

การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

Self Care Promotion for Blood Sugar Controlling
of Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus

วิลาวัฏ ผลพลอย

Wilawan Phonploy

๑

เลขหมู่	RC 658.5 064 2539 ๗.2
Order Key	28996
Bib Key	93561/
	2.1.0.ค. 2543 /

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2539

ชื่อวิทยานิพนธ์ การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

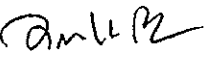
เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ชื่อผู้เขียน นางสาววิลาวัล ผลิตลอย

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

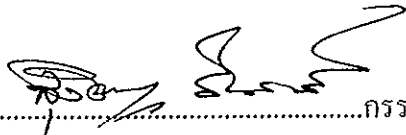
คณะกรรมการที่ปรึกษา

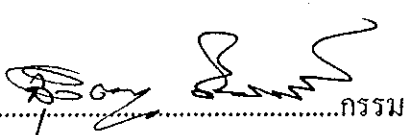
คณะกรรมการสอบ

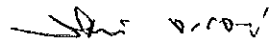
.....ประธานกรรมการ

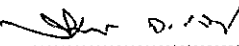
.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อานนท์ เชื้อประไพศัลป์)(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อานนท์ เชื้อประไพศัลป์)

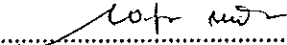
.....กรรมการ
(แพทย์หญิง ดร.สุวิณา รัตนชัยวงศ์)

.....กรรมการ
(แพทย์หญิง ดร.สุวิณา รัตนชัยวงศ์)

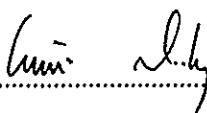
.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิมลรัตน์ จงเจริญ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิมลรัตน์ จงเจริญ)

.....(ติติมาภรณ์).....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤต ตะนูนพงศ์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กอปรุชน ติยัคคานนท์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

.....
(ดร.ไพรัตน์ สงวนไพร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

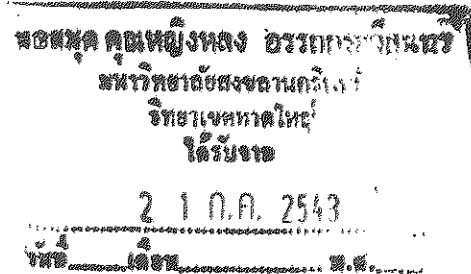
ชื่อวิทยานิพนธ์ การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ชื่อผู้เขียน นางสาววิลาวัลย์ ผลพลอย

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

ปีการศึกษา 2538

บทคัดย่อ



การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์คือ พัฒนาการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอ้วนที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 13 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาการมีชีวิตอยู่และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยทั่วไป ระยะที่ 2 วางแผนรูปแบบการดูแลตนเอง ระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแลตนเองไปปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกต การบันทึกภาคสนาม และการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เทคนิคการจัดหมวดหมู่ การตีความ และการสร้างข้อสรุป

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรู้สึกต่อการเป็นเบาหวานจากหือแค้นและเบื่อหน่าย กลัว เพลีย อายและทุกข์ทรมาน ไปเป็นยอมรับและต้องการช่วยเหลือผู้อื่น 2) พฤติกรรมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (ฮีโมโกลบินเอวันซีส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้) ประกอบด้วย ผู้ป่วยละเลยการกินยาให้ถูกต้อง ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ ไม่ออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ วิตกกังวลบ่อยครั้งเมื่ออยู่คนเดียว หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และต้องจัดสรรเงินไว้เป็นค่ารักษาพยาบาล 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ไปเป็นควบคุมได้ ประกอบด้วย ผู้ป่วยกินยาได้ถูกต้อง สามารถควบคุมอาหารได้ พยายามออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เลือกใช้วิธีผ่อนคลายได้ตามสถานการณ์ และสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ 4) ฮีโมโกลบินเอวันซีปรับจากระดับพอใช้ (ร้อยละ 8.1-10) ไปเป็นระดับดี (ร้อยละ 6.5-8.0) และระดับดีมากหรือปกติ (ร้อยละ 4.4-6.4) ซึ่งมีผลทำให้แพทย์ปรับเปลี่ยนทั้งชนิดและขนาดของยาส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคลดลง (จำนวน 5 คน ใน 13 คน) 5) รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง

ประกอบด้วย การเตรียมตัวของพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านความรู้ ทักษะ และจิตใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมี 3 ขั้นตอน โดยใช้กลวิธี 11 วิธี ซึ่งกลวิธีที่สำคัญคือการมีสัมพันธภาพที่ดี จริงใจและมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือด การสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม และการติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และปัจจัยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การสะท้อนผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม การเห็นคุณค่าในตน และการสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และ 6) เครื่องมือประกอบการให้ความรู้ ประกอบด้วย คู่มือการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน แผ่นพับอาหารภาคใต้ แผ่นพับการออกกำลังกาย และแผ่นพับการรักษาโรคเบาหวานชนิดกิน

Thesis Title Self Care Promotion for Blood Sugar Controlling of Non - Insulin
Dependent Diabetes Mellitus
Author Miss Wilawan Phonploy
Major Program Adult Nursing
Academic Year 1995

Abstract

The purpose of this action research study was to develop a self care model for blood sugar controlling of Non - Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM). Thirteen adults with NIDDM were selected by purposive sampling in the Outpatient Department and Diabetic Clinic at Vachiraphuket Hospital from December 1994 to July 1995. The study was divided into 3 stages: (1) Studying the lived experience of patients;(2) Planning together with patients to develop a tentative model for self care; (3) Implementing the tentative model. The data was collected by in-depth interview, observation and field notes, and was validated by triangulation techniques. The data was analysed by the techniques of coding, developing categories and constant comparatives. The model was then developed.

The results of this study indicated that diabetic patients changed their perceptions of the disease, from despondency/tedium, fear, weariness, shame and suffering to acceptance and a willingness to help other diabetics. Aspects of their failure to control blood sugar level were that they neglected their medicine, they couldn't control their diet, they had difficulty in getting exercise, they were anxious when living alone, they avoided social interaction, and they needed to allocate some of their budget for medical treatment. Aspects of their ability to control blood sugar level were that they managed their medicine by themselves, they were able to control their diet, they tried to get exercise, they were able to relax and they could adapt to social interaction. HbA_{1c} varied in the level of control from fair (8.1-10.0%) to good (6.5 - 8.0 %)and very good ie normal (4.4 - 6.4%).

The results of HbA_{1c} from 5/13 patients indicated they were able to control their blood sugar, so that their doctors could change their medicine. This reduced the estimated costs.

The model of self-care promotion had 3 complementary parts: (1) Preparation in the areas of knowledge, skills and mindfulness of nurses, patients and patients' families; (2) Behavior modification. There were 3 stages of behavior modification and 11 strategies. Four important strategies were good interpersonal relationships, goal setting in HbA_{1c}, continuous reflecting of practical outcome, and continuous follow-up and counselling; (3) Four factors which favorably affected the behavior modification. These were continuous follow-up and counselling, continuous reflecting of practical outcome, having self-esteem, and continuous psychological support from patients' families.

