจารย์... (ชื่อผู้ให้ข้อมูล) ก็ โอ.เค. ถ้าหมอบอก โอ.เค. แล้วเราจะไม่ โอ.เค. ได้ไง ถ้า Normal ของเราแค่นี้ ...” (น้าวรรณ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

2.5 การสนับสนุนให้รับประทานอาหารตามปกติของบุคคลในครอบครัว น้ำเคซ ซึ่งอาศัยอยู่กับภรรยาซึ่งเป็นแม่บ้าน และบุตรวัยรุ่น 2 คน เล่าว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ตนควบคุมอาหารไม่ได้ โดยเฉพาะอาหารรสหวาน คือ การที่ภรรยาซื้อขนมหวานและผลไม้ต่าง ๆ เข้าบ้านไม่เคยขาด และการที่ไม่มีใครช่วยเตือนให้ควบคุมอาหาร ทำให้ตนรับประทานอาหารนั้นเป็นประจำ ดังที่น้ำเคซกล่าวว่า

“เขา (ภรรยา) ซื้อขนมหวานมาเต็มที่บ้าน ผมว่าแล้วซื้อมาทำไม เขาเที่ยวซื้อตั้งไว้ แต่ ถึงไอ้ผม ผมกินจุกจิกอยู่แล้ว กินเล่นไปนั่น ถึงเขา เขาชอบซื้อมาตั้งไว้ให้ลูกใครกิน ถึงเขาก็กินกินไม่หยุดเหมือนกัน ผมกินก็กิน เขาก็ไม่เคยพูด...” (น้ำเคซ : ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่ได้)

อย่างไรก็ตามถึงแม้จะพบปัจจัยอุปสรรคหลากหลายปัจจัย ที่คอยขัดขวางพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ แต่จากประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่าผู้ให้ข้อมูลเคยมีประวัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในบางช่วงเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ทุกคนยังมีปัจจัยที่คอยส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมร่วมด้วยในหลายปัจจัย คือ แรงจูงใจที่เกี่ยวกับ การตระหนักในประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำ ความกังวลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ ความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของวิธีการที่ตนแสวงหามาทดลองรักษา ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่า สามารถปฏิบัติการควบคุมอาหารบางประเภทได้จากการทดลองลดปริมาณอาหารลงจนเกิดความเคยชิน ตลอดจนการได้รับคำตำหนิจากทีมสุขภาพ แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างและบริบทการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อการควบคุม การเปลี่ยนแปลงบทบาทด้านการงาน การไม่ออกไปทำงานนอกสถานที่ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สัมผัสรับประทานยาและมีโอกาสควบคุมอาหารได้มากขึ้น

ภาพประกอบ 1 ประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน



**การให้ความหมายต่อการรักษาที่ได้รับจากทีมสุขภาพ**

- ♣ การเอาใจใส่
- ♣ ประสิทธิภาพามีจำกัด
  - ♣ ช่วยดูแลอาการได้ แต่รักษาโรคไม่หาย
  - ♣ ต้องใช้ความถี่กับการปฏิบัติ
  - ◆ ต้องเพิ่มขนาดยาขึ้นเรื่อย ๆ
  - ◆ ขนาดสูงสุดยังคงน้ำตาลในเลือดไม่ได้
- ♣ อาจก่อให้เกิดโรคอื่นตามมา

**การให้ความหมายต่อคำแนะนำที่ได้รับจากทีมสุขภาพ**

- ♣ ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต
- ◆ ไม่น่าเชื่อถือ
- ♥ ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม
- ♥ ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้

**ปัจจัยอุปสรรค**

- ◆ ขาดแรงจูงใจ
- ♣ บุคลิกส่วนตัวที่ไม่อดทน ไม่เข้มแข็ง
- ♣ บริบทการดำเนินชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการควบคุม
- ◆ การยอมรับภาวะสุขภาพผู้ป่วยของทีมสุขภาพ
- ♥ การป้องกันการถูกคำปรึกษาจากทีมสุขภาพ
- ◆ การสนับสนุนให้รับประทานอาหารตามปกติของบุคคลในครอบครัว
- ♥ การสนับสนุนให้รับประทานอาหารที่รบกวนบางประเภทตามปกติของบุคคลในครอบครัว
- ♥ ความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยเบาหวานโดยทั่วไปไม่สามารถควบคุมได้อย่างต่อเนื่อง
- ♥ ข้อจำกัดจากภาวะสุขภาพ
- ♥ ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและการเกิดอาการข้างเคียง

- ♣, — พบในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม
- ◆, ..... พบเฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
- ♥ พบเฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้



## การอภิปรายผล

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางมากขึ้น ถึงการให้ความหมายหรือประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยว่าเป็นแรงขับที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงหรือมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วยไม่สามารถแยกออกจากคำอธิบายที่เกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยของบุคคล การดูแลสุขภาพจึงต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตและบริบทของสถานะแวดล้อมที่บุคคลดำรงอยู่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงพฤติกรรมซับซ้อนอันก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่กำลังท้าทายความสามารถของทีมสุขภาพเช่นทุกวันนี้ได้อย่างเหมาะสม (Kleinman et al., 1978: 251-258; Leininger, 1985: 23-24) จึงเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการทำความเข้าใจบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ทั้งนี้เพื่อการสร้างสรรค์กิจกรรมการพยาบาลใหม่ ๆ ตลอดจนทบทวนวิธีการปฏิบัติพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นเบาหวานมาอย่างน้อย 5 ปี เพราะตามลักษณะของระบาวิตยาของโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะพบอุบัติการณ์ได้สูงสุดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี (Norris, 1996: 80) นอกจากนั้นส่วนใหญ่ยังเป็นผู้มีการศึกษาดี มีหน้าที่การงานที่มั่นคงและอยู่ในระดับสูงของสังคม จึงทำให้มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดระบุว่าตนยังมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงเพราะยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อาการแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดเป็นเพียงอาการชาตามอวัยวะส่วนปลาย ผู้ให้ข้อมูลจึงยังคงปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวันและมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ

การให้ความหมายต่อโรคเบาหวาน ผลการศึกษา พบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม เห็นว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากสาเหตุที่ควบคุมได้ รักษาไม่หาย แต่คุมได้ และเป็นบ่อเกิดแห่งโรคแทรกซ้อนและความพิการ และสำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ยังสามารถรับรู้ได้ถึงความรุนแรงของโรคในลักษณะที่เป็นอันตราย ถึงตายได้ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของโรคในลักษณะที่เป็นเพียงความเจ็บป่วยธรรมดา ไม่น่ากลัว

การให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ในลักษณะที่รับรู้โรคเบาหวานรักษาไม่หาย แต่คุมได้และเกิดจากสาเหตุที่ควบคุมได้ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ความสามารถในการพยายามเรียนรู้และปรับตัวให้สามารถเผชิญอยู่กับโรคและความเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลได้เป็น

อย่างดี กล่าวคือ ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการพยายามควบคุมโรคจนอาการทุเลาลง ไม่ปรากฏอาการ หรือระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้และมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเรียนรู้และจัดการกับความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ได้มา โดยตลอด

การรับรู้การประสบความสำเร็จในการกระทำกิจกรรมใด ๆ ด้วยตนเองของบุคคล (Mastery Experiences) จะเป็นวิธีการที่สามารถช่วยเสริมสร้างให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถพอที่จะกระทำกิจกรรมที่ต้องการได้ จะเป็นแรงโน้มน้าวให้บุคคลมีความพยายามและกระตือรือร้นที่จะกระทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จได้ และเมื่อบุคคลได้รับผลลัพธ์หรือประสบความสำเร็จในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ตามความคาดหวัง บุคคลก็จะยิ่งมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำกิจกรรมที่ต้องการให้สำเร็จมากขึ้น (Pender, 1996: 40) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษาเป็นผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ (วันดี, 2538: ก) การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะหวานและภาวะสุขภาพในลักษณะดังกล่าว จึงส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีแรงจูงใจในการพยายามปฏิบัติ การควบคุมความรุนแรงของโรคมาโดยตลอด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ของคิงกาสและเฮนตินเนน (Kyngas & Hentinen, 1995: 731-732) ที่ศึกษาเปรียบเทียบถึงการให้ความหมายต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำกับการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของวัยรุ่นเบาหวาน พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นเบาหวานปฏิบัติตามคำแนะนำได้เป็นอย่างดีจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือการรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ และผลการศึกษาของวัตลา (2540: 86, 160, 185) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยที่ศึกษาจะยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นที่ยอมรับได้ในทางการแพทย์ (HbA1c เฉลี่ย  $9.38 \pm 2.18$ ) แต่ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยก็ยิ่งมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนสูงขึ้น ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะควบคุมความเจ็บป่วยได้ จึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งทางด้านจิตสังคมที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเต็มใจและมีพลังหรือแรงจูงใจพอที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ (Cameron, 1996: 247) หรือกระทำพฤติกรรมใด ๆ ที่สอดคล้องกับการรับรู้ว่าเป็นพฤติกรรมควบคุมความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยของตนได้

จากผลการศึกษาที่พบว่า เบาหวานเป็นบ่อเกิดแห่งโรคแทรกซ้อนและความพิการ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนสามารถรับรู้ได้ แต่ประสบการณ์การเผชิญกับความรุนแรงของโรคที่ต่างกันทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ความรุนแรงได้ต่างกัน โดยผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ซึ่งเคยมีประสบการณ์ในการเผชิญกับอาการรุนแรงของโรคทั้งทางตรงและทางอ้อม จะรับรู้อาการรุนแรงของโรคในลักษณะที่อันตราย ถึงตายได้ ทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลต่อการเกิดอาการดังกล่าว หรือภาวะแทรกซ้อนและความไม่พึงปรารถนาที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ผลจากการพยายามเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ในการจัดการกับความเจ็บป่วยจนสามารถปรับตัวให้เผชิญอยู่กับโรคต่อไปได้ ก็เป็นเหตุผลอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ความรุนแรงในการคุกคามสุขภาพของโรคได้ต่างกัน กล่าวคือ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะรับรู้ได้ถึงภาวะการคุกคามสุขภาพของโรคที่ทำให้ตนต้องตกอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายเนื่องจากต้องเผชิญกับอาการของโรคที่สัมพันธ์กับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่ขึ้น ๆ ลง ๆ บ่อยครั้ง แต่สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะรับรู้ความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญว่าเป็นเพียงความเจ็บป่วยธรรมดาไม่น่ากลัว ทั้งนี้เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ตรงในการเกิดอาการรุนแรงใด ๆ ของโรค และเมื่อสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงได้บ้าง ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้จึงแทบจะไม่สามารถรับรู้ถึงการคุกคามของโรคได้เลย

เมื่อพิจารณาตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1977, Cited by Pender, 1996: 36) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือจะปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้การคุกคามของโรค ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยหรือความรุนแรงของโรคนั้น จะต้องมีเชื่อ ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ที่จะกระทำ ผู้ที่สามารถรับรู้ได้ถึงการคุกคามของโรคจะมีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามคำแนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุมพรรณ (2535: 39-41) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ จำนวน 12 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีส่วนกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าโรคมีความรุนแรง จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะการรับประทานอาหารรสหวาน ผู้ป่วยบางคนสามารถงดการรับประทานอาหารรสหวานได้ทันที ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าโรคไม่มีความรุนแรง จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบ้างแต่ไม่เข้มงวดมากนัก เช่น การพยายามลดการรับประทานอาหารรสหวานให้น้อยครั้งลงกว่าปกติแต่ปริมาณเท่าเดิม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วัลลา (2540: 145, 149) ที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้

คือ ความวิตกกังวลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ และประสบการณ์การเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่ง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ภาวนา (2537 : 61) ที่ศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการควบคุมโรคไม่ดี (FBS >140 mg %) แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่นกันพบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ จะเกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดหวังที่จะปฏิบัติการควบคุมโรคต่อไป และพยายามใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ตามความพอใจของตน ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้อันตรายหรือการถูกคุกคามมากจนเกินไปจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ว่าจะไม่สามารถหาแนวทางในการป้องกันหรือจัดการกับอันตรายนั้นได้ และทำให้บุคคลไม่มีพลังหรือแรงจูงใจที่จะต่อสู้ต่อไปได้ (Lazarus, 1991: 225) แต่การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผลการศึกษาจึงไม่พบว่าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกหมดหวังหรือท้อแท้กับความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญ ตรงกันข้ามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะสามารถเป็นแรงจูงใจที่ช่วยส่งเสริมผู้ให้ข้อมูลให้ปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป

จะเห็นได้ว่า การมีชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และปรับตัวจนมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตน การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคที่ต่างกัน สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตระหนักและมีพฤติกรรมในการควบคุมได้ต่างกัน ประสบการณ์การถูกคุกคามจากโรคและความเจ็บป่วย จึงเป็นปัจจัยประการสำคัญที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พยายามปฏิบัติการควบคุมโรคหรือระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น