The instruments for teaching were diet control chart, brochures of diet in southern Thailand, exercise and medication for NIDDM.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิดที่ให้กำลังใจในการศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณต่อความกรุณาที่ให้คำแนะนำกำลังใจและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ในวิทยานิพนธ์ของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ แพทย์หญิง ดร. สุวิมา รัตนชัยวงศ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิมลรัตน์ จงเจริญ พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุกูล ตะบูนพงค์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กอบประยุทธ์ ตย์คานนท์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการค้นคว้าวิจัยส่วนหนึ่ง ขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวของผู้ป่วยทุกท่านที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเปรียบเสมือนครูของผู้วิจัย และขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่กรุณาพัฒนาความรู้ทางการแพทย์และให้กำลังใจในการศึกษาตลอดหลักสูตร

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และเจ้าหน้าที่ทุกท่านซึ่งอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอบพระคุณคุณสุรสิทธิ์ บุญยัฐเสถียร ที่ช่วยกรณารายงานผลเลือดให้ตลอดการวิจัย คุณธิดา เทวรักษ์ และคุณมลวิทย์ ประทุมสุวรรณ ที่กรุณาคำนวณแคลอรีอาหารพื้นเมืองภูเก็ต คุณสุราษฎร์ กาญจนะ ที่ให้ทุนการศึกษาและกำลังใจ และคุณเปรี๊ชา มณีศรี ที่กรุณาผลิตสื่อความรู้ให้

ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณ เพื่อนนักศึกษาพยาบาลปริญญาโทรุ่น 4 ทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและความเอื้ออาทรต่อกันอย่างต่อเนื่อง คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยนี้ขอบอบแด่ บิดา มารดา คณาจารย์และผู้ป่วยเบาหวานทุกท่าน

วิลาวัลย์ ผลพลอย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
รายการตาราง	(11)
รายการภาพประกอบ	(11)
บทที่	
1 บทนำ	1
ปัญหา : และความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
คำถามการวิจัย	3
กรอบแนวคิด	3
นิยามศัพท์	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	9
การประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	18
น้ำหนักตัวและดัชนีความหนาของร่างกาย	20
การส่งเสริมการดูแลตนเอง	21
3 วิธีการวิจัย	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	29
เครื่องมือในการวิจัย	29
สถานที่ศึกษาและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนภูเก็ต	31
การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย	32
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	33
การวิเคราะห์ข้อมูล	62

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	65
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	65
การดำรงชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	69
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	92
ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	109
รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	111
เครื่องมือประกอบการให้ความรู้	123
5 สรุปและข้อเสนอแนะ	126
สรุปการวิจัย	126
ความคิดเห็นของผู้วิจัย	129
ข้อเสนอแนะ	134
บรรณานุกรม	137
ภาคผนวก	151
ภาคผนวก ก. การคำนวณหาปริมาณพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน	152
ภาคผนวก ข. การคำนวณหาปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับ กำหนดปริมาณส่วน ของอาหารตามรายการอาหารแลกเปลี่ยนและกำหนดมื้ออาหาร	154
ภาคผนวก ค. ชนิดของอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง	160
ภาคผนวก ง. ดัชนีความหนาของร่างกาย	161
ภาคผนวก จ. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	162
ภาคผนวก ฉ. การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย	167
ภาคผนวก ช. แบบบันทึกสถานการณ์	168
ภาคผนวก ซ. เครื่องมือที่ได้จากการวิจัย	170
ภาคผนวก ฌ. กราฟระดับการควบคุมโรคเบาหวานของคุณ	171
ภาคผนวก ณ. ข้อมูลดิบ : จำนวนพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน	172
ภาคผนวก ณ. การสะท้อนผลการปฏิบัติ : กรณีศึกษา	173
ประวัติผู้เขียน	176

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 ลักษณะของยาในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย	16
2 ปฏิกริยาของยากุ่มซัลโฟนิลยูเรียเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่น ๆ	17
3 ค่าชีวเคมีกับระดับการควบคุมเบาหวาน	30
4 สรุปพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารจำแนกตามรายบุคคล	40
5 สรุปพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาจำแนกตามรายบุคคล	44
6 สรุปพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายจำแนกตามรายบุคคล	49
7 สรุปพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมความเครียดจำแนกตามรายบุคคล.	52
8 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	66
9 ระดับการควบคุมโรคเบาหวานจำแนกตามระดับฮีโมโกลบินเอวันซี	105
10 การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวจำแนกตามรายบุคคล	106
11 การเปลี่ยนแปลงดัชนีความหนาของร่างกายจำแนกตามประเภทน้ำหนักตัว	108

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	6
2 ผลสะท้อนการปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วงจรที่1	36
3 ผลสะท้อนการปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วงจรที่2	56
4 ผลสะท้อนการปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วงจรที่ 3	60
5 การดำรงชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	70
6 การดำรงชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	93
7 รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	112

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกเนื่องจากมีความชุกและอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันประชากรทั่วโลกเป็นเบาหวานประมาณร้อยละ 2-6 หรือ 120 ล้านคน (วไล, 2534 : 23) ในสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2533 มีผู้เป็นเบาหวาน 6.8 ล้านคน และคาดว่าอีก 20 ปี คือใน พ.ศ. 2553 จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็น 9.2 ล้านคน (Helms, 1992 : 8) สำหรับประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 3 และสูงถึงร้อยละ 13 ในประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป โรคเบาหวานที่พบส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (คณะทำงานแห่งชาติ, 2531 : 23) และอัตราการตายจากโรคเบาหวานที่พบได้เพิ่มขึ้นจาก 5.0 เป็น 5.3 ต่อ 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2533 และ 2534 ตามลำดับ (ปรียาและวิชัย, 2538 : 71)

โรคเบาหวานก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ทางด้านร่างกายเกิดโรคแทรกซ้อนได้ทั้งเฉียบพลันได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง และภาวะกรดจากสารคีโตนั่งในเลือด และโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและเส้นประสาทเกิดโรคความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด จอตาเสื่อม ไตวาย มีอาการชา หมดความรู้สึกทางเพศ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดตีบตันมากกว่าคนไม่เป็นเบาหวาน 2-4 เท่า (คณะกรรมการโรคเบาหวานแห่งชาติ, 2534 : 48) เป็นความดันโลหิตสูง ประมาณ 2 เท่าของคนไม่เป็นเบาหวาน มีภาวะจอตาเสื่อมทำให้ตาบอด ประมาณ 20 เท่าของคนไม่เป็นเบาหวาน (สุนทร และวลัย, 2535 : 27-28) มีความเสื่อมของระบบประสาทร้อยละ 5-60 (Davidson, 1986, cited by Beare & Myers, 1994 : 1747) และผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปมีโรคแทรกซ้อนทุกคน (สุจิตรา, อัมพาพร และวลัยพร, 2536 : 20) ผลกระทบทางจิตใจ จากการที่เบาหวานเป็นโรคที่ไม่หายขาดและมีข้อจำกัดมากทำให้ผู้ป่วยเกิดการเบื่อหน่าย ห่อเหี่ยวในการดูแลตนเองและมีความวิตกกังวลมากในเรื่องโรคแทรกซ้อนจอตาเสื่อม (Lundman, Asplund & Norberg, 1988 : 23; 1990 : 255) ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ในปีพ.ศ. 2530 สหรัฐอเมริกาสูญเสียเงินในการรักษาโรคเบาหวาน

20.4 พันล้านดอลลาร์ คิดเป็นร้อยละ 3.6 ของเงินที่ใช้ในการดูแลสุขภาพทั้งหมดของประเทศ (American diabetes Association, 1987, cited by Ignatavicius & Bayne, 1991 : 1584) สำหรับประเทศไทยไม่มีการสำรวจค่ารักษาพยาบาลเฉพาะโรคเบาหวาน แต่เชื่อว่าก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของตนเองและประเทศเช่นเดียวกัน

เป้าหมายในการดูแลรักษาโรคเบาหวานคือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ และสามารถป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังได้ โดยมีหลักการรักษาคือ การควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ (คณะกรรมการแห่งชาติ, 2534 : 44; Felig & Bergman, 1995 : 1196, ADA, 1995 : 8) ด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา (สัญญาชัย, 2533; Melkus, 1993 : 27) นอกจากนี้ความเครียดก็ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จึงต้องมีการกำจัดความเครียดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย (วไล, 2534; Giacca, et al., 1991 : 243)

ในปรากฏการณ์จริงผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ ซึ่งระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานจะอยู่ในเกณฑ์ไม่ถึงร้อยละ 89.3 มีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินเอวัน (HbA_{1c}) ร้อยละ 11.9 ± 2.3 (รัชตะ และคณะ, 2530 : 183-185) มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงกว่า 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ร้อยละ 51.35 (สุจิตรา, อำภพร และคณะ, 2536 : 20-21) ทั้งนี้อาจเกิดจากการขาดความเข้าใจในการปฏิบัติหรือพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ไม่ต่อเนื่อง และการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่อธิบายลักษณะผู้ป่วยเบาหวานเชิงบรรยายและตีความ ส่วนงานวิจัยที่ลงมือปฏิบัติ (Action research) ในประเทศไทยมีน้อยมากจากการค้นคว้าพบว่ามีเพียง 1 เรื่อง คือ การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ภาวนา, 2537) ทำการศึกษาโดยให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มส่งเสริมการดูแลตนเองในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลเป็นหลักมิได้ติดตามการปฏิบัติไปถึงที่บ้านและครอบครัวผู้ป่วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาการดำรงชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้แล้วทำการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมดูแลตนเองให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโดยติดตามไปศึกษาการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

พัฒนาการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไร
2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไร
3. ปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
4. พยาบาลจะส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้อย่างไร

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัย 2 ส่วน คือ กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี (Theoretical framework) และกรอบแนวคิดวิธีการวิจัย (Methodological framework) ดังนี้

1. กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการกับความเครียด ตามความเหมาะสมในแต่ละราย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นผู้ที่มีความต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับโรคเพื่อให้ตนเองสามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงทำการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือและปฏิบัติการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร

การออกกำลังกาย การใช้ยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตามความรู้สึกร่างกายและสภาพแวดล้อมของตน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ควบคุมโรคได้ไม่ดีซึ่งทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงกว่าปกติ (รัชตะ และคณะ, 2530; สุจิตรา และคณะ, 2536) คือมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่าบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลจึงจำเป็นที่พยาบาลต้องเข้าไปมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับความต้องการและเหมาะสมกับปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละรายโดยการจากระบบการพยาบาล และใช้ความสามารถทางการพยาบาล ซึ่งงานวิจัยนี้ได้จากระบบการพยาบาลแบบระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative system) วิธีการช่วยเหลือของการพยาบาลระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ มี 4 วิธีคือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการจัดสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ได้ใช้ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing system) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองร่วมกับกลวิธีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ปรับเปลี่ยนและลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการกับความเครียดให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตน ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานและความเป็นบุคคลด้วย

2. กรอบแนวคิดวิธีการวิจัย ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิส และแมคทาเกก (Kemmis & McTaggart, 1988) ซึ่งมีความเห็นว่าวิธีการปฏิบัติที่จะถือว่าเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นจะต้องมีการร่วมมือของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการพัฒนาปรับปรุงการเปลี่ยนแปลงจากการทดลองปฏิบัติและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเป็นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ (อาภรณ์, 2533) ผู้วิจัยได้นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพราะมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผน

การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย การสำรวจปัญหาและแนวความคิดเบื้องต้น (Reconnaissance) ของการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รวมถึงปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเอง กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา และกำหนดรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองชั่วคราวตามข้อมูลที่สำรวจ

การปฏิบัติและสังเกต (Acting & observing) นำรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองชั่วคราวที่วางแผนไว้ไปปฏิบัติ และสังเกตพฤติกรรมดูแลตนเอง ตลอดจนสิ่งแวดล้อม

โดยทั่วไป

การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นการอธิบายสถานการณ์ สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของผู้วิจัยและผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้เข้าใจการดูแลตนเอง ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัญหาที่ต้องปรับปรุง ตลอดจนกระบวนการและความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติ

การปรับปรุงแผน (Replanning) นำปัญหามาปรับปรุงแผนเพื่อแก้ปัญหาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในปรากฏการณ์จริง ทั้งนี้ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับฮีโมโกลบิน เอวันซี น้ำหนักตัว และดัชนีความหนาของร่างกาย

กรอบแนวคิดทั้ง 2 ส่วนนี้ต้องใช้ควบคู่กันไป โดยใช้กรอบแนวคิดวิธีการวิจัยเป็นหลัก และใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีสอดแทรก โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในด้านต่าง ๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งเชื่อว่ากรอบแนวคิดทั้ง 2 ส่วนนี้ สามารถพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ โดยส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินซีลดลงมาอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือดีมาก หรือดี น้ำหนักตัวลดลง และดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ในระดับปกติ และเมื่อสิ้นสุดงานวิจัยจะได้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและกลวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยได้สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพประกอบ 1