การให้ความหมายต่อการรักษาที่ได้รับจากทีมสุขภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีประสบการณ์การรักษาในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่สามารถรับรู้ได้ว่าตนได้รับการบริการตรวจรักษาและดูแลสุขภาพด้วยความเอาใจใส่ แต่ยาที่ตนได้รับนั้นมีประสิทธิภาพในการรักษาจำกัด โดยผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะรับรู้ได้ถึงความจำกัดของประสิทธิภาพยาในบางประเด็นได้มากกว่า เช่น ขนาดสูงสุดยังคงลดน้ำตาลในเลือดไม่ได้ นอกจากนี้การจะต้องรับประทานยาดังกล่าวเป็นระยะเวลานานก็ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม เชื่อว่าอาจจะก่อให้เกิดโรคอื่นที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามมาได้

การรับรู้การได้รับบริการด้วยการดูแลเอาใจใส่ ทั้งในลักษณะของการเฝ้าระวังอันตรายด้วยการพยายามค้นหาอาการหรือความผิดปกติที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูล

โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น เป็นการแปลความหมายในลักษณะที่ทีมสุขภาพสนใจต่อสุขภาพของคน ให้ความรู้ ช่วยเหลือ ส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันสุขภาพ อันเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อต้องการให้ตนมีสุขภาพดี ทั้งนี้เพื่อการบรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องการลดหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถนำหลักการและข้อเสนอแนะ โดยเฉพาะด้านโภชนาการ ไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน สามารถพึ่งตนเองและมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยต่อไปได้อย่างมีความหวัง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นที่ยอมรับได้ (เพ็ญจันทร์ และ ลือชัย, 2537: 279; โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคม, 2539: 35) ซึ่งการรับรู้การได้รับบริการในลักษณะดังกล่าว จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันสุขภาพตามคำแนะนำได้มากขึ้น (Buchmann, 1997: 135) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้การเอาใจใส่ของทีมสุขภาพสามารถส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลตระหนักในประโยชน์ของการปฏิบัติตัว เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อันเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติกิจกรรมการควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับที่วัลลา (2540: 152, 160) ศึกษา รูปแบบของการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่มีภาวะการควบคุมโรคไม่ดี ( $HbA_{1c}=9.38\pm 2.18$ ) พบว่า เมื่อสามารถให้บริการที่เอาใจใส่ทั้งในการตรวจร่างกาย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และแผนการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อข้องใจ แสดงความคิดเห็นและความรู้สึก เกรงใจต่อรอง ปริมาณปัญหาต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วยจะพึงพอใจในสัมพันธภาพและมีความรับผิดชอบ สนใจเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น และเมื่อสิ้นสุดโครงการผู้ป่วยที่ศึกษามีภาวะการควบคุมโรคดีขึ้น ( $HbA_{1c} = 8.85\pm 2.46$ )

นอกจากนั้นถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม จะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตมีจำกัด โดยเห็นว่าเป็นเพียงวิธีการหนึ่งที่จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือลดความรุนแรงของโรคลงได้ โดยที่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาด การจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ผลดีนั้นจำเป็นจะต้องปฏิบัติกรควบคุมวิธีอื่นควบคู่ไปด้วยนั้น อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลทุกคนยังคงรับประทานยา ซึ่งเชื่อว่าสามารถช่วยควบคุมความรุนแรงของโรคได้ตามแผนการรักษาโดยตลอด ซึ่งการที่บุคคลยังมีความเชื่อในประสิทธิภาพของการปฏิบัติตามแผนการรักษาว่าสามารถช่วยป้องกันการคุกคามของโรคหรือทำให้สุขภาพของตนดีขึ้นได้นั้น บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันสุขภาพนั้นได้ (Pender, 1996: 35) ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของเยาว์ลักษณะและคณะ (2538: 37) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ จำนวน 12 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษาของผู้ป่วยว่า สามารถทำให้อาการของโรคทุเลาลง จนไม่มี

อาการผิดปกติต่างๆ หลงเหลืออยู่ ร่างกายสามารถกลับสู่สภาพปกติจนสามารถปฏิบัติภาระกิจต่างๆ ได้เหมือนเดิม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่องเช่นกัน

ผลการศึกษาที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับว่า อาจก่อให้เกิดโรคอื่นได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลพยายามหลีกเลี่ยงการรับประทานยาในบางมื้อ โดยผู้ให้ข้อมูลบางคนในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะงดการรับประทานยาในขนานหรือขนาดที่ได้รับการปรับเพิ่มเมื่อแพทย์พบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นนั้นชี้ให้เห็นถึงการรับรู้อุปสรรคของการรักษาที่ได้รับ ซึ่งถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะสามารถรับรู้ได้ถึงประโยชน์ของการรักษา แต่การรับรู้ถึงอันตราย หรือผลกระทบจากการรักษาในทางลบ จนทำให้ไม่มั่นใจในความปลอดภัยของการรักษาที่ได้รับ จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกอยากปกป้องตัวเองและปฏิเสธการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพตามคำแนะนำได้เช่นกัน (Thorne, 1990: 64) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนผลการศึกษาของเพ็ญจันทร์และลือชัย (2537: 272-280) ที่ศึกษาสถานการณ์ชีวิตและพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เชื่อว่าการฉีดอินซูลินสามารถทำให้เกิดอาการเป็นลมจนอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ จะไม่มารับการรักษาต่อ หลังจากรับรู้จากแพทย์ว่าตนควรได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยยาฉีด

ประสบการณ์การได้รับการรักษามาตลอดช่วงระยะการเจ็บป่วย ทำให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มรับรู้ถึงการรักษาที่ได้รับในลักษณะของการช่วยลดความรุนแรงของโรคหรืออาจทำให้เกิดอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมสุขภาพได้มากขึ้น ไม่แตกต่างกัน แต่การที่จะต้องเผชิญอยู่กับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่ยังสูงกว่าค่าที่จะยอมรับได้อยู่เป็นประจำของผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นสามารถทำให้เกิดความคิดเห็นต่อการรักษาที่ได้รับว่ามีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของโรคได้ค่อนข้างจำกัดกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากขึ้น

การให้ความหมายต่อคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับจากทีมสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม เห็นว่า คำแนะนำที่ได้รับนั้นเป็นข้อปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะข้อปฏิบัติเพื่อการควบคุมอาหารที่ตนไม่ได้ปฏิบัติ เพราะไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตน ปฏิบัติได้ยากหรือไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากขัดกับนิสัยประจำตัว และเป็นคำแนะนำที่ไม่คำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคนที่จะต้องรับผิดชอบภาระกิจในชีวิตประจำวันที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยังเห็นว่าเป็นคำแนะนำที่ไม่น่าเชื่อถือ ไม่สำคัญ จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติก็ไม่ได้ส่งผลกระทบใด ๆ กับตน ในขณะที่กลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เห็นว่าเป็นคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมเนื่องจาก

ยังขาดรายละเอียดที่จะนำไปปฏิบัติและยังไม่มีเนื้อหาในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนควรทราบ อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้สามารถสังเกตเห็นว่าคำแนะนำที่ได้รับและการทดลองปฏิบัติตามคำแนะนำในช่วงเริ่มมารับการตรวจรักษานั้น เป็นประสบการณ์ที่สามารถช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้คนมีความคิดริเริ่มในการพยายามค้นหาจนสามารถเรียนรู้วิธีการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของคนได้

การรับรู้คำแนะนำที่ได้รับในลักษณะของความไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 2 กลุ่ม และความไม่น่าเชื่อถือของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นการรับรู้การไม่ได้รับประโยชน์จากคำแนะนำตามความคาดหวัง เนื่องจากเห็นว่าการปฏิบัติตามจะไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญของการไม่สามารถปฏิบัติตามและไม่ให้ความสำคัญกับคำแนะนำที่ได้รับของผู้ป่วยเบาหวานที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า นอกจากความเชื่อมั่นว่าคนมีความสามารถพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จแล้ว ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ต้องการ ความเชื่อมั่นว่าการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นตัวบ่งชี้อีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีความพยายามและกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1986:391-392) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากหลายรายงานการวิจัยที่ชี้ให้เห็นประเด็นหลักของการไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำหรือแม้กระทั่งการไม่สามารถปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอแล้ว เนื่องจากความรู้ที่ได้รับไม่มีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต เช่น ผลการศึกษาของเพ็ญจันทร์และถิษฐ์ชัย (2537: 277) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากไม่ทราบว่า จะนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในวิถีการดำเนินชีวิตของตนได้อย่างไร ... เพราะถึงแม้จะทราบหรือมีความรู้ ความสามารถพอที่จะแยกแยะชนิดของอาหารที่สัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด แต่แบบแผนการรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตนั้นผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และจากผลการศึกษาของคิงกาส และเฮนตินิน (Kyngas & Hentinen, 1995: 732-733) ที่ศึกษาเปรียบเทียบถึงการให้ความหมายต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำกับการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของวัยรุ่นเบาหวาน พบว่าวัยรุ่นเบาหวานในกลุ่มที่ปฏิบัติตามคำแนะนำได้เป็นส่วนใหญ่ ได้อธิบายถึงเหตุผลของการไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำให้สำเร็จได้ว่าเป็นเพราะ การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันไม่มีความเหมาะสมกับสภาพการดำเนินชีวิตของตน การปฏิบัติตามจะก่อให้เกิดผลกระทบกับเขาในหลายด้าน ทำให้เขารู้สึกเหมือนถูกบังคับให้ปฏิบัติ การดูแลตนเอง ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของชีวิตเขา แต่เป็นเครื่องพันธนาการจากบุคคลอื่นที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากจากความไม่ยืดหยุ่น

ผลการศึกษาที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยเริ่มทดลองปฏิบัติตามคำแนะนำ สิ่งสำคัญที่สะท้อนได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ คือ ประสบการณ์การได้รับคำแนะนำในลักษณะที่ไม่ชัดเจน ในรายละเอียด

ที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งใจได้ ตลอดจนการขาดเนื้อหาที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหามือเกิดอาการผิดปกติรุนแรงจากการพยายามควบคุมอาหารตามคำแนะนำ จะก่อให้เกิดการรับรู้บริการที่ได้รับในลักษณะของความผิดหวัง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ไว้วางใจ ไม่เชื่อถือในคำแนะนำ การรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำนอกจากจะไม่ได้รับประโยชน์ตามที่มุ่งหวังแล้ว ยังอาจทำให้ตนต้องอยู่ในภาวะเสี่ยงต่ออันตรายจะทำให้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมปกป้องตนเองจนเกิดพฤติกรรมที่ตั้งใจที่จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ (Intentional Non-compliance) ขึ้นได้ (Eisenberg & Kleinman, 1980: 242)

ผลการศึกษาที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้คำแนะนำที่ได้รับในลักษณะของประสบการณ์ที่ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิบัติตามควบคุมได้มาโดยตลอด สะท้อนได้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตนั้น นอกจากจะไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาค่าตั้งเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังอาจก่อให้เกิดผลกระทบในลักษณะที่ไม่ปรารถนาขึ้นได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องพยายามใช้ศักยภาพของคนที่มียุ่อย่างเต็มที่ในการพยายามเรียนรู้เพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยและผลกระทบเหล่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้สามารถปรับตัวกลับสู่ภาวะสมดุลหรือได้รับผลกระทบน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาในลักษณะดังกล่าวยังชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ นั้น การปฏิบัติตามวิธีการที่ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพไม่ใช่สิ่งสำคัญเสมอไป ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามวิธีการที่ได้รับคำแนะนำโดยตรงได้หรือไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีการที่ได้รับคำแนะนำ หากสามารถค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนได้ ก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไปโดยตลอด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาจากหลายรายงานที่ค้นพบพฤติกรรมของผู้ป่วยในลักษณะที่ไม่สามารถปฏิบัติตามวิธีการที่ได้รับคำแนะนำได้หรือไม่ได้ปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง แต่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (GHB) อยู่ในเกณฑ์ดี (Hentinen & Kyngas, 1992: 534-535; Hentinen & Kyngas, 1996: 330-333) การไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีการที่ได้รับคำแนะนำ จึงอาจเป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้ป่วยใช้ในการปรับตัว ค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับตนที่จะเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยต่อไปได้

จะเห็นได้ว่า ประเด็นสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม สามารถรับรู้คำแนะนำที่ได้รับได้เหมือนกัน คือ การได้รับคำแนะนำที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ซึ่งเป็นเหตุผลหลักของการไม่สามารถปฏิบัติตามหรือปฏิบัติตามได้ไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ประสบการณ์ที่แตกต่างกันในลักษณะของการรับรู้คำแนะนำที่ได้รับว่า ไม่น่าเชื่อถือหรือไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมนั้นอาจเกิดขึ้นได้จากการนำคำแนะนำที่ได้รับไปทดลองปฏิบัติและการมารับการตรวจรักษาในแต่ละครั้งที่อาจมีความ



แตกต่างกันของการจัดบริการ และอาจเป็นสาเหตุที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ให้ความสำคัญ ไม่น่าเชื่อถือ และไม่ไว้วางใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านั้นได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ได้ถึงประโยชน์ของคำแนะนำที่ได้รับในลักษณะของการช่วยกระตุ้นการเรียนรู้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ตระหนักและปฏิบัติตามการควบคุมจนมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง

การให้ความหมายต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ถึงแม้จะมีวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกันไปบ้าง แต่ก็มี ความเหมือนกันในแบบแผนการควบคุม กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม จะพยายามแสวงหาวิธีการรักษาแบบพื้นบ้านที่คาดหวังว่าจะรักษาเบาหวานได้ โดยเฉพาะเมื่อรับรู้ว่ายาแผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาด ขณะเดียวกันก็ได้พยายามปรับตัวเพื่อให้สามารถเผชิญอยู่กับโรคและความเจ็บป่วยได้ ด้วยการพยายามปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เมื่อรับรู้ว่าจะต้องจำกัดผลกระทบของโรค และโดยเฉพาะเมื่อรับรู้หรือเชื่อว่าไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้พยายามเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติควบคุมตามคำแนะนำต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับตนโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมทั้งพยายามค้นหาและเรียนรู้วิธีการปรับ น้ำตาลในเลือด และประเมินผลการควบคุมด้วยตนเอง

การแสวงหาการรักษาแบบพื้นบ้าน พบว่าวิธีการรักษาที่ผู้ให้ข้อมูลนิยมทดลองรักษา มากที่สุด คือ การใช้สมุนไพร แต่เมื่อประเมินผลพบว่า วิธีการเหล่านั้นไม่สามารถลดระดับน้ำตาล ในเลือดได้ ผู้ให้ข้อมูลก็อาจจะหยุดทดลองวิธีการนั้น โดยอาจจะพยายามทดลองวิธีการอื่น ๆ อีก จนช่วงเวลาหนึ่งเมื่อผู้ให้ข้อมูลเรียนรู้ว่าไม่มีวิธีการใดรักษาโรคให้หายขาดได้ ก็จะยึดการรักษา แผนปัจจุบันเป็นหลัก แต่อาจจะยังคงใช้สมุนไพรหรือวิธีการรักษาแบบพื้นบ้านอื่น ๆ ที่เคยทดลอง ต่อหรือใช้บ้างเป็นครั้งคราว แต่ด้วยเหตุผลอื่นที่อาจจะไม่ใช่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วม ด้วย ซึ่งพบได้ในการศึกษาของ ภวานา (2537: 62-64) และ วรธนา (2540: 82-83) เช่นกัน การแสวง หาการรักษาแบบพื้นบ้านจึงเป็นพฤติกรรมที่พบได้ทั่วไปในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมักจะกระทำ เพื่อเป็นการแสดงออกถึงความต้องการร่วมรับผิดชอบในการดูแลรักษาตนเอง เพื่อความปลอดภัย และความอยู่รอดของชีวิตโดยธรรมชาติ แต่มักไม่ได้รับการยอมรับจากระบบการดูแลสุขภาพแผน ปัจจุบันผู้ป่วยจึงมักจะปกปิดการรักษาตนเองด้วยวิธีนี้ต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ซึ่งในความเป็นจริง การรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวเป็นสิ่งที่อยู่คู่สังคมไทยมาช้านาน จึงเป็นการยากที่จะห้ามผู้ป่วยให้ หยุดใช้วิธีการเหล่านั้น ทั้งนี้เพราะเมื่อเจ็บป่วยบุคคลย่อมต้องการหายป่วย ทุกสิ่งทุกอย่างที่ได้

กระทำแม้ว่าจะถูกหรือผิดเป็นเพียงความปรารถนาที่จะได้ร่วมกำหนดวิถีการดำเนินชีวิตและเลือกสิ่งที่ดีและเหมาะสมให้กับตนเองเท่านั้น

ผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหารมาจำกัดตัวเองในเรื่องกิน พยายามออกกำลังกาย ตลอดจนพยายามผ่อนคลายความเครียด ซึ่งจะเห็นว่าเป็นการปฏิบัติที่พยายามยึดหลักความเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละคน โดยผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะสามารถค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนได้มากกว่าผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเฉพาะการจำกัดตัวเองในเรื่องกินด้วยการแลกเปลี่ยนปริมาณอาหาร ซึ่งพบว่า ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะสามารถใช้ประสบการณ์การเจ็บป่วย หรืออาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งมาเป็นเกณฑ์ในการกำหนดปริมาณอาหารที่ควรรับประทานแต่ละชนิด นอกจากนั้นยังสามารถเรียนรู้ได้ถึงปริมาณอาหารที่ควรรับประทานที่สัมพันธ์กับกิจกรรมในแต่ละวัน มีการออกกำลังกายในบริบทที่เหมาะสมกับตน วิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้และเชื่อว่าจะช่วยให้คุณสามารถควบคุมอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งยังไม่สามารถเรียนรู้วิธีการเหล่านั้นได้มากนัก การจะปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้จึงยังคงยึดหลักการปฏิบัติตามวิธีการที่ได้รับการแนะนำตามที่ตนสามารถปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่ โดยไม่สามารถประยุกต์ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปรากฏการณ์ในลักษณะดังกล่าวมีลักษณะคล้ายคลึงกับที่เฮร์แมนเดซ (Hernandez, 1996: 37-52) ได้ศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตรอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระดับดีจำนวน 8 คน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 4 คน พบว่า การมีชีวิตรอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของการพยายามค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติในการเผชิญอยู่กับโรคและความเจ็บป่วยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเอง การศึกษาดังกล่าวพบประสบการณ์การค้นหาและเรียนรู้เป็นระยะ ๆ ตั้งแต่เมื่อเริ่มเจ็บป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยทุกคนยังไม่สามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้รับมาใช้ได้ น้ำตาลในเลือดยังคงอยู่ในระดับสูง การปฏิบัติการควบคุมยังเป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ป่วยได้พยายามค้นหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตน และเมื่อเกิดเหตุการณ์ความเจ็บป่วยต่าง ๆ ขึ้น เช่น การมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป ผู้ป่วยก็สามารถใช้เหตุการณ์ดังกล่าวเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนได้มากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของตนเป็นอย่างดี (Self Expert) มีการปรับการดูแลให้สัมพันธ์กับอาการที่ประเมินได้จาก

ความรู้สึกของตนเอง พยายามปรับการดูแลทุกอย่างให้เข้ากับวิถีชีวิต มีการศึกษาการดูแลตนเองให้สัมพันธ์กับงานที่ทำ ออกกำลังกายด้วยการทำงาน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นบุคคล และยอมรับว่าโรคเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และตนสามารถเรียนรู้ที่จะเผชิญอยู่กับมันต่อไปได้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งถึงแม้จะพยายามค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนมาระยะหนึ่งแล้ว แต่การเกิดความกลัวจากการไม่ได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมจากบุคคลรอบข้างให้ปฏิบัติการค้นหาต่อไป เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะต้องเรียนรู้การดูแลตนเองบ่อยครั้ง ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้และปรับตัวกับวิถีชีวิตที่สามารถค้นหาได้ ผู้ป่วยจึงกลับไปปฏิบัติการควบคุมเช่นเดียวกับในระยะที่ยังไม่เกิดการเรียนรู้ถึงโรคและความเจ็บป่วยของตน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความแตกต่างจากผลการศึกษารุ่นนี้ในประเด็นที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะพยายามค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติของตนเอง โดยไม่ได้ปฏิบัติตามในวิธีการที่ได้รับคำแนะนำอย่างเคร่งครัดมาโดยตลอด คำแนะนำที่ได้รับจึงเป็นแนวทางในการควบคุมเท่านั้น อีกทั้งเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความกลัวต่อผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเหตุการณ์เหล่านั้น ไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงสำหรับตน ผู้ให้ข้อมูลจึงได้พยายามเรียนรู้และปฏิบัติในวิธีการควบคุมที่เห็นว่าเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองในระดับหนึ่งต่อไปอย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ยังไม่สามารถค้นหาหรือเรียนรู้วิธีการปฏิบัติการควบคุมที่เหมาะสมสำหรับตนที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ การจะปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงยังค่อนข้างยึดวิธีปฏิบัติในสิ่งที่ได้รับการสอนหรือแนะนำจากทีมสุขภาพเท่าที่ตนสามารถจะปฏิบัติได้ ส่งผลให้ยังคงไม่สามารถปฏิบัติการควบคุมที่ต่อเนื่องได้

สำหรับการเรียนรู้การปรับน้ำตาลในเลือดและการประเมินผลการควบคุมด้วยตนเองพบว่า ผู้ให้ข้อมูลพยายามค้นหาและเรียนรู้ถึงวิธีการปรับน้ำตาลในเลือดเพื่อแก้ไขภาวะผิดปกติของค่าระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับสู่ภาวะสมดุลตามการรับรู้ของตน รวมทั้งมีการประเมินผลการควบคุมด้วยตนเอง เพื่อเป็นการคอยเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งพบได้ทั่วไปในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้อาจเนื่องจากประสบการณ์ที่ต้องเผชิญอยู่กับภาวะเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาานาน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้มีการศึกษาดี จึงสามารถสังเกต ศึกษาหาข้อมูล และเรียนรู้ได้ถึงวิธีการแก้ไขตลอดจนเฝ้าระวังอันตรายต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามการพบวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีการปรับน้ำตาลในเลือดและการประเมินผลการควบคุมด้วยตนเองในผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม สะท้อนให้เห็นถึงการพยายามค้นหาวิธีการที่ช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ เพื่อให้ตนสามารถเผชิญอยู่กับโรคได้ต่อไปเท่านั้น โดยไม่สามารถใช้วิธีการดังกล่าวในการลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการ

ศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แฮมเมอรา และคณะ (Hamera et al., 1988: 363-367) ที่ศึกษาวิธีการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 173 คน ซึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.9 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปฏิบัติการควบคุมเมื่อเขาสามารถสังเกตอาการ (Symtoms) ของตนได้ว่าเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถประเมินอาการที่สัมพันธ์กับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงได้เพียงร้อยละ 50 เท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้น วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้มักจะเป็น วิธีการควบคุมจากประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติได้ผลหรือสามารถแก้ไขอาการผิดปกตินั้น ๆ ได้มาก่อน

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 2 กลุ่ม เป็นการพยายามค้นหาและเรียนรู้ เพื่อปรับตัวให้ตนสามารถมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยได้ต่อไป ซึ่งในกระบวนการจะมีความคล้ายคลึงกันในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่ประกอบด้วยการเปลี่ยนวิถีชีวิต ปรับน้ำตาลในเลือด ประเมินผลด้วยตนเอง ตลอดจนการแสวงหาการรักษา ซึ่งมักจะขึ้นอยู่กับความรู้ข้อมูลและผลการประเมินประสิทธิภาพของวิธีการรักษานั้นของแต่ละกลุ่ม แต่การจะปฏิบัติการควบคุมให้ได้อย่างต่อเนื่องของกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการค้นหา เรียนรู้ และปฏิบัติการควบคุมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองในทุกบริบทการเผชิญอยู่กับโรค และโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การเรียนรู้วิธีการที่จะแลกเปลี่ยนปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ การไม่สามารถควบคุมอาหารได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่ง ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนใหญ่จะมีรูปร่างอ้วน (BMI หญิง = 27 kg/m<sup>2</sup> ชาย = 28 kg/m<sup>2</sup>) การสามารถเรียนรู้และปฏิบัติได้ถึงการควบคุมอาหารที่ต่อเนื่อง จึงเป็นวิธีการสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตลอดไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องและร่วมอธิบายพฤติกรรมการควบคุมร่วมกันหลายประการ ปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม และก่อให้เกิดอุปสรรคที่สำคัญในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่นกัน คือ แรงจูงใจ พบว่า การมีแรงจูงใจจะส่งเสริมผู้ให้ข้อมูลให้มีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุม อดทนต่ออุปสรรคและความไม่พึงพอใจต่าง ๆ เพื่อให้ตนสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ตลอดจนสามารถคงความพยายามที่จะควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งอาจจะเป็นเป้าหมายที่เกิดจาก

ความต้องการที่แท้จริงของบุคคล หรือเป้าหมายที่เกิดจากค่านิยมของสังคม จะเป็นตัวกระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลพยายามปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จ แรงจูงใจของบุคคลสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากความต้องการหรือความปรารถนาที่จะให้ได้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งและความต้องการหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ไม่ต้องการ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เป้าหมายที่เกิดจากความต้องการของตนเองจะมีอิทธิพลต่อบุคคลได้มากกว่าความต้องการที่เกิดจากค่านิยมของสังคม (Lazarus, 1991: 94-98) ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ พบว่าผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะมีแรงจูงใจที่เกิดจากตนเองโดยตรงทั้งในลักษณะที่เป็นความต้องการที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ ความต้องการให้มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สามารถทำงานหรือมีชีวิตร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ และความต้องการหลีกเลี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่ไม่ต้องการที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่มีแนวโน้มในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่องเป็นสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานของหลายรายงานที่พบว่า แรงจูงใจที่เกิดจากตัวบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองในการเผชิญอยู่กับโรคและความเจ็บป่วยได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้นเช่นกัน (เยวาลักษณ์ และคณะ, 2538: 35-36 ; วัลลา, 2540 : 144-147; Kyngas & Hentinen, 1995: 734; Kyngas et al., 1996: 1002-1003)