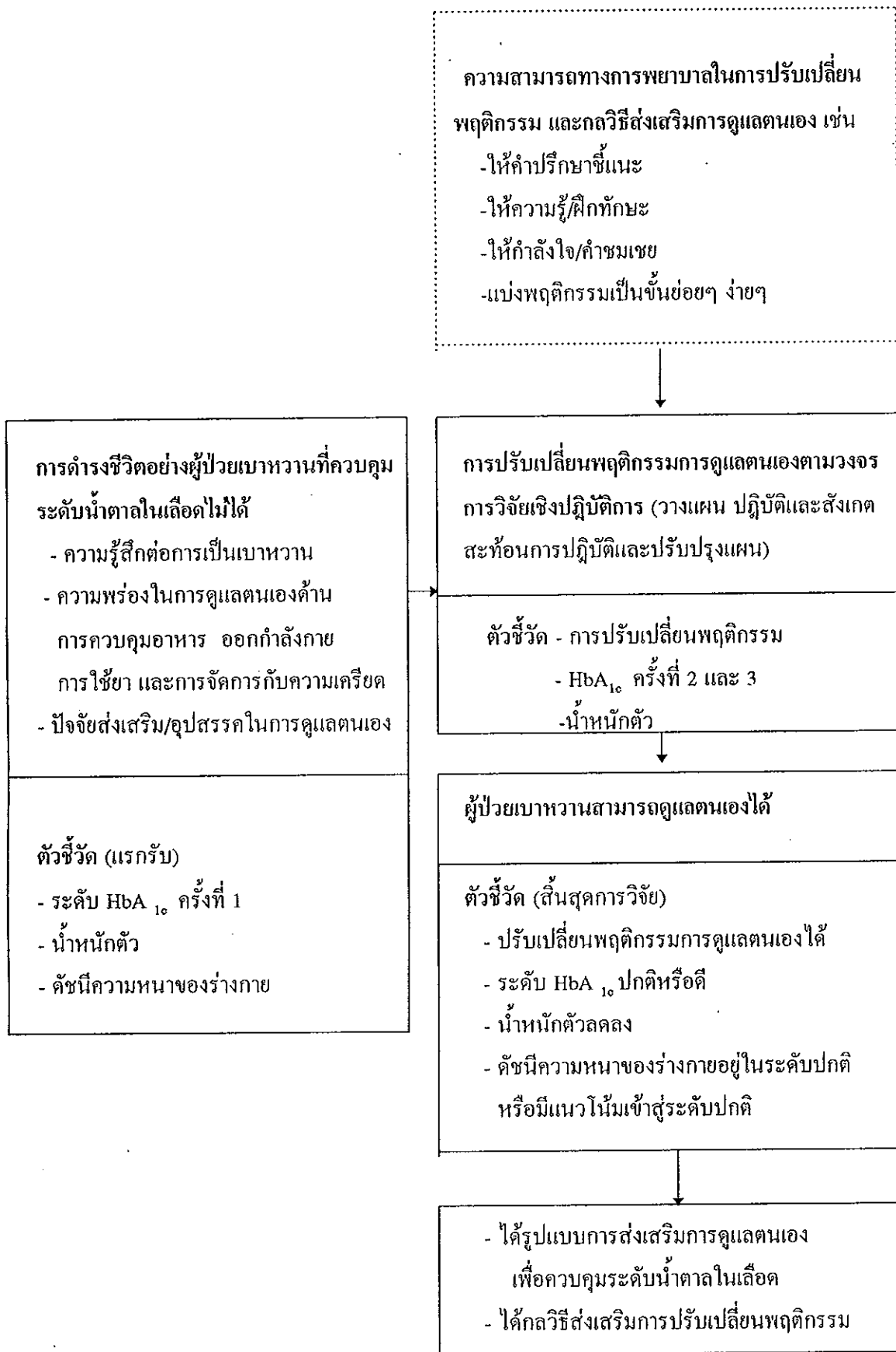
นิยามศัพท์

การดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง การปฏิบัติตนในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการกับความเครียดตามความรู้สึกลึกซึ้งของผู้ป่วย

การส่งเสริมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือวิธีการใดๆ ของผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยที่นำมาใช้เพื่อพัฒนาการดูแลตนเองตามความเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยตามแต่ละราย

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง การพยายามคงไว้ซึ่งระดับฮีโมโกลบิน เอวันซี (HbA_{1c}) ให้น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง รวมทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง
2. ได้รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเครื่องมือที่เหมาะสมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
3. ได้กลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในรายอื่น ๆ
4. ได้แนวทางในการพัฒนาทักษะของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพต่อการสนับสนุนส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในขอบเขตดังนี้

1. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
 - 1.1 การควบคุมอาหาร
 - 1.2 การออกกำลังกาย
 - 1.3 การให้ยา
 - 1.4 การจัดการกับความเครียด
2. การประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
 - 2.1 การวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า
 - 2.2 การวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี
3. น้ำหนักตัวและดัชนีความหนาของร่างกาย
4. การส่งเสริมการดูแลตนเอง
 - 4.1 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
 - 4.2 กลวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเอง

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เฉียบพลันและลดภาวะเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลรักษาจึงมุ่งที่จะลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ โดยที่ผู้ป่วยไม่เกิดอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลบินเอวันซีที่ยอมรับว่าชลอและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินเท่ากับร้อยละ 7.2 แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับ ผู้ป่วยแต่ละคนและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและบุคคลที่อยู่ใกล้เคียงกับผู้ป่วย (DCCT, 1993, cited by Coates, 1994 : 267)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้เพราะตับอ่อนผลิตอินซูลินได้น้อยหรือมีการลดลงของตัวรับอินซูลินหรือดัดแปลงกลไกเพิ่มขึ้น (Ignatavicius, et al., 1995 : 1866-1867) โดยที่อินซูลินมีหน้าที่ในการนำกลูโคสเข้าเนื้อเยื่อ เมื่อไม่สามารถ

ออกฤทธิ์ได้เต็มที่จึงทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูง และเมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงติดต่อกันนาน ๆ จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และขนาดเล็ก และระบบประสาท ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากโรคหัวใจหลอดเลือด ไตวายเรื้อรัง หรือการมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงได้ จึงจำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ

1. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกตินั้นประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการกับความเครียด ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การควบคุมอาหาร

อาหารเป็นแหล่งพลังงานที่ผู้ป่วยได้โดยการรับประทานอาหาร ดังนั้นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงต้องควบคุมการรับประทานอาหาร ซึ่งในปัจจุบันการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันใช้วิธีเดินสายกลาง ไม่จำกัดอาหารอย่างเข้มงวด แต่จะควบคุมพลังงานของอาหารที่ได้รับต่อวันเป็นหลัก และสารอาหารที่ได้รับต้องครบตามความต้องการของร่างกายเช่นเดียวกับคนปกติ ซึ่งการควบคุมอาหารให้ได้ผลนั้นผู้ป่วยต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ ดังนั้นในการควบคุมอาหารต้องคำนึงถึงปริมาณพลังงาน และปริมาณสารอาหารดังนี้

1.1.1 ปริมาณพลังงาน ปริมาณพลังงานของอาหารที่ได้รับต้องสมดุลกับแรงงานหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำในแต่ละวัน คำนวณได้จากความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐานของร่างกายและความต้องการพลังงานของผู้ป่วยจากกิจกรรม (ภาคผนวก ก.)

1.1.2 ปริมาณสารอาหาร ปัจจุบันใช้ตามแนวทางของสมาคมเบาหวานอเมริกา ซึ่งผ่านการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยมีความเห็นสอดคล้องด้วยเช่นกัน ดังนี้ (American Diabetes Association, 1993 : 22; Davidson & Panayiotou, 1991 : 188)

คาร์โบไฮเดรต ผู้ป่วยควรได้รับประมาณร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้ต่อวัน ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ซึ่งควรได้รับจากอาหารพวกรั้วฝักพืชและแป้งประมาณร้อยละ 30-40 ผลไม้ประมาณร้อยละ 5-15 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน (Schneider, 1980 : 309, อ้างตามกาญจนา, 2535 : 25) ถ้าได้สารคาร์โบไฮเดรตเกิน 240 กรัมต่อวัน ควร

แบ่งให้มีมื้ออาหารว่างเพิ่มขึ้น (ศรีสมัย, 2535 : 11)

โปรตีน ผู้ป่วยควรได้รับประมาณร้อยละ 12-20 ของพลังงานทั้งหมด เพราะกรดอะมิโนจะช่วยให้การหลั่งของอินซูลินเพิ่มขึ้น ในผู้ใหญ่ควรได้รับร้อยละ 0.8-1.0 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน (มีการเปลี่ยนแปลงการได้รับของโปรตีนในวัยเด็ก หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้สูงอายุ และในผู้มีโรคแทรกซ้อน) เนื้อสัตว์ควรเป็นส่วนที่ไม่ติดมัน และควรเลือกอาหารที่ให้โปรตีนที่มีคุณภาพสูง เช่น ปลา ไข่ นม

ไขมัน ผู้ป่วยควรได้รับน้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมดและควรเป็นไขมันชนิดอื่นตัวน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัวเพราะไขมันไม่อิ่มตัวมีหน้าที่เป็นโครงสร้างของเนื้อเยื่อควบคุมการเผาผลาญของไลโปโปรตีน และเป็นตัวกำเนิดของสารไอโคซานอยด์ (Eicosanoid) เช่น prostaglandins (วิชัย, 2532 : 20) และควรได้รับโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน (ADA, 1995 : 17)

ใยพืช ให้ได้ถึง 40 กรัมต่อวัน หรือ 25 กรัมต่อ 1,000 กิโลแคลอรี ในใยพืชที่มีแคลอรีต่ำ ซึ่งจะช่วยลดการดูดซึมกลูโคสของลำไส้เล็ก ช่วยลดระดับไขมันในเลือด และช่วยป้องกันการผิดปกติของระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ตลอดจนช่วยป้องกันมะเร็งของลำไส้ใหญ่ด้วย (ADA, 1995 : 18)

โซเดียม ให้ได้รับ 1,000 มิลลิกรัมต่อ 1,000 กิโลแคลอรี ไม่เกิน 3,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาพของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ควรได้โซเดียมไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน และในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับไต ควรได้โซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน (ADA, 1995 : 18)

แอลกอฮอล์ รับประทานได้ไม่มากกว่า 30-60 ซีซี (เบียร์ 1-3 แก้ว) ใน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์หรือไม่เกินร้อยละ 6 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน (Davidson & Panayiotou, 1991 : 188)

ในผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องการลดน้ำหนักตัว ควรได้รับโปรตีนสูงถึงร้อยละ 20-25 ของพลังงานทั้งหมดต่อวัน และควรลดไขมันให้เหลือประมาณร้อยละ 20-25 ของพลังงานทั้งหมดด้วย (ศรีสมัย, 2535 : 13)

ในการคำนวณหาปริมาณสารอาหาร การกำหนดปริมาณส่วนของอาหารตามรายการอาหารแลกเปลี่ยน และกำหนดมื้ออาหารของผู้ป่วย มีรายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ข. และชนิดของอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงมีรายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก.

การประเมินเกี่ยวกับอาหาร (Dietary evaluation) ในการประเมินเกี่ยวกับอาหารใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ และการบันทึกอาหาร ซึ่งในที่นี้ขอกล่าวเฉพาะการประเมินโดยใช้วิธีการบันทึกอาหาร การบันทึกอาหารมี 4 วิธี คือ (คุษณิ, 2531 : 38; Suitor & Hunter, 1980; Williams, 1989 : 640-647)

1. การระลึกถึงอาหาร 24 ชั่วโมงย้อนหลัง (Specific 24-hour food record) เป็นการบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีข้อดีคือ ทำได้รวดเร็ว และความจำมีความผิดพลาดน้อย ข้อเสียคือ ขึ้นอยู่กับความจำของผู้ป่วย อาหารที่บริโภค เมื่อวานนี้อาจไม่ใช่อาหารที่บริโภคตามปกติ และการคาดคะเนจำนวนอาหารอาจไม่พอดี

2. ประวัติการรับประทานอาหาร (Diet history) เป็นการสืบสาวถึงบริโภคนิสัยของผู้ป่วย ข้อดี คือ ทราบบริโภคนิสัยของผู้ป่วย และสามารถใช้ในการวางแผนการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย ข้อเสียคือ ขึ้นกับความจำของผู้ป่วย และการคาดคะเนจำนวนของอาหารอาจไม่พอดี

3. การบันทึกอาหารประจำวัน (Food diary record) เป็นวิธีให้ผู้ป่วยจดบันทึกอาหารที่รับประทานทั้งชนิด ปริมาณ เวลา สถานที่ อารมณ์ขณะรับประทาน เป็นต้น ในระยะเวลา 3 วัน ถึง 7 วัน ซึ่งในการบันทึก 3 วัน จะใช้ในทารก เด็กวัยเรียน และผู้ใหญ่ทั่วไป ที่มีการรับประทานอาหารไม่แตกต่างกันมาก แต่ถ้ารับประทานอาหารแตกต่างกันให้บันทึก 7 วัน เช่น วัยรุ่น คนอ้วน แต่ความตรงของเครื่องมือนี้ขึ้นอยู่กับ การบันทึกให้ตรงตามความต้องการและเป้าหมายที่วางไว้ ข้อดีคือ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจจำนวนอาหารที่บริโภค ช่วยให้ทีมรักษาเห็นวิถีดำเนินชีวิต และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับอาหารบริโภคของผู้ป่วย และช่วยพิจารณาอาหารที่ผู้ป่วยแพ้ ข้อเสียคือ ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนนิสัยการบริโภคเฉพาะช่วงที่จดบันทึกอาหาร ข้อมูลเป็นคุณภาพมากกว่าปริมาณ และข้อมูลที่จดบันทึกผู้ป่วยอาจมีความยินยอมเห็นด้วยต่ำ

4. แบบสอบถามความถี่ของอาหาร (Food frequency questionnaire) เป็นการพิจารณาอาหารที่รับประทานมีความบ่อยครั้งและอยู่ในหมวดใด ข้อดีคือ ช่วยระบุข่าวสารอาหารใดที่รับประทานมากน้อยเกินไป ข้อเสียคือ ใช้เวลามาก ผู้สัมภาษณ์ต้องชำนาญและต้องอาศัยการวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์หรือใช้มือ

มีการศึกษาการประเมินเกี่ยวกับอาหารของกาญจนา (2535 : 56) ซึ่งวิเคราะห์ว่าการควบคุมปริมาณสารอาหารในการรับประทานอาหาร โดยใช้แบบสอบถามและแผนภาพ

อาหาร และให้ผู้ป่วยพบพบการรับประทานอาหารใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลในการรับประทานอาหารได้ไม่ครอบคลุมเพราะความจำที่นานเกิน 24 ชั่วโมงอาจมีค่าไม่แน่นอน ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงใช้วิธีการบันทึกอาหารประจำวัน โดยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกเป็นเวลา 3 วันติดต่อกันในแบบบันทึกอาหารประจำวันของผู้วิจัยสร้างขึ้น