อย่างไรก็ตาม เมื่อแรงจูงใจลดลงหรือขาดแรงจูงใจ ผู้ให้ข้อมูลก็จะไม่ตระหนักถึงเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ไม่พยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุม ไม่สามารถจัดการหรือเอาชนะปัจจัยที่เป็นอุปสรรคได้ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า นอกจากการรับรู้โรคไม่รุนแรงดังกล่าวมาแล้ว การปล่อยวาง และความพึงพอใจในระดับน้ำตาลในเลือดปัจจุบันเป็นปัจจัยที่สามารถลดหรือทำให้ขาดแรงจูงใจได้ด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะมีการปรับตัวให้สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญได้ด้วยการพึ่งพาธรรมชาติ ดำเนินชีวิตโดยใช้หลักสังขารม อีกทั้งกลุ่มที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่มีการศึกษา อาชีพ และรายได้อยู่ในระดับดี ผู้ให้ข้อมูลอาจมีความภาคภูมิใจในความสำเร็จด้านอื่น ๆ การพึ่งพอใจในชีวิตที่ผ่านมา จะสามารถนำมาปรับชดเชยให้ยอมรับความเจ็บป่วยที่จะต้องเผชิญได้ (Newman & Newman, 1991: 578, 580) ซึ่งวิธีการปล่อยวางและการสร้างความพอใจในระดับน้ำตาลในเลือดปัจจุบัน ถึงแม้ว่าจะเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อพฤติกรรมในการควบคุมแต่อาจเป็นวิธีการในการพยายามปรับตัวเพื่อให้คนสามารถเผชิญอยู่กับ โรคและความเจ็บป่วยต่อไปได้อย่างมีความสุขตามอัธยาศัยวิธีหนึ่งของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งพบได้ในการศึกษากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวร่วมด้วยเช่น ผลการศึกษาของนิวลิน (Nyhlén, 1990: 1021-1029) ที่ศึกษากลวิธีการเผชิญ

กับความไม่แน่นอนของภาวะแทรกซ้อนระยะที่รุนแรงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินผู้ใหญ่ จำนวน 14 คน พบว่า ผู้ป่วยได้พยายามปรับตัวเพื่อให้คนสามารถเผชิญอยู่กับโรคและความเจ็บป่วยต่อไปได้ ด้วยการยอมรับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน พยายามเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด มีการมองหาสิ่งที่มีคุณค่าหรือความสำเร็จด้านอื่น ๆ ในชีวิต พยายามมองความเจ็บป่วยในแง่ดี และภาคภูมิใจในภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่ไม่ทรุดโทรมลงไปมากกว่านี้

ผลการศึกษาที่พบปัจจัยบางประการที่เป็นได้ทั้งปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในขณะเดียวกัน เช่น การได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติการควบคุมและให้รับประทานอาหารได้ตามปกติ โดยไม่ต้องควบคุมของบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว การพบปัจจัยดังกล่าวจึงเป็นการยืนยันได้ว่าครอบครัวยังคงเป็นกำลังใจและแหล่งประโยชน์สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ซึ่งทุกคนมีสถานภาพสมรสคู่ให้ปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมที่ค่อนข้างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุธีรัตน์ (2538: จ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ แต่ขณะเดียวกัน ความรัก ความผูกพันของสมาชิกภายในครอบครัวที่มีต่อผู้ให้ข้อมูล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้สูงอายุที่เป็นที่เคารพนับถือของสมาชิก การเกรงว่าผู้ให้ข้อมูลจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการควบคุม ก็สามารถส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นมีท่าทียึดหยุ่น จนอาจเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดพฤติกรรมการควบคุมที่ไม่ต่อเนื่องได้เช่นกัน ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของเทลเลอร์ (Taylor, 1989 อ้างตาม สมจิต, 2536: 51) ที่กล่าวว่า ครอบครัวจะสามารถเป็นปัจจัยพื้นฐานที่อาจเป็นแหล่งประโยชน์หรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพบได้ในรายงานการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโดยทั่วไป (ภาวนา, 2537: 68-70 ; วัลลา, 2540: 150-151) เช่นกัน

ผลการศึกษาจึงเน้นให้เห็นว่าถึงแม้แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างจะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น แต่ก็ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมได้มากนัก ผลการศึกษพบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งและอดทนต่อความไม่พึงพอใจที่อาจเกิดขึ้นจากการควบคุม ไม่ละเลยการปฏิบัติการควบคุมเมื่อบุคคลรอบข้างให้การสนับสนุน จะมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากบุคลิกส่วนตัวที่เป็นผู้มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งในการควบคุมตนเองเพื่อปฏิบัติการจัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ นั้น เป็นบุคลิกภาพของบุคคลในลักษณะแบบเพียรพยายามมุ่งมั่น เชื้อมั่นในความสามารถของตน มีความพยายามที่จะปฏิบัติการที่ตัวเองต้องการให้สำเร็จได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ถึงแม้ว่าจะต้องเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ก็ตาม (Zeidner & Endler, 1996: 419) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเฮนตินิน และคิงกาส (Hentinen & Kyngas, 1996: 325-335) ที่พบ

ว่า วัยรุ่นเบาหวานบางคนถึงแม้จะรับรู้ว่าคุณไม่ได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและพ่อแม่ แต่ก็ยังสามารถปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่า ตนมีพลังความสามารถที่จะปฏิบัติการควบคุมดังกล่าวได้

ผลการศึกษายังพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่เป็นได้ทั้งปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งถึงแม้จะพบว่า การเตือนให้ปฏิบัติการควบคุมในลักษณะของการดำเนิน จะสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมของผู้ให้ข้อมูล แต่พบว่าการกระทำดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการพยายามป้องกันการถูกดำเนินได้ ทั้งนี้เนื่องจาก การเตือนในลักษณะการดำเนิน เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติในทางลบ ซึ่งสามารถส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลต่ำลงจากการรับรู้ถึงการประสบความสำเร็จหรือไม่เป็นไปตามความคาดหวังของการปฏิบัติ การถูกกระทบความมีคุณค่าจากการเจ็บป่วย จึงทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะใช้ศักยภาพของตนในการป้องกันหรือจัดการผลกระทบเหล่านั้น (ชวลี, 2538: 57) ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งรับรู้ว่าคุณอาจไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นที่ยอมรับได้หรือได้ในระดับไม่ดี พยายามค้นหาและเรียนรู้ถึงวิธีการที่จะสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ลงมาอยู่ในระดับที่ต้องการได้ ผลการศึกษาจากหลายรายงาน ที่พบว่า ทีมสุขภาพยังคงมองผลลัพธ์ของการควบคุมที่ไม่สามารถควบคุมให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ของผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งที่ควรได้รับการดำเนิน (วัลลา, 2540: 152; Kyngas & Hentinen, 1995: 729-736) และผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณเป็นผู้อ่านใจในการดูแลสุขภาพของตนแต่เพียงผู้เดียว ทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในใจ จนต้องละเลยการปฏิบัติตามในที่สุด แม้ว่าจะหลีกเลี่ยงการถูกดำเนินด้วยการ โทกหาว่าได้ปฏิบัติการดูแลตนเองตามคำแนะนำมาโดยตลอด (Kyngas & Hentinen, 1995: 733) ในขณะที่ทีมสุขภาพไม่เคยรับรู้พฤติกรรมที่แท้จริงของผู้ป่วยเลย

นอกจากนั้น ผลการศึกษารังนี้ยังพบปฏิสัมพันธ์ในลักษณะของการยอมรับค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยของทีมสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ ทั้ง ๆ ที่ยังมีค่าอยู่ในระดับที่สูงกว่าระดับที่สามารถยอมรับได้ ซึ่งเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่พบว่า สามารถทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติการควบคุมตามวิธีการที่ผ่านมาต่อไป ทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลงเท่าที่ควร ซึ่งการยอมรับในความสามารถเป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติในทางบวก ที่สามารถส่งเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อไปได้ (Deci & Ryan, 1985, Cited in Pender, 1996: 42) จึงเป็นไปได้ที่ผู้ให้ข้อมูลจะมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติการควบคุมในระดับเดิมต่อไป โดยไม่พยายามใช้ความสามารถที่มีอยู่ควบคุมให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าเดิมได้อีก อีกทั้งการยอมรับในลักษณะดังกล่าวอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้และเข้าใจ

คิดว่าคนเป็นผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มาโดยตลอด ซึ่งส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลยังคงปฏิบัติกรควบคุมในลักษณะเดิมต่อไปได้เช่นกัน

ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่งที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ คือ บริบทการดำเนินชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการควบคุม พบว่าภาระกิจที่ต้องรับผิดชอบสามารถส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาสำหรับออกกำลังกายได้ ยิ่งไปกว่านั้นสภาพสังคมที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่า มักจะเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมักจะเกิดในวัยผู้ใหญ่ (Norris, 1996: 80) ซึ่งยังคงต้องรับผิดชอบหน้าที่การงาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังมีภาวะสุขภาพค่อนข้างสมบูรณ์ แข็งแรง และเป็นที่น่าถือของญาติมิตรและเพื่อนบ้านใกล้เคียง ผู้ให้ข้อมูลจึงมักต้องไปร่วมกิจกรรมของสังคมอยู่เป็นประจำ จึงเป็นไปได้ที่จะต้องละเลยการปฏิบัติกรควบคุมในบางครั้ง ซึ่งผลการศึกษามีความสอดคล้องกับ วัลลา (2540: 150) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คือ บริบทการดำรงชีวิตที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบในหน้าที่การงานและการศึกษาในขณะที่ภาวณ (2537: 70-71) ซึ่งศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด พบว่า ปัจจัยอุปสรรคที่มักจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาหารได้อย่างต่อเนื่อง คือ การจะต้องไปร่วมทำกิจกรรมของสังคม จนทำให้ต้องรับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษา พบว่า บริบทการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อการควบคุมจะสามารถเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมกรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เช่นกัน ซึ่งพบในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่พบว่า เมื่อผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนบทบาทด้านการงาน การไม่ออกไปทำงานนอกสถานที่ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น การมีภาระกิจที่ต้องรับผิดชอบต่างกันจึงสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่างกัน

การมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่างกัน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มมีพฤติกรรมกรควบคุมที่ต่างกัน ได้ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมกรควบคุมของผู้ให้ข้อมูลได้เด่นชัดที่สุด คือ แรงจูงใจและบุคลิกส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีความอดทนและเข้มแข็งในการควบคุมตนเอง เพื่อปฏิบัติกิจกรรมกรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากการขาดแรงจูงใจในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ไม่สามารถควบคุมได้ ในขณะที่การมีบุคลิกส่วนตัวที่ไม่



อคทน ไม่เข้มแข็ง จะเป็นปัจจัยอุปสรรคที่ลดยั้คขวางพฤติกรรมกรควบคุมที่พบได้เป็นประจำใน  
ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม เช่นกัน

## บทที่ 5

### สรุปและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

“การศึกษาประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน” มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอภิปรายการให้ความหมายต่อโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง การรักษาและคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับจากทีมสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์กลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 5 ราย และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 5 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2540 ด้วยการสร้างสัมภาษณ์ภาพจนผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ แล้วติดตามสัมภาษณ์แบบเจาะลึกที่บ้าน มีการสังเกตขณะสัมภาษณ์ ทำการบันทึกเทป และบันทึกภาคสนามรายวันทันทีที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยเสร็จสิ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลรายวันจนพบว่าไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมแล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยอาศัยกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสร้างข้อสรุปจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การให้ความหมายต่อโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินทั้ง 2 กลุ่ม ให้ความหมายต่อโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดสูงใน 4 ลักษณะ คือ 1) รักษาไม่หาย แต่คุมได้ 2) บ่อยเกิดแห่งโรคแทรกซ้อนและความพิการ 3) เกิดจากสาเหตุที่สามารถควบคุมได้ และ 4) โรคมีระดับความรุนแรง ซึ่งแต่ละกลุ่มให้ความหมายต่างกัน โดยกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้รับรู้ว่าเป็น อันตราย ถึงตายได้ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้รับรู้ว่าเป็น ความเจ็บป่วยธรรมดา ไม่น่ากลัว

2. การให้ความหมายต่อการรักษาและคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับจากทีมสุขภาพ

2.1 การให้ความหมายต่อการรักษาที่ได้รับจากทีมสุขภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ให้ความหมายตามการรับรู้การดูแลและประสิทธิภาพยาที่ได้รับ ใน 3 ลักษณะ คือ 1) การเข้าใจได้ 2) ประสิทธิภาพยามีจำกัด 3) อาจก่อให้เกิดโรคอื่นตามมา โดยผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ได้

อธิบายถึงความจำกัดในประสิทธิภาพของยาไว้ใน 2 ลักษณะ คือ 1) ช่วยทุเลาอาการได้ แต่รักษาโรคไม่หาย 2) ต้องใช้ควบคู่กับการปฏิบัติ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ยังมีความเห็นว่า ยายังมีความจำกัดในประสิทธิภาพเพิ่มเติมอีก 2 ลักษณะ คือ 1) ต้องเพิ่มขนาดยาขึ้นเรื่อย ๆ 2) ขนาดสูงสุดยังคงลดน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2.2 การให้ความหมายต่อคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับจากทีมสุขภาพ พบว่าผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงเหตุผลของการไม่ได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามตลอดจนการไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งเน้นในเรื่องข้อปฏิบัติเพื่อการควบคุมอาหารเป็นส่วนใหญ่ ว่าเกิดจากคำแนะนำที่ได้รับนั้นเป็นข้อปฏิบัติที่มีลักษณะต่าง ๆ 4 ลักษณะ คือ 1) ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ซึ่งพบในผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม 2) ไม่น่าเชื่อถือ ซึ่งพบเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3) ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม และ 4) ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ ซึ่งพบเฉพาะในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

3. การให้ความหมายต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มถึงแม้จะมีวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกันไปบ้าง แต่ก็มีเหมือนกันในแบบแผนการควบคุม กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรม การควบคุมที่คล้ายคลึงกันใน 4 ลักษณะ คือ 1) แสวงหาการรักษา 2) ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต 3) ปรับน้ำตาลในเลือด 4) ประเมินผลด้วยตนเอง

3.1 แสวงหาการรักษา การรับรู้ประสิทธิภาพของวิธีการรักษาเบาหวานที่นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ทำให้ผู้ข้อมูลมีความคาดหวังที่จะรักษาโรคให้หายขาด โดยเฉพาะในช่วงเริ่มป่วย ผู้ให้ข้อมูลและสมาชิกในครอบครัวจึงพยายามแสวงหาการรักษาดังกล่าวอย่างเป็นทางการ ซึ่งประกอบด้วย 1) หาข้อมูล 2) ทดลองรักษาแบบพื้นบ้าน และ 3) ประเมินผลการรักษา โดยใช้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดและอาการทั่วไปที่ประเมินได้จากความรู้สึกของตนเองเป็นเกณฑ์ และเมื่อส่วนใหญ่พบว่าวิธีการที่ทดลองรักษา ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและไม่ได้ทำให้คนรู้สึกสบายขึ้นได้ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงหยุดทดลองวิธีการนั้น ๆ และไม่พยายามแสวงหาวิธีการรักษาใหม่อีก ด้วยเปลี่ยนความคิดมาเชื่อว่าไม่มีวิธีการใดที่จะรักษาโรคให้หายขาดได้ และยึดการรักษาแผนปัจจุบันเป็นหลัก ในขณะที่กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะหยุดทดลองรักษาด้วยวิธีการเดิม แต่จะพยายามค้นหาและตั้งใจจะทดลองวิธีการใหม่ต่อไป ด้วยคาดหวังว่าน่าจะมีด้วยหรือวิธีการที่สามารถรักษาโรคนี้ได้

3.2 ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ผลจากการรับรู้ผลกระทบของโรคและการได้รับคำแนะนำ การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อจำกัดผลกระทบที่ก้ำกังหรืออาจเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มตระหนักและรับผิดชอบตนเองที่จะปฏิบัติตามการควบคุมให้สอดคล้องกับการรับรู้สถานการณ์ความเจ็บป่วยและระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการ ด้วยการพยายามปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ควบคู่ไปกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมในลักษณะอื่น ดังนี้

3.2.1 เปลี่ยนนิสัยการรับประทาน พบได้ 2 ลักษณะ คือ 1) เข้มงวดในการควบคุมอาหาร เป็นการปรับเปลี่ยนนิสัยการรับประทานมาควบคุมอาหารทุกอย่างตามการรับรู้ว่าเป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วยความเข้มงวดที่พบได้ในช่วงเริ่มป่วยของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2) จำกัดตัวเองในเรื่องกิน เป็นวิธีการควบคุมอาหารที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถประยุกต์ใช้คำแนะนำที่ได้รับอย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตน มีการพยายามเรียนรู้ที่จะค้นหาวิธีการปฏิบัติเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองซึ่งวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มเลือกใช้มีความคล้ายคลึงกันในรูปแบบ แต่แตกต่างกันในรายละเอียดการปฏิบัติ กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะสามารถเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตน โดยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งได้เรียนรู้และปฏิบัติในวิธีการที่รับรู้ว่าจะสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเช่นกัน แต่วิธีการดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ วิธีการจำกัดตัวเองในเรื่องกินที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ การแลกเปลี่ยนปริมาณอาหาร ซึ่งพบได้ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เช่นกัน แต่เป็นการแลกเปลี่ยนชนิดของอาหารที่ควรลดหรือลดกับอาหารชนิดที่ผู้ป่วยเข้าใจว่าสามารถทดแทนความต้องการอยากรับประทานได้โดยไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นมากนัก

3.2.2 พยายามออกกำลังกาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม จะพยายามออกกำลังกายเมื่อมีโอกาส โดยผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3 ใน 5 คน พยายามออกกำลังกายด้วยการทำงานจนได้เหงื่อ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้บางคนพยายามออกกำลังกาย ในทุกวัน

3.2.3 พยายามผ่อนคลายความเครียด เมื่อทราบว่าความเครียดเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามหลีกเลี่ยงอารมณ์เครียด โดยพยายามไม่วิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ พยายามข่มอารมณ์ไม่ให้โกรธ หรือหงุดหงิด เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจ

3.3 ปรับน้ำตาลในเลือด เป็นวิธีการควบคุมที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้เมื่อรับรู้ว่าจะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายรุนแรงจากภาวะดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลจะพยายามเรียนรู้วิธีการปรับระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับสู่ภาวะปกติตามการรับรู้ของตนตามกระบวนการที่ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะระดับน้ำตาลในเลือด 2) รักษาอาการ คือ การแก้ไขภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติ ให้กลับสู่ภาวะปกติด้วยวิธีการที่เคยใช้ได้ผลในอดีต ซึ่งพบได้ในผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มและ 3) ป้องกันการเกิดอาการซ้ำ ซึ่งพบได้เฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

3.4 ประเมินผลด้วยตนเอง เป็นวิธีการควบคุมที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเกินไป จนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายต่าง ๆ ขึ้นได้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสามารถประเมินผลการควบคุมของตนเองใน 3 วิธี คือ 1) สังเกตน้ำหนักตัว 2) สังเกตอาการผิดปกติที่รับรู้ว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค ซึ่งพบได้ในผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มและ 3) ตรวจสอบปริมาณน้ำตาลในเลือด โดยการงดยามือเย็นในวันก่อนวันนัดรับการตรวจรักษา ซึ่งพบเฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย มีทั้งปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการควบคุม ซึ่งปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ 1) แรงจูงใจ 2) บุคลิกส่วนตัวที่ไม่อดทนและไม่เข้มแข็ง 3) ประสบการณ์การมีน้ำตาลในเลือดสูงและการรับรู้ว่ามีอันตรายถ้ารักษาด้วยการผ่าตัด 4) แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และ 5) การดำเนินชีวิตที่มีความสุข สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ 1) การขาดแรงจูงใจ 2) บุคลิกส่วนตัวที่ไม่อดทน ไม่เข้มแข็ง 3) บริบทการดำเนินชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการควบคุม 4) การยอมรับภาวะสุขภาพผู้ป่วยของทีมสุขภาพ และ 5) การสนับสนุนให้รับประทานอาหารตามปกติของบุคคลในครอบครัว

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งในลักษณะที่คอยส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุม โดยปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ บุคลิกส่วนตัวที่ไม่อดทน ไม่เข้มแข็ง ความเชื่อว่าผู้ป่วยเบาหวานโดยทั่วไปไม่สามารถควบคุมได้อย่างต่อเนื่อง ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพยาและการเกิดอาการข้างเคียงของยา ข้อจำกัดจากภาวะสุขภาพ บริบทการดำเนินชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการควบคุม การป้องกันการถูกดำเนินชีวิตจากทีมสุขภาพ และการสนับสนุนให้รับประทานอาหารที่ชอบบางประเภทตามปกติของบุคคลในครอบครัว ในขณะที่ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมของผู้ให้

ข้อมูลกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ แรงจูงใจ การดำเนินชีวิตที่มึนงงภาพ แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และบริบทการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อการควบคุม

#### ข้อเสนอแนะ

“การศึกษาประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน” ครั้งนี้เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 ราย ผลการวิจัยจึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีบริบทคล้ายคลึงหรือใกล้เคียง คือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และได้รับการตรวจรักษาในระบบบริการผู้ป่วยนอก สถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาล ซึ่งผลการวิจัยสามารถให้แนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารการพยาบาล การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการที่ผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เชื่อมมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยของตนได้ และการรับรู้ถึงบริการการดูแลรักษาที่ได้รับว่าเป็นการเอาใจใส่ จะสามารถช่วยส่งเสริมการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรเป็นการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติการควบคุมให้เพิ่มขึ้น ทั้งด้วยการเอาใจใส่ให้ความรู้ที่เกี่ยวกับโรค ทั้งนี้เพื่อเป็นการให้แนวทางการปฏิบัติที่เพียงพอ มีการเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยได้เลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตน ช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นผู้ป่วยจะต้องดำเนินชีวิตประจำวันอยู่กับบริบทของครอบครัวและสังคม ซึ่งจากการที่พบว่า บริบทการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมและเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบหน้าที่งานและร่วมกิจกรรมของสังคมอยู่เป็นประจำ ในฐานะที่มึนงงภาพ จึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบที่ผู้ป่วยอาจได้รับกับครอบครัวและชุมชน ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจและยอมรับบทบาทที่จะต้องถูกจำกัดลงด้วยความเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งร่วมแสดงบทบาทการช่วยเหลือดูแล ทั้งนี้เพื่อเป็นการคงไว้และช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นในการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยร่วมด้วย

2. จากการค้นพบว่าผู้ป่วยเบาหวานยังไม่มีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการใช้ยา การเข้าใจว่ายาที่ได้รับอาจก่อให้เกิดโรคอื่นตามมาได้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีสุขภาพจึงควรตระหนักที่จะประเมินการรับรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่อง และโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับการปรับเพิ่มขนาดหรือขนานยา ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ตลอดจนการปฏิเสธการรักษาที่อาจเกิดขึ้นได้ ขณะเดียวกันทีมสุขภาพจะต้องเน้นให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความปลอดภัยของการรักษาที่ได้รับควบคู่ไปด้วยเสมอ

3. จากการที่ผู้ป่วยรับรู้การได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับจากทีมสุขภาพในลักษณะของความไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต จนทำให้ผู้ป่วยค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตน ซึ่งเป็นกระบวนการที่อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ในบางช่วง แต่เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ พบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง การให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงควรส่งเสริมการค้นหาและการเรียนรู้ในลักษณะดังกล่าว โดยทีมสุขภาพจะต้องทำความเข้าใจในกระบวนการการเรียนรู้ของผู้ป่วย แสดงบทบาทที่ต้องการช่วยเหลือ มีการวางแผนการแก้ปัญหาพร้อมกันระหว่างผู้ป่วย ซึ่งมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเบาหวานเป็นอย่างดี และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่มีความรู้ในเรื่องเบาหวานแต่ไม่สามารถประยุกต์ให้เข้ากับผู้ป่วยที่รับผิดชอบได้ ไว้วางใจและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย ตลอดจนสะท้อนการปฏิบัติการควบคุมโดยปราศจากการดำเนิน ทั้งนี้เพื่อให้คำแนะนำที่ได้รับ เป็นคำแนะนำที่เหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

4. จากการค้นพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมักจะแสวงหาการรักษาแบบพื้นบ้าน การปฏิบัติ การพยาบาลจึงต้องทำความเข้าใจ และยอมรับในพฤติกรรมแสวงหา การตัดสินใจเลือกใช้วิธีการดูแลรักษาตนเองและความรู้สึกมีความหวังที่ต้องการหายขาดจากโรคของผู้ป่วย ตลอดจนแสดงบทบาทเป็นผู้ให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่ดี มีการแยกแยะโดยคงไว้ในส่วนที่เป็นประโยชน์ และชี้แจงกับผู้ป่วยเมื่อพบว่าจะทำให้เกิดผลเสีย ซึ่งการพิจารณาจะต้องกระทำบนพื้นฐานของข้อมูลจากผลการรักษาทางร่างกาย จิตใจ และเหตุผลทางสังคมวัฒนธรรมร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความไว้วางใจว่าทีมสุขภาพเป็นผู้ที่เข้าใจ และกำลังเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยเช่นกัน และควรมีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพของสมุนไพรต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่พบว่าผู้ป่วยมักเลือกใช้ ทั้งนี้เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลให้ผู้ป่วยได้ใช้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกใช้สมุนไพรเหล่านั้น ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นเนื่องจาก ผู้ป่วยเบาหวานโดยทั่วไปมักจะปรับน้ำตาลในเลือดเมื่อประเมินได้ถึงภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมักจะไม่มีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ใน