การควบคุมอาหารเป็นปัญหาที่สำคัญมากของผู้ป่วยเบาหวาน เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำและไม่สามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง จากการศึกษาของ มิลเลอร์ (Miller, 1982 : 28, อ้างตามกาญจนา, 2535 : 34) พบว่ากิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหามากที่สุดคือการควบคุมอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาลิก และวิลเลียม (Malik & Williams, 1986 : 44A) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามอาหารได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 18 สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา (2535 : 55-56) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 88 ไม่มีการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค ร้อยละ 74 ได้รับพลังงานไม่ถูกต้องและส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารหมวดนม และผัก สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา และคณะ (2536 : 24) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสอนร้อยละ 74.77 ในจำนวนดังกล่าวมีเพียงร้อยละ 29.73 สามารถปฏิบัติตามที่สอนได้ แต่ร้อยละ 45.04 ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสอนได้โดยเฉพาะไม่สามารถปฏิบัติตามคำสอนในด้านการรับประทานอาหารถึงร้อยละ 32.43 (คิดเป็นร้อยละ 72 ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสอนได้) เนื่องจากปัญหาที่ตัวผู้ป่วยเองเช่น หิวบ่อย ชอบอาหารรสหวาน และต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน ถึงร้อยละ 50.44

กลวิธีการควบคุมอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานควรถือปฏิบัติ(คณะกรรมการระบาดแห่งชาติ, 2534 : 16; วลัย, 2535 : 59) มีดังนี้

1. รับประทานอาหารเป็นมื้อ โดยทั่วไปควรเป็นวันละ 3 มื้อ
2. หลีกเลี่ยงการรับประทานจุบจิบไม่เป็นเวลา
3. ควรชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ และควรลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็น
4. รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 6 หมวด ของรายการอาหารแลกเปลี่ยนในปริมาณที่พอเหมาะ
5. รับประทานผักประเภทใบให้มากขึ้น
6. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาก เช่น อาหารทอด น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ เครื่องในสัตว์ เนย ไขมันสัตว์
7. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลมาก อาหารรสเค็มจัด อาหารสำเร็จรูปเครื่องดื่มบำรุง

กำลัง และเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่

มีการศึกษาที่เสนอแนวทางและกลวิธีในการแก้ปัญหาเรื่องการควบคุมอาหาร เช่น การศึกษาของกัวร์และคณะ (Guare, et al., 1989 : 500-503) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้รับการสอนที่เพิ่มกลวิธีในการรับประทานอาหารให้สัมพันธ์กับการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการลดน้ำหนักหลังให้การรักษาระยะเวลาติดตามผล 1 ปี ซึ่งกลวิธีในการรับประทานอาหารที่สัมพันธ์กับการลดน้ำหนัก มี 4 วิธีที่ได้ผลดี คือ 1) การรับประทานอาหารที่ช่วยลดน้ำหนัก 2) บันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน 3) ปฏิเสธอาหารที่ผู้อื่นเสนอให้ 4) หยุดรับประทานอาหารเมื่อเพียงพอแล้วและได้ให้ข้อเสนอแนะว่าถ้าเคร่งครัดในกลวิธีนี้จะทำให้ลดน้ำหนักได้ดีและลดน้ำหนักได้เป็นเวลานาน การศึกษาของเดวิดสันและพานายิโอโต (Davidson & Panayiotto, 1991 : 200) พบว่ากลวิธีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ใช้ในการปรับปรุงนิสัยการกินมีดังนี้ 1) บันทึกน้ำหนักตัว อาหารประจำวัน น้ำตาลกลูโคสในปัสสาวะทุกวันด้วยตนเอง 2) มีอุปกรณ์ในการชั่ง ตวง วัด ที่บ้านโดยใช้ถ้วย ช้อนและไม้บรรทัด 3) กินอาหารที่ไม่มีแคลอรีระหว่างมื้อเมื่อหิว เช่น น้ำหรือผักใบเขียว หรือเครื่องดื่มที่ไม่มีแคลอรี 4) หลีกเลี่ยงการดื่มเหล้าและกินอาหารเมื่อออกสังคม 5) หลีกเลี่ยงอาหารประเภทบำรุงกำลัง เพราะมีแคลอรีสูง 6) ชื้อและเตรียมอาหารตามชนิดและปริมาณตามรายการที่จัดไว้ประมาณ 1 สัปดาห์ 7) วัดปริมาณอาหารให้ถูกต้องก่อนที่จะวางบนโต๊ะอาหาร และไม่วางอาหารอื่นบนโต๊ะเพื่อหลีกเลี่ยงการกินเพิ่ม 8) กินอาหารเฉพาะที่จัดไว้ตามเมนูอาหารและไม่มีอาหารว่างขณะดูโทรทัศน์ 9) เลือกอาหารที่มีใยพืชมากและเลือกผลไม้สดแทนน้ำผลไม้ 10) หลีกเลี่ยงการเตรียมหรือปรุงอาหารให้ผู้อื่น จนกว่าน้ำหนักตัวจะลดลงเพียงพอตามเกณฑ์ 11) ออกกำลังกายทุกวันถ้าไม่ขัดข้อง

การศึกษาของวิง ปาสเกล และบัลเตอร์ (Wing, Pascale & Bulter, 1993 : 140A) พบว่าการให้อาหารแคลอรีต่ำและไขมันต่ำ (1,000-1,500 cal/day; Fat < 20% of calories) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินลดน้ำหนักได้ดีและคงน้ำหนักได้เมื่อติดตามหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 ปี และมีนัยสำคัญกับระดับโคเลสเตอรอล เฮชดีแอล (HDL) และอีโมโกลบินเอวัน โดยไม่มีผลข้างเคียงของการควบคุมไขมันและน้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮามิลตัน เกิล และแอนเดอร์สัน (Hamilton, Geil & Anderson, 1992 : 407) พบว่าอาหารที่มีแคลอรีต่ำ ใยพืชสูง มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดน้ำหนักผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินซึ่งสามารถลดน้ำหนักได้ถึง 1 กก.ต่อสัปดาห์ และการได้รับ

ความรู้เรื่องแผนการดำเนินชีวิตจะช่วยให้โปรแกรมการลดน้ำหนักประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น เซกูราและวอลีเวอร์(Seugura & Wolever, 1993 : 251A) พบว่าการเพิ่มจำนวนมื้ออาหารเป็น 6-9 ครั้งต่อวัน มีประโยชน์ต่อการรักษาเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่รักษาด้วยการควบคุมอาหารหรือการใช้ยาปรับประทาน นอกจากนี้แมคคีน (Maclean, 1991 : 689-696) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมอาหารแบบเคร่งครัดมาก มีเพียงร้อยละ 30 ยึดหยุ่นปานกลางร้อยละ 35 ยึดหยุ่นมากร้อยละ 20 และไม่ควบคุมอาหารซึ่งเป็นผู้หญิงทั้งหมดร้อยละ 15 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมอาหาร 3 ส่วน คือ 1) บุคคลหรือตัวผู้ป่วยเอง 2) โรคเบาหวาน เช่น ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการป่วย ภาวะแทรกซ้อน 3) อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนของครอบครัว การถูกรังเกียจจากสังคม การสนับสนุนจากคู่สมรส การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ การสนับสนุนจากวัฒนธรรมประเพณี

โดยสรุปการศึกษาดังกล่าวได้เสนอแนวทางในการจัดการกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักด้วยการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำใยพืชสูงหรืออาหารแคลอรีต่ำไขมันต่ำ และเสนอวิธีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น เพิ่มจำนวนมื้ออาหารเป็น 6-9 ครั้ง/วัน รับประทานอาหารที่ช่วยลดน้ำหนัก บันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน ปฏิเสธอาหารที่ผู้อื่นเสนอให้ และหยุดรับประทานอาหารเมื่อเพียงพอแล้ว