ฐานะที่มสุขภาพจึงควรให้ความรู้และส่งเสริมวิธีการประเมินและการแก้ไขภาวะผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดที่ถูกต้องร่วมด้วย

5. จากการที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักจะแสวงหาและแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษากับกลุ่มอยู่เป็นประจำ จึงควรมีการดำเนินการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองขึ้นในคลินิกเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบ โดยมีพยาบาลเป็นที่ปรึกษาและมอบหมายให้ผู้ป่วยกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นผู้ดำเนินการถ่ายทอดประสบการณ์การควบคุม ในขณะที่กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นผู้คอยสะท้อนการปฏิบัติที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนให้กลุ่มรับทราบอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปด้วย

6. เนื่องจากการค้นพบว่า แรงจูงใจที่เกิดจากความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความกังวลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ และการตระหนักในประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามที่ได้รับคำแนะนำ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง ในฐานะที่มสุขภาพจึงควรตระหนักที่จะส่งเสริมให้เกิดปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจในลักษณะดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อการส่งเสริมการปฏิบัติตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่อไป

7. จากการค้นพบว่าบุคลิกภาพที่เกี่ยวกับความอดทน ความเข้มแข็ง และความไม่อดทนไม่เข้มแข็งของจิตใจเป็นปัจจัยที่สามารถช่วยส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่มสุขภาพจึงควรตระหนักที่จะประเมินบุคลิกภาพในลักษณะดังกล่าวและแบบแผนการดำเนินชีวิตผู้ป่วย ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกทุกคน ทั้งนี้เพื่อที่จะสามารถศึกษาและทำความเข้าใจผู้ป่วยและบริบทได้อย่างถูกต้อง อันจะสามารถนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์การจัดบริการให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่รับผิดชอบได้

8. เนื่องจากพบว่า การยอมรับค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ยังสูงกว่ามาตรฐานของที่มีสุขภาพ สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยไม่พยายามปฏิบัติตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเท่าที่ควร ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกายหรือภาวะสุขภาพต่าง ๆ ของผู้ป่วย จึงควรเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง แต่ควรเน้นถึงวิธีการชี้แจงหรือปฏิสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ในลักษณะของความเอาใจใส่ที่จะดูแลสุขภาพ และไม่กำหนดการปฏิบัติของผู้ป่วย



## ด้านการบริหารบริการพยาบาล

1. จากการค้นพบว่า หากผู้ป่วยสามารถค้นหาและเรียนรู้ได้ถึงวิธีการปฏิบัติการควบคุมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้อย่างต่อเนื่อง ในการบริหารการพยาบาลจึงควรมีนโยบายและสนับสนุนให้มีการจัดระบบบริการพยาบาลที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตนได้อย่างเป็นระบบ

2. จากการที่ผู้ป่วยเบาหวานมักจะแสวงหาการรักษาแบบพื้นบ้าน โดยเฉพาะวิธีการรักษาด้วยสมุนไพรร่วมด้วยเป็นประจำ ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรตระหนักที่จะจัดบริการที่สามารถส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาแบบพื้นบ้านกับผู้ป่วยได้อย่างเปิดเผย และควรดำเนินการจัดตั้งแผนกการแพทย์แผนไทยที่สามารถผสมผสานเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นในโรงพยาบาลร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการจัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่สามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม

## ด้านการศึกษา

จากการค้นพบว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองของผู้ป่วยที่สามารถค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยสามารถช่วยให้ตนเผชิญอยู่กับโรคได้ต่อไป เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติการควบคุมได้อย่างต่อเนื่อง การจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้มีความรู้และประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะวิชาประสบการณ์ทางคลินิกควรมีลักษณะ ดังนี้

1. ให้นักศึกษาได้เรียนรู้การให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีพื้นฐานของความเข้าใจในประสบการณ์ของผู้ป่วย การตระหนักถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง

2. ควรมีการพัฒนาทักษะการส่งเสริมการค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้นักศึกษาจะสามารถเรียนรู้ได้ถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพได้จากประสบการณ์การปฏิบัติโดยตรง

## ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. เนื่องจากการสามารถค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมกับตนเอง สามารถส่งเสริมผู้ป่วยให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติการควบคุมได้อย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการค้นหาและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

2. เนื่องจากพบว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถส่งเสริมผู้ป่วยให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติการควบคุมได้อย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการศึกษาถึงวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาวที่สำคัญ ๆ เช่น ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การตระหนักในประโยชน์ของการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำ

3. จากการค้นพบว่า เป้าหมายสำคัญในการพยายามปรับตัวด้วยการพยายามค้นหาและเรียนรู้ คือการเผชิญอยู่กับโรคต่อไปได้ จึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบตัวชี้วัดที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขได้ทั้งในกลุ่มที่สามารถและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้เพื่อการทำความเข้าใจถึงเป้าหมายในการปฏิบัติการควบคุมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้สามารถจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

4. เนื่องจากการค้นพบว่า ความวิตกกังวลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาเป็นภาวะการคุกคามของโรคที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักในการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากขึ้น จึงควรมีการศึกษาประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคโดยตรงร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการทำความเข้าใจประสบการณ์และเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการควบคุมของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความรุนแรงของโรคที่ต่างกันไว้ อันจะสามารถนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้ต่อไป

## บรรณานุกรม

- กาญจนา ประสารปราน. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จอมจักร จันทรสกุล. (2536). Management of diabetic foot ulcers and gangrene. ในวิทยา ศรีดามา (บก.), โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึมสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. (หน้า 109-114). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชวลี เข้มวงษ์. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2538). ผู้ป่วยคือ : ปัญหาท้าทายสำหรับพยาบาล. รามาศิบัติพยาบาลสาร, 1 (2), 57-64.
- ธีรพันธ์ วรรณศิริ. (2532). การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังการเดินบนสายพานเลื่อน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, วัลลภ คันทโยทัย และกอบชัย พัววิไล. (เมษายน-มิถุนายน 2535). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความผาสุกในชีวิต และการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้าและไม่เข้าโครงการให้ความรู้. วารสารเบาหวาน, 24 (2), 14-31.
- บุญทิพย์ สิริรังศรี. (2528). ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์. (2535). พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : การศึกษาเชิงมานุษยวิทยาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และถิอชัย ศรีเงินยวง. (ตุลาคม-ธันวาคม 2537). สถานการณ์ชีวิตและพฤติกรรมการรักษากตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 2 (4), 272 - 280.

ภาวนา กิรติยดวงศ์. (2537). การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

เยาวลักษณ์ โภธิตาราและคณะ. (2538). พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. โครงการของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.

โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคม. (เมษายน-มิถุนายน 2539ก.). แนวทางการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารเบาหวาน, 28 (2), 6-23.

\_\_\_\_\_. (เมษายน-มิถุนายน 2539ข.). หลักการและข้อเสนอแนะด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารเบาหวาน, 28 (2), 35-41.

วไล ภูมิจิตร. (เมษายน-มิถุนายน 2534). โรคเบาหวานในทรนระณะของผู้ที่มีบิดาเป็นโรคนี. วารสารเบาหวาน, 23 (2), 21-42.

วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วรรณ ศรีธัญรัตน์. (มกราคม-มิถุนายน 2540). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน : a grounded theory study. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 1 (1), 71-91.

- วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงคี. (2536). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บก.), การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4. (หน้า 241 - 268). กรุงเทพมหานคร : ทวิชัยภูธร.
- วัลลา ตันตโยทัย. (2540). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วิลาวัลย์ ผลพลอย. (2539). การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เวชระเบียนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2541). IPD foxbase. (Computer Program).
- ศรีเพ็ญ สุภพิทยกุล. (มกราคม-เมษายน 2532). การศึกษาและวิจัยด้วยวิธีปรากฏการณ์วิทยา. วิธีวิทยาการวิจัย, 4 (1), 9-20.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ. พรินติ้ง.
- สาธิต วรรณแสง. (2533). ภาวะฉุกเฉินจากน้ำตาลในเลือดสูง. ใน จินตนา ศิรินาวิน และคณะ (บก.), ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. (หน้า 107-122). กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาก, อัมภาพร พัววิไล และวัลย์พร นันทศุวัฒน์. (2536). ปัญหาความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. โครงการวิจัยของมหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สุธีรัตน์ แก้วประโลม. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุนทร ดัฒนันทน์. (มีนาคม 2539). อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่อโรคเบาหวาน. สารศิริราช, 48 (3), 281-284.

สุรางค์ จันทวานิช. (2535). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ. (2537). ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

อภิชาติ วิชญารัตน์. (2533). ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ. ใน จินตนา ศิรินาวินและคณะ. (บก.), ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. (หน้า 97-106). กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2535). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. บทความเสนอในการประชุมวิชาการสำหรับพยาบาลใน 14 จังหวัดภาคใต้ ระหว่างวันที่ 9-11 มีนาคม.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (มกราคม-มีนาคม 2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 42 (1), 16-31.

อุระณี รัตนพิทักษ์ และคณะ. (กรกฎาคม-กันยายน 2536). การศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อค่าระดับน้ำตาลในเม็ดโลหิตแดงของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11 (3), 179-185.

- อรสา พันธุ์ศักดิ์. (2536). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวาน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล. (บก.), การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4. (หน้า 269-294). กรุงเทพมหานคร : ทวิชัยภู่อิน.
- ADA Position Statement (1996, January). Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus. Diabetes Care. 19 (Sup. 1), S16-S30.
- Anderson, J.M. (1991). The phenomenological perspective. In J.M. Morse (Ed.), Qualitative research in nursing : A contemporary dialogue. (pp.25-38). California : Sage publications.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action : A social cognitive theory. New Jersey : Prentice-Hall.
- Black, J.M. & Jacobs, E.M. (1993). Luckman and Sorensen's Medical-Surgical nursing : A psychophysiologic approach (4th edi.). Philadelphia : W.B. Saunders.
- Bloomgarden, Z.T. (1996, August). Conference report : Approaches to the treatment of type II diabetes and development in glucose monitoring and insulin administration. Diabetes Care. 19 (8), 906-909.
- Buchman, W.F. (1997, July). Adherence : A matter of self-efficacy and power. Journal of Advanced Nursing. 26 (1), 132-137.
- Burns, N. & Grove, S.K. (1993). The practice of nursing research : Conduct, Critique & Utilization (2nd edi.). Philadelphia : W.B. Saunders.
- Callaghan, D. & Williams, A. (1994, July) Living with diabetes : Issues for nursing practice. Journal of Advance Nursing. 20 (1), 132 - 139.

- Cameron, C. (1996, August). Patient compliance : Recognition of factors involed and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. Journal of Advanced Nursing, 24 (2), 244-250.
- Coates, V.E. (1994, September). Monitoring diabetic control. Journal of Clinical Nursing, 3 (5), 263-299.
- Coleman, W.C. (1996). Foot care and lower extremity problems of diabetes mellitus. In D. Haire-Joshu (Ed.), Management of diabetes mellitus : Perspective of care across the life span (2nd edi.), (pp.309-341). St. Louis : Mosby.
- Cowell, J.A. (1996, July). Intensive insulin therapy in type II diabetes reionale and collaborative clinical trial results. Diabetes, 45 (Sup. 3), S87-S90.
- Eisenberg, L. & kleinman, A. (1980). The relevance of social science for medicine. : California D. Reidal Publishing company.
- Euswas, P. (1993). The actualized caring moment : A grounded theory of caring in nursing practice. A thesis presented in fulfilment of requirements for the degree doctor of philosophy in nursing of Massey University Newzeland.
- Funnell, M.M. & Merritt, J.H. (1996). Diabetes mellitus and the older Adult. In D. Haire-Joshu (Ed.), Management of diabetes mellitus : Perspective of care across the life span (2nd edi.). (pp.755-809). St. Louis : Mosby.
- Goodyear, L.J. & Smith, R.J. (1994). Exercise and diabetes In C.R. Kahn & G.C. Weir (edi.). Joslin's diabetes mellitus (13th edi.). (pp.451-457). Philadelphia : Lea & Febiger.
- Hamer, E. et al., (1988, November/December). Self-regulation in individuals with type II diabetes. Nursing Research, 37 (6), 363-367.



- Hentinen, M. & Kyngas, H. (1992, May). Compliance of young diabetics with health regimens. Journal of Advanced Nursing, 17 (5), 530-536.
- Hentinen, M., & Kyngas, H. (1996, June). Diabetic adolescents' compliance with health regimens and associated factors. Int. J. Nurs. Stud, 33 (3), 325-337.
- Herman, W.H. & Greene, D.A. (1996). Microvascular complications of diabetes. In D. Harie-Joshu (Ed.), Management of diabetes mellitus : Perspective of care across the life span (2nd edi.). (pp.234-280). St. Louis : Mosby.
- Hernandez, C.A. (1996, November). Integration : The experience of living with insulin dependent (type I) diabetes mellitus. Canadian Journal of Nursing Research, 28 (4), 37-56.
- Hussey, L.C. & Gilliland, K. (1989, September). Compliance, Low Literacy, and Locus of control. Nursing Clinics of North America, 24 (3), 605-611.
- Ignatavicius, D.D., Workman, M.L. & Mishler, M.A. (1995). Medical-Surgical nursing : a nursing process approach. Philadelphia : W.B. Saunders.
- King, G.L. & Kosinski, E.J. (1995) Cardiovascular complications of diabetes In K.L. Becker (Ed.), Principle an practice of endocrinology and metabolism (2nd edi.). (pp.1259-1270). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978, February). Culture, Illness and Care : Clinical lessons from anthropologic and cross-cultureal research. Annal of Internal Medicine, 88 (2). 251-258.

Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture : An exploration of the borderland between antropology, medicine and psychiatry. California : University of California.

Koch, T. (1995, May). Interpretive approaches in nursing research : The influence of Husserl and Heidegger. Journal of Advanced Nursing, 21 (5) 827-836.

Kyngas, H. & Hentinen, M. (1995, April). Meaning attached to compliance with self-care, and conditions for compliance among young diabetics. Journal of Advanced Nursing, 21 (4), 729 - 736.

Kyngas, H. et al., (1996, Novermber). Young diabetics' compliance in the framework of the mimic model. Journal of Advanced Nursing, 24 (5), 997-1005.

Lazarus, R.S. (1991). Emotion and adaptation. New York : Oxford University Press.

Leininger, M. (1985). Qualitative research method in nursing. Orlando : Grune & Stratton, Inc.

Leonard, V.W. (1989, July). A Heideggerian phenomenologic perspective on the concept of the person. Advances in Nursing Science, 11 (4), 40 - 55.

Leonard, V.W. (1994). A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In P. Benner (Ed.), Interpretive Phenomenology. (pp.43-63) Thousand Oaks : Sage publications.

Lloyd, C. et al., (1992, February). Psychosocial facters and complication of IDDM. Diabetes Care, 15 (2), 166-172.

Lundman, B., Asplund, K. & Norberg, A. (1990, August). Living with diabetic : Perceptions of well-being. Research in Nursing and Health, 13 (4), 255-262.

- Lynch-Sauer, J. (1985). Using phenomenological research method to study nursing phenomena. In M. Leininger (Ed.), Qualitative research methods in nursing. (pp.93-107). Orlando : Grune & Stratton, Inc.
- Newman, B. M. & Newman, P.R. (1991). Development though life : A psychosocial approach (5th edi.). California : Brooks/Cole Publishing Company.
- Norris, J.M. (1996). Epidemiology of non-insulin dependent diabetes mellitus. In D. Haire-Joshu (Ed.), Management of diabetes mellitus : Perspective of care across the life span (2nd edi.), (pp.75-95). ST. Louis : Mosby.
- Nyhlin, K.T. (1990, September). Diabetic patients facing long-term complication : Coping with uncertainty. Journal of Advanced Nursing, 15 (9), 1021-1029.
- Omery, A. (1983, January). Phenomenology : A method for nursing research. Advances in Nursing Science, 5 (2), 49 - 63.
- Parse, R.R., Coyne, A.B. & Smith, M.J. (1985). Nursing research : Qualitative methods. Maryland : Brady Communications company.
- Pender, N.J. (1996). Health promotion in nursing practice (3 rd edi.). Stamford : Appleton & Lange.
- Peyrot, M.F. & McMurry, J.F. (1992, July). Stress buffering and glycemic control. Diabetes Care, 15 (7), 842-846.
- Rapley, P. (1997, Spring). Self-care : Re-thinking the role of compliance. Australin Journal of Advanced Nursing, 15 (1), 20-25.

- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (1995). Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative. Philadelphia : Lippincott.
- Su, Y.L., Chang, M. & Chen, Y.C. (1994, March). Stress perception and coping methods of non-insulin dependent diabetic patients at the out patient department of a medical center. Nursing Research (China), 2 (1), 29 - 40.
- Thaniwattananon, P. (1995). The experiences of nurse in providing care for patients with AIDS in Thailand : A Phenomenological Approach. A Thesis Submitted for the degree of doctor of philosophy of the University of New England, Armidale Australia.
- Thompson, T.L. (1990). Hermeneutic inquiry, In L.E. Moody (Ed.), Advancing Nursing Science Through Research. vol. 2 (pp. 223-280). L.E. New York : Sage publications.
- Thorne, S.E. (1990, October). Constructive noncompliance in chronic illness. Holistic Nursing Practice, 5 (1), 62-69.
- Vinacor, F. (1996). Features of macrovascular disease of diabetes. In D. Haire-Joshu (Ed.), Management of diabetes mellitus : Perspective of care across the life span (2 nd edi.). (pp.281-308). St. Louis : Mosby.
- White, N.H. & Henry D.N. (1996). Special issues in diabetes management. In D. Haire-Joshu (Ed.), Management of diabetes mellitus : Perspective of care across the life span (2 nd edi.). (pp.342-404). St. Louis : Mosby.
- Wikblad, K.F., Wibell, L.B. & Montin, K.R. (1990, September). The patient's experience of diabetes and its treatment : Construction of an attitude scale by a semantic differential technique. Journal of Advanced Nursing. 15 (9), 1083-1091.

Wikblad, K.F. (1991, July). Patient perspective of diabetes care and education. Journal of Advanced Nursing, 16 (7), 837-844.

Zeidner, M. & Endler, N.S. (1996). Handbook of coping : Theory, Research, Applications.  
New York : John Wiley & Sons, Inc.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

### เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ฉบับ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบบันทึกประวัติโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยใช้เก็บข้อมูลโดยการจดบันทึกจากบัตรตรวจโรค (OPD Card) และการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในครั้งแรกของการเข้าร่วมการวิจัยที่คลินิกเบาหวาน

#### ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยการศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารต่าง ๆ และจากการคัดแปลงจาก บทความเรื่อง “Measurement of Health Status in Diabetic Patients : Diabetes Impact Measurement Scales” ซึ่งเขียนโดยแฮมมอนด์และโอคิ (Hammond & Aoki, 1992) และ “Overview of Adult Health Status Measure Fielded in Rand's Health Insurance Study” ซึ่งเขียนโดย บรูคและคณะ (Brook et al., 1979) ผู้วิจัยจะใช้เก็บข้อมูลที่เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งความสามารถของร่างกายโดยทั่วไป (Physical Health) ภาวะทางจิตใจ (Mental Health) พฤติกรรมสังคม (Social Health) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (General Health Perception) โดยการจดบันทึกจากบัตรตรวจโรค (OPD. Card) และการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในครั้งแรกของการเข้าร่วมการวิจัยที่คลินิกเบาหวาน และหากยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลในส่วนที่เหลือ โดยการติดตามไปสัมภาษณ์เพิ่มเติมที่บ้าน (ในขณะที่ผู้วิจัยออกไปเก็บข้อมูลตามเครื่องมือในส่วนที่ 3)

#### ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

เป็นแนวคำถามที่เกี่ยวกับประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูล และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์ ผู้วิจัยจะใช้เครื่องมือในส่วนนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกอย่างไม่เป็นทางการ บันทึกข้อมูลโดยการบันทึกเทป และการจดบันทึกพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ให้ข้อมูลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วมด้วย เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลได้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ

## ภาคผนวก ก (ต่อ)

## แบบบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

## ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 เพศ  ชาย  หญิง
- 1.2 อายุ ..... ปี
- 1.3 สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หม้าย  
 หย่า  แยก
- 1.4 ศาสนา  พุทธ  อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 1.5 ระดับการศึกษา .....
- 1.6 อาชีพ .....
- ยังทำงาน  ไม่ได้ทำงาน
- (ระบุรายละเอียด) .....
- 1.7 รายได้ทั้งหมดเฉลี่ยต่อเดือน ..... บาท
- ความเพียงพอของรายได้
- พอใช้  ไม่พอใช้  เป็นหนี้
- 1.8 สถานภาพในครอบครัว
- หัวหน้าครอบครัว  สมาชิกในครอบครัว
- (ระบุ) .....
- 1.9 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ .....
- (ระบุรายละเอียด) .....
- 1.10 ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว .....

## ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

- 2.1 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ..... ปี
- 2.2 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คือ
- เมื่อ ..... ด้วย (ระบุอาการ) .....
- .....



2.3 การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ (ระบุ) .....

2.4 อาการของโรคที่เกิดขึ้นในขณะนี้หรือในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา

- ถ่ายปัสสาวะบ่อย     หิวบ่อย  
 กระหายน้ำบ่อย     น้ำหนักลด

2.5 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาและภาวะแทรกซ้อนที่ตรวจพบ

- ปวดและไม่สบายในช่องท้อง ..... ครั้ง     ปวดแสบปวดร้อนอวัยวะส่วนปลาย  
 เบื่ออาหาร     ชาตามอวัยวะส่วนปลาย  
 ปวดแสบบริเวณขมออก     ปวดเบ้าตา เห็นภาพซ้อน  
 กลืนได้อาเจียน     นอนไม่หลับ  
 กลืนลำบาก     มีแผลเรื้อรัง  
 ท้องผูก     ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ  
 ท้องเสีย ..... ครั้ง     ไม่มีความรู้สึกทางเพศ  
 อื่น ๆ ระบุ .....

2.6 ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ความดันโลหิต ..... mmHg

2.7 ค่าปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) และค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ติดต่อกัน 2 ครั้ง ของการมารับการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวานก่อนเข้าร่วมการวิจัย คือ

HbA1c ..... % (วคป.) ..... และ HbA1c .....% (วคป.) .....

FBS .....mg % (วคป.) ..... FBS ..... mg% (วคป.) .....

2.8 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ

- BUN ..... mg %     Alb ..... mg %     Triglyceride .....mg%  
 Cr ..... mg %     Cholesterol ..... mg %  
 อื่น ๆ ระบุ

2.9 ยาและขนาดที่ใช้ .....

2.10 ความสามารถในการปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวัน .....

.....  
 .....  
 .....

2.11 สภาวะทางด้านจิตใจ (ความรู้สึกเครียดและวิตกกังวล วิธีการผ่อนคลายความตึงเครียด ความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อการรักษาของแพทย์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองความสุขและความพึงพอใจในชีวิต .....

2.12 ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม

2.13 ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพของตนเอง

ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งประกอบด้วยแนวคำถาม 4 ส่วนย่อย คือ

3.1 คุณทราบได้อย่างไรว่าเป็นเบาหวาน มาหาหมอด้วยอาการอะไร

จากนั้นผู้วิจัย ได้ตั้งคำถามเพื่อเจาะลึกต่อจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเล่า เช่น

- พอรู้ว่าเป็นเบาหวาน คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง เพราะอะไร
- ตอนนี้ คุณรู้สึกอย่างไรที่ต้องป่วยด้วยโรคเบาหวาน
- คุณคิดว่าที่คุณเป็นเบาหวานนั้น เพราะอะไร อยากให้คุณเล่าเหตุการณ์หรือ

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงนั้น

- รู้จักโรคเบาหวานว่าเป็นอย่างไรบ้าง
- ในฐานะที่อยู่กับโรครมา ..... ปี คุณจะให้คำจำกัดความกับคำว่า “เบาหวาน”

อย่างไรบ้าง

- ตามความคิด ความเข้าใจของคุณ เบาทหวานกับน้ำตาลในเลือดสูง เหมือนหรือต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3.2 ตอนที่น้ำตาลของคุณสูงขึ้น/ยังสูง คุณคิดหรือนึกถึงอะไรบ้าง เพราะอะไรถึงคิดอย่างนั้น มีอาการ/เหตุการณ์ใดเข้ามาเกี่ยวข้องกับบ้าง

จากนั้นผู้วิจัยได้ตั้งคำถามเพื่อเจาะลึกต่อจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเล่า เช่น

- ทำไมจึงเรียกว่าสูงหรือต่ำไปสำหรับคุณ
- คิดว่าเพราะอะไรน้ำตาลในเลือดของคุณถึงสูงขึ้น/ยังสูง
- ตอนนั้นคุณรู้สึกอย่างไรบ้าง เพราะอะไร
- การที่น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น/ยังสูง มีผลต่อคุณอย่างไรบ้าง
- คุณแก้ปัญหาอย่างไร ได้ทำอะไรบ้าง ทำไมถึงตัดสินใจทำอย่างนั้น
- ทุกวันนี้ถ้าน้ำตาลในเลือดของคุณสูงขึ้น /ที่น้ำตาลในเลือดของคุณยังสูง คุณ

รู้สึกอย่างไรบ้าง

3.3 ตั้งแต่เริ่มป่วยด้วยเบาหวาน จนกระทั่งถึงตอนนี้คุณ ได้คุมเบาหวาน/น้ำตาลในเลือดอย่างไรบ้าง

จากนั้นผู้วิจัยได้ตั้งคำถามเพื่อเจาะลึกต่อจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเล่า เช่น

- เพราะอะไรถึงทำอย่างนั้น
- วิธีการเหล่านั้นคิดขึ้นเองหรือรู้มาจากใคร
- อยากให้คุณเล่าถึงความรู้สึกต่อการคุมเบาหวาน/น้ำตาลในเลือดที่ทำอยู่ว่าคุณ