1.2 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากทำให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์แล้วยังช่วยให้อินซูลินและตัวรับอินซูลินทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดิน วิ่ง ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน เต้นแอโรบิก เป็นต้น ซึ่งการออกกำลังกายจะต้องให้เพียงพอในเรื่องความหนัก ความนาน ความติดต่อกัน และความบ่อย (กฤษฎา, 2535 : 6-8)

ความหนักพอ หมายถึง ความหนักที่ทำให้ปอดและหัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพียงพอที่จะบริหารปอด หัวใจ และร่างกาย โดยสังเกตจากการเริ่มหายใจหอบน้อย ๆ หรือการนับชีพจรให้อยู่ในเกณฑ์ระหว่าง 150-190 ลบด้วยอายุ โดยผู้ที่ออกกำลังกายใหม่ ๆ ใช้ 150 ลบอายุ เมื่อมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้นใช้ 170 ลบอายุ และนักกีฬาใช้ 190 ลบอายุ

ความนานพอ หมายถึง ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที ในคนเพิ่งเริ่มต้นควรนานประมาณ 6 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มเวลาจนสามารถออกกำลังกายได้ติดต่อกันถึง 20-40 นาที

ความติดต่อกัน หมายถึง การออกกำลังกายต้องทำติดต่อกันตลอดเวลาของการออกกำลังกายจะมีช่วงหยุดสั้น ๆ ได้ไม่เกิน 30-60 วินาที

ความบ่อยพอ หมายถึง การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ข้อห้ามของการออกกำลังกาย (กฤษญา, 2535 : 11; Felig & Bergman, 1995 : 1216)

1. มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 300 mg% หรือมีคีโตน (ketone) ในเลือดหรือในปัสสาวะหรือตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ 3 บวก หรือ 4 บวก

2. มีโรคแทรกซ้อนซึ่งแสดงอาการอยู่ เช่น หลอดเลือดในสมองตีบ ความดันโลหิตสูงมาก ไตเสื่อมสมรรถภาพมาก

3. เสี่ยงต่อการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จากการออกกำลังกายที่หนักและติดต่อกันเป็นเวลานาน

การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จากการศึกษาของอูระณีและคณะ (2536 : 179) พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกลุ่มทดลองลดลง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผลการเจาะเลือดครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 ($p < 0.05$) และครั้งที่ 5 ($p < 0.01$) และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองที่มีค่าระดับน้ำตาลในเม็ดเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผลการเจาะเลือดครั้งที่ 4 ($p < 0.05$) และครั้งที่ 5 ($p < 0.01$) ซึ่งกลุ่มทดลองจะออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน รวม 16 สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที และเจาะเลือดทุกเดือน รวมเจาะเลือดทั้งหมด 5 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของธีรนันท์ (2532 : 9) พบว่าระดับกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินภายหลังการออกกำลังกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยการเดินบนสายพานเลื่อนคนละ 1 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็นระยะอุ่นเครื่องใช้ความเร็ว 1.75 ไมล์ต่อชั่วโมง นาน 5-20 นาที ระยะเดินเร็วเป็น 2.75 ไมล์ต่อชั่วโมง นาน 10 นาที และระยะผ่อนคลายเป็น 1.75 ไมล์ต่อชั่วโมง นาน 5 นาที เจาะเลือดก่อนและหลังการออกกำลังกายหลังพักนาน 5 นาที

โดยสรุปการออกกำลังกายที่มีความหนักพอ ความนานพอ ความติดต่อกัน และความบ่อยพอ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเม็ดโลหิตแดงลดลงซึ่งมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.3 การใช้ยา

ในที่นี้ศึกษาเฉพาะยาเบาหวานที่ใช้รับประทาน ซึ่งมีอยู่ 2 กลุ่ม คือกลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylureas) และกลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanide) ภายหลังควบคุมอาหารเบาหวานและออกกำลังกายแล้วไม่ได้ผล จึงใช้ยาช่วยควบคู่กับวิธีการควบคุมดังกล่าว

1.3.1 ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย ยากลุ่มนี้มีหลายชนิดซึ่งจะออกฤทธิ์โดยกระตุ้นเบต้าเซลล์ให้หลั่งอินซูลินออกมาเพิ่มขึ้น และช่วยให้อินซูลินออกฤทธิ์ดีขึ้น ช่วยลดการรวมตัวของเกร็ดเลือดด้วย จะพบระดับของยาในกระแสเลือดหลังรับประทาน 1 ชั่วโมง จึงให้รับประทานก่อนอาหาร เพราะถ้ารับประทานพร้อมหรือหลังอาหารการดูดซึมของยาจะลดลง แต่อาหารจะมีผลต่อการดูดซึมของ glibenclamide น้อยกว่ายาตัวอื่น (ธวัชชัย, 2535 : 37) และพิจารณาเวลาการออกฤทธิ์ของยาต่างกันไปตามชนิดของยา ดังตาราง 1 และไม่ควรใช้ยาในกลุ่มนี้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ผู้ที่ถูกตัดตับอ่อนออกหมด มีโรคแทรกซ้อนของเบาหวานชนิดเฉียบพลัน มีการติดเชื้อรุนแรง ผ่าตัดใหญ่ ในภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน มีโรคตับหรือไต โรคหัวใจวาย ตั้งครรภ์ และผู้ที่แพ้ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ นอกจากนี้การใช้ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียร่วมกับยาอื่น ๆ อาจเกิดการต้านฤทธิ์หรือเสริมฤทธิ์ได้ ดังตาราง 2

ตาราง 1 ลักษณะของยาในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย

ชื่อยา (ชื่อการค้า)	ขนาดของยา มิลลิกรัม/เม็ด	ระยะเวลาออก ฤทธิ์(ชม.)	ขนาดเริ่มต้น (มิลลิกรัม)	ขนาดสูงสุด (มก./วัน)	วันละ (ครั้ง)
1)กลุ่มที่สังเคราะห์ขึ้นใช้ในระยะต้น					
Acetohexamide (Dimelor)	500	12-18	250-500	1,500	1-2
Tolbutamide (Artosin; Rastinon)	500	6-12	500	3,000	2-3
Chlorpropamide (Chlorprosil; Diamel; Diabinese; Glycemin; Meldian)	100,250	36-60	50-250	500	1
Tolazimide (Tolinase)	100	12-14	100-500	2,000	1-2
2)กลุ่มที่สังเคราะห์ขึ้นในระยะต่อมา					
Glibenclamide (Daonil; Debitan; Diabelet; Diabenol; Euglucon; Gilemal; Gilemid; Glibesyn; Semi-Euglucon)	5	16-24	2.5-5.0	20	1-2
Glibomuride (Glutril)	25	-24	12.5-25	100	1-2
Gliclazide (Diamicron)	80	-24	40-80	320	1-2
Glipizide (Minidiab)	5	12-24	2.5-5.0	40	1-3