รู้สึกอย่างไรบ้าง ที่ทำอย่างนั้น

- วิธีการ/สิ่งที่ทำอยู่ คุณคิดว่าคุมน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่ ทราบได้อย่างไร
- การทำอย่างนั้น ทำให้คุณพบปัญหา/ความยุ่งยากหรือไม่ อย่างไร
- คุณคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ช่วยส่งเสริมให้คุณคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และมี

ปัจจัยที่คอยขัดขวางไม่ให้คุณได้คุม/คุมได้

3.4 อยากให้คุณเล่าถึงการรักษาที่ได้รับ ว่าคุณได้รับการรักษาที่ไหน อย่างไรบ้าง

จากนั้นผู้วิจัยได้ตั้งคำถามเพื่อเจาะลึกต่อจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเล่า เช่น

- คุณมีความรู้สึกหรือมีความเชื่อต่อการรักษานั้นอย่างไรบ้าง เพราะอะไร
- แล้วคุณได้ทำอะไรบ้าง หรือหยุดทำอะไรบ้าง เพราะอะไร
- คุณทราบผลการตรวจน้ำตาลในเลือด การเปลี่ยนแปลงการรักษา หรือไม่ อย่างไร

- นอกจากการรักษาที่คุณเล่าแล้ว มีใครให้แนะนำเกี่ยวกับการคุมเบาหวาน/น้ำตาลในเลือด ให้ดีขึ้นบ้างหรือไม่ แนะนำอย่างไรบ้าง
- คุณรู้สึกอย่างไรต่อคำแนะนำเหล่านั้น เพราะอะไร
- คุณมีปัญหา/ความยุ่งยากในการปฏิบัติบ้างหรือไม่ อย่างไร
- นอกจากตัวคุณเองและผู้ให้การรักษาแล้วคุณคิดว่ามีสาเหตุอื่นใดอีกที่ทำให้คุณคุมเบาหวานได้/ไม่ได้ผล
- การที่คุณต้องการให้น้ำตาลในเลือดลดลงหรือที่คุณพยายามคุมน้ำตาลในเลือดนั้น คุณมีจุดมุ่งหมายอย่างไรบ้าง

## ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางแสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (n = 5)

ลำดับที่	ชื่อ สมมติ	เพศ	อายุ (ปี)	น้ำหนัก	ส่วนสูง	ดัชนีมวล ร่างกาย (kg/m <sup>2</sup> )	สถานภาพ สมรส	ศาสนา	ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รายได้เฉลี่ย ของครอบครัว (บาท/เดือน)	สถานภาพ การเงิน	ระยะเวลา การเจ็บป่วย (ปี)	HbA1c (ครั้งที่ 1,2) FBS (ครั้งที่ 1, 2)	ภาวะแทรกซ้อน/ การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น
1	ลุง สวัสดิ์	ชาย	60	76.5	167	27	คู่	พุทธ	ปวช.	รับราชการ	25,000	ไม่พอใช้+ มีหนี้สิน (ผ่อนบ้าน)	5	7.0 %, 5.8 % 139 mg%, 110 mg %	โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดในสมองตีบ ชาตามอวัยวะส่วนปลาย ความรู้สึกลมหนาว
2	ลุงกร	ชาย	68	78.5	160	31	คู่	พุทธ	ป.4	รับจ้าง	4,500	พอใช้+ มีเงินเก็บ	5	5.9 %, 6.0% 120 mg %, 106 mg%	-
3	ลุงพงศ์	ชาย	61	66	160	26	คู่	พุทธ	ปวช.	รับจ้าง	6,000	พอใช้+ มีเงินเก็บ	6	6.8 %, 6.4 % 104 mg %, 109 mg%	-
4	ลุงเนื่อง	ชาย	69	65	170	22	คู่	พุทธ	ป.4	ไม่ได้ทำงาน	4,000	พอใช้+มี เงินเก็บ	9	5.7 %, 5.5 % 130 mg%, 126 mg%	-
5	น้ำสวย	หญิง	48	47.8	146	22	คู่	พุทธ	ปริญญาตรี	รับราชการ	20,000	พอใช้+ มีเงินเก็บ	2	6.3 %, 6.6 % 122 mg%, 113 mg%	ชาตามปลายอวัยวะ ส่วนปลาย ความรู้สึกลมหนาว

ภาคผนวก ข (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางแสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (n = 5)

ลำดับที่	ชื่อ สมมติ	เพศ	อายุ (ปี)	น้ำหนัก	ส่วนสูง มวลร่างกาย	ดัชนี	สถานภาพ สมรส	ศาสนา	ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รายได้เฉลี่ย ของครอบครัว (บาท/เดือน)	สถานภาพ การเงิน	ระยะเวลา การเจ็บป่วย (ปี)	FBS (ครั้งที่ 1, 2)	ภาวะแทรกซ้อน/ การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น
1	นายอาร์	หญิง	52	60	150	27	คู่	พุทธ	ป.7	รับจ้าง	28,000	พอใช้+ ไม่มีเงินเก็บ (ผ่อนที่ดิน)	4	271 mg%, 239 mg%	ขาดตามอวัยวะส่วนปลาย
2	ป้านวล	หญิง	64	61	161	24	คู่	พุทธ	ปวช.	งานบ้าน	2,500	พอใช้+ ไม่มีเงินเก็บ	4	296 mg%, 188 mg%	ขาดตามอวัยวะส่วนปลาย
3	น้าวรรณ	หญิง	60	70	162	27	โสด	พุทธ	ปริญญาโท	รับราชการ	40,000	พอใช้+ มีเงินเก็บ	9	149 mg%, 159 mg%	-
4	น้าเดช	ชาย	46	72	175	24	คู่	พุทธ	อนุปริญญา	รับราชการ	40,000	พอใช้+ มีเงินเก็บ	2	237 mg%, 226 mg%	ความรู้สึกลำบากทางเพศลดลง ค่าไขมันในเลือดสูง
5	ลุงกิตติ	ชาย	59	70	158	28	หม้าย	พุทธ	อนุปริญญา	รับจ้าง	25,000	พอใช้+ มีเงินเก็บ	8	261 mg%, 253 mg%	โรคหัวใจ ขาดตามอวัยวะส่วนปลาย

## ภาคผนวก ก

## ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย เพื่อค้นหาประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ทำดัชนีข้อมูล ผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมด หากคำหรือข้อความที่มีความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จดเส้นใต้ไว้แล้วนำมาเขียนในช่องทางซ้ายมือของแบบบันทึกภาคสนาม ดังตัวอย่างการทำดัชนีข้อมูล : การให้ความหมายต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต่อไปนี้

ดัชนีข้อมูล	เนื้อหา
: กินให้เป็นเวลา อย่ากินมาก โดยกินพอสาท้อง และถ้าหิวให้กินได้อีก แต่อย่ากินที่เดียวให้หนัก	เป็นเบาหวานอย่างนอน พักให้เป็นเวลา <u>กินข้าวให้เป็นเวลา อย่ากินมาก กินพอประมาณ พอสาท้องได้ ถึงเราทยอยกินทีหลังได้ไม่เป็นไร อย่ากินที่เดียวให้อิ่มให้หนักไม่ได้ กินที่เดียวไม่ได้</u> นี่ผมว่าคนเบาหวานนี้ 1. <u>ข้าวอย่ากินให้มาก กินพอประมาณ กินพอสาท้อง ค่อยกินเพิ่มเติมได้</u> ไม่ใช่เขาไม่ให้กินที เราอย่ากินมือแรกให้อิ่มจนเกินไป <u>มือสองเราทยอยไปได้</u> เรากินเล่นไปได้

## 2. จัดกลุ่มทำดัชนีข้อมูล

โดยการจัดแบ่งกลุ่มดัชนีข้อมูลตามคำถามรองของการวิจัย แล้วนำมาจัดแบ่งเป็นกลุ่มดัชนีข้อมูลย่อยในแต่ละดัชนีข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ดังตัวอย่างการจัดกลุ่มดัชนีข้อมูล : การให้ความหมายต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ดัชนีข้อมูล	ดัชนีข้อมูลย่อย
<ul style="list-style-type: none"> <li>: กินให้เป็นเวลา อย่ากินมาก โดยกินพอสาท้อง และถ้าหิวให้กินได้อีก แต่อย่ากินที่เดียวให้หนัก</li> <li>: อย่ากินข้าวให้อิ่มในมือแรก ถ้าหิวทยอยกินได้ในมือต่อไป</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>: กินพ้อิ่ม</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>: หาวิธีการทำให้อิ่มท้อง โดยการกินผักบุง เพื่อจะได้ลดปริมาณข้าวลงได้</li> <li>: เมื่ออยากกินอาหารที่คิดว่ากินไม่ได้ จะพยายามดื่มน้ำเพื่อให้อิ่มจะได้ไม่อยากกินของนั้น</li> <li>: งคอาหารรสหวานจัดมาเป็นเวลานาน ๆ จนเกิดความคุ้นชิน ซึ่งจะทำให้ไม่รู้สึกลอยากกิน และถ้าอยากกิน หรือในกรณีทีกินข้าวไม่อิ่ม ก็จะดื่มน้ำแทนเพื่อให้อิ่ม</li> <li>: พยายามหาวิธีการที่จะลดปริมาณข้าว โดยการกินกับข้าวเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้อิ่ม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>: หาวิธีการทำให้อิ่ม</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>: เปลี่ยนมากินอาหารประเภทผักมากขึ้นเมื่อมีโอกาศ และหากในมือนั้น ๆ กินอาหารประเภทผักอิมแล้วจะไม่กินข้าวอีก</li> <li>: เริ่มเปลี่ยนมากินอาหารประเภทผักมากขึ้น เนื่องจากต้องการลดอาหารประเภทข้าวตามคำแนะนำ</li> <li>: ได้เริ่มใช้วิธีการลดน้ำตาลในเลือดโดยไม่กินอาหารในปริมาณมาก แต่จะกินอาหารประเภทผักมาก ๆ</li> <li>: ถ้าหิวจัดจะเพิ่มปริมาณข้าวในมือนั้น ๆ อีก หรือถ้ามีกับข้าวประเภทผัก ก็จะกินกับข้าวที่เพิ่มเพื่อเป็นการทำให้อิ่มโดยไม่ต้องเพิ่มปริมาณข้าว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>: กินผักเพิ่มขึ้นในแต่ละมือหรือแต่ละวัน</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>: พยายามคุมอาหาร โดยการรีบเข้านอนเพื่อไม่ให้ต้องกินอาหารอีก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>: หาวิธีการไม่เพิ่มจำนวนมืออาหาร</li> </ul>



### 3. สร้างบทสรุป

นำดัชนีข้อมูลย่อยมาจัดกลุ่มแล้วสรุปเป็นหัวข้อย่อย ๆ (Subthemes) ของประสบการณ์ในแต่ละเรื่องของคำถามรองการวิจัย ดังตัวอย่างการจัดหัวข้อย่อย : การให้ความหมายต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ดัชนีข้อมูลย่อย	หัวข้อย่อย
: กินพ้ออ้ม : หาวิธีการทำให้อ้ม : กินผักเพิ่มขึ้นในแต่ละมือหรือแต่ละวัน	: ลดปริมาณอาหารในแต่ละวัน

แล้วนำหัวข้อย่อยแต่ละหัวข้อมาจัดกลุ่ม เพื่อสรุปเป็นหัวข้อ (themes) ตามแนวคิด/หลักการ/ทฤษฎี และความคิดเห็นของผู้วิจัยเพื่อให้เป็นข้อค้นพบเบื้องต้น (Preliminary Finding) ของประสบการณ์ในแต่ละเรื่องตามคำถามรองการวิจัยของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ดังตัวอย่างการสร้างบทสรุปหัวข้อ : การให้ความหมายต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

หัวข้อย่อย	หัวข้อ
: ลดปริมาณอาหารในแต่ละวัน : งดหรือลดอาหารที่เคยชอบ : แลกเปลี่ยนปริมาณอาหาร : กินอาหารที่เชื่อว่าควรกิน	: จำกัดตัวเองในเรื่องกิน

แล้วนำหัวข้อ (Themes) ซึ่งเป็นข้อค้นพบเบื้องต้นที่ได้มาเชื่อมโยงเป็นบทสรุปประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ซึ่งอาจต้องปรับเปลี่ยนหรือจัดกลุ่มหัวข้อย่อย (Subthemes) ให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกันอีกครั้ง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

หัวข้อย่อย	หัวข้อ/บทสรุป
: เข้มงวดในการควบคุมอาหาร : จำกัดตัวเองในเรื่องกิน	: เปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร
: เปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร : พยายามออกกำลังกาย : พยายามผ่อนคลายความเครียด	: ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

#### 4. พิสูจน์บทสรุป

เพื่อเป็นการพิสูจน์ว่าบทสรุปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลนั้นเป็นบทสรุปที่ดีและถูกต้องสมบูรณ์ตรงตามความเป็นจริงที่มีอยู่ของปรากฏการณ์นั้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบบทสรุปที่ได้กับดัชนีข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย แล้วจึงมาตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวจิตตินันท์ พงสุวรรณ

วัน เดือน ปีเกิด 5 พฤษภาคม 2510

วุฒิการศึกษา

คุณวุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีสำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สงขลา	พ.ศ. 2534
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	พ.ศ. 2541

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ จ.สงขลา  
พ.ศ. 2534-ปัจจุบัน