ที่มา : ธวัชชัย, 2535 : 40

ตาราง 2 ปฏิกริยาของยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่น ๆ

เกิดด้านฤทธิ์ยาทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง	เกิดเสริมฤทธิ์ยาทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
Barbiturates; Calcium channel blockers; Diazoxide; Diuretics : Thiazide; Furosemide; Estrogens; Glucocorticoids; Isoniazid; Nicotinic acid; Phenothiazines; Phenytoin; Rifampicin; Sympathomimetics ; Thyroid hormones	Alcohol Allopurinol; Aabolic steroids; Aspirin; Chloramphenicol; Cimetidine; Clofibrates; Dicumarol; Monamine oxidase inhibitors; NSAID; Probenecid Phenylbutazole; Propranolol; Salicylates; Sulfonamides; Tricyclic antidepressants

ที่มา : Ignatavicius, et al., 1995 : 1878

1.3.2 ยากลุ่มไบกัวไนด์ เช่น เมทฟอร์มิน (Metformin) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดซึมของกลูโคสและกรดอะมิโนจากลำไส้เล็ก ขัดขวางการสร้างกลูโคสจากตับและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำให้กลูโคสเข้าสู่เนื้อเยื่อได้มากขึ้น และทำให้เบื่ออาหาร ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงของยา ยานี้อาจใช้ร่วมกับอินซูลินหรือยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียได้ ออกฤทธิ์ได้นานถึง 8-12 ชั่วโมง ยานี้ อาจทำให้เกิดการกั่งของกรดแลคติกได้ จึงไม่ควรใช้ในผู้ที่มีความผิดปกติที่ตับไต หรือปอดเรื้อรัง ข้อควรระวังมีดโลหิตขาว โรคพิษสุราเรื้อรัง นอกจากนี้ทำให้มีการขาดสารอาหารได้โดยเฉพาะวิตามินบี 12 เมื่อใช้นาน ๆ มีอาการข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียได้ จึงให้รับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร (สุขสวัสดิ์, 2532 : 243; วัลลา และอดิศัย, 2534 : 261) ขนาดที่ใช้ 500 mg - 3.0 gm ต่อวัน

ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินยังคงมีอยู่ จากการศึกษาศักดิ์ (2536 : 34) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ยาตามความเคยชิน โดยจดจำวิธีใช้ ร้อยละ 85.4 ลืมรับประทานยาเป็นประจำร้อยละ 46.8 มีการเปลี่ยนแปลงขนาดยาด้วยตนเอง ร้อยละ 11.1 ใช้สมุนไพรร่วมกับยาเบาหวานร้อยละ 37.4 และระยะเวลาป่วยนานจะทำให้การใช้ยาตามคำสั่งลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของอาหารและคณะ (2536 : 232) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาจากโรงพยาบาล ร้อยละ 52 ซึ่งส่วนใหญ่ได้สูตรตำรับมาจากการแนะนำของญาติเพื่อนบ้าน และผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด

โดยสรุปสิ่งที่สำคัญที่สุดในการใช้ยา คือ อุณหภูมิ อุณหภูมิ ความดันโลหิต ไม่ลดและเพิ่มขนาดยาเอง และใช้ยาสม่ำเสมอ

1.4 การจัดการกับความเครียด

ความเครียดทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เพราะเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งเร้าเป็นความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นให้ระบบประสาทส่วนกลางในส่วนซิมพาเทติก (Sympathetic) หลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน และกระตุ้นต่อมไฮโปทาลามัส ให้หลั่งฮอร์โมนอะดรีนัลคอร์ติคัลคอร์ติซอลไปกระตุ้นต่อมหมวกไตและตับอ่อนให้หลั่งแกลูคากอน คอร์ติซอล กลูโคคอร์ติคอยด์ กลูคาγον เป็นต้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะไปสลายไกลโคเจนออกมาเป็นกลูโคสด้วยกระบวนการไกลโคไลซิส (Glycogenolysis) ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ความเครียดเกิดขึ้นได้ทั้งจากด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การติดเชื้อ การตั้งครรภ์ การได้รับบาดเจ็บ การตกใจกลัวมากๆ หรือยิ่งเครียดยิ่งกินจุ ความเครียดนอกจากจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ยังทำให้เกิดภาวะกรดจากสารคีโตนได้ง่าย (Giacca, et al., 1991 : 243-248) ดังนั้นความเครียดจึงไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยเบาหวาน ควรจะมีวิธีการจัดการกับความเครียดโดยใช้วิธีการผ่อนคลาย เช่น การทำใจให้สบาย มีอารมณ์ขัน มีศีลธรรม หรือใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ จะสามารถช่วยลดความเครียดได้ เพราะยิ่งเครียดยิ่งต้องการรักษาเบาหวานเพิ่มขึ้น (วไล, 2534) จากการศึกษาของแมกการดี ไบรลีย์ และกู๊ด (McGrady, Bailey and Good, 1991 : 360) พบว่าการใช้การผ่อนคลาย (Relaxation) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

2. การประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ในการประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำได้ 3 วิธีคือ การวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า การวัดระดับฟรุคโตซามีน (Fructosamine) และการวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ในที่นี้ขอกล่าวเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และการวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

2.1 การวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (Fasting blood sugar) การวัดวิธีนี้ตรวจได้จากเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ หรือเจาะจากหลอดเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว ซึ่งการวัดผลทั้ง 2 วิธีนี้มีความแม่นยำใกล้เคียงกัน ก่อนตรวจผู้ป่วยต้องอดอาหารอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง และงดรับประทานยาลดน้ำตาลหรือยาฉีดอินซูลินก่อนตรวจเลือด แต่สามารถดื่มน้ำเปล่าได้ (Corbett, 1987 : 177) ในวัยผู้ใหญ่มีค่าปกติจากซีรัม 70-110 mg/dl และจากเลือดทั้งหมด

(Whole blood) มีค่าปกติ 60-100 mg/dl (Beare & Myers, 1994 : 1652; Corbett, 1987 : 178) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินไม่จำเป็นต้องเจาะทุกวันอาจตรวจ 4-6 สัปดาห์ต่อครั้งก็ได้ตามความเหมาะสม (สุนทร และวลัย, 2535 : 40)

ข้อดีของวิธีนี้คือ ราคาถูก และค่าที่ได้แสดงระดับน้ำตาลปัจจุบัน

ข้อเสียคือ ระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นลงเร็วมากตามชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน และสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าให้ลงมาสู่ระดับปกติได้โดยระวังการรับประทานอาหารก่อนมาตรวจเลือดด้วยวิธีนี้เพียง 2 หรือ 3 วัน (เทพ, 2530 : 21)

ดังนั้นการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้า จึงเป็นดัชนีที่บ่งชี้การวัดระดับน้ำตาลในเลือดหรือภาวะของเบาหวานในขณะที่เจาะเลือดเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงการควบคุมโรคเบาหวานในระยะที่ผ่านมาเป็นอาทิตย์หรือเดือนได้

2.2 การวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c})

ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c} หรือ Glycosylated hemoglobin) หมายถึง ฮีโมโกลบินซึ่งเป็นสารสีแดงของเม็ดเลือดแดงที่มีน้ำตาลกลูโคสเกาะที่ส่วนปลายของเบต้า (β-chain) ของฮีโมโกลบินเอ (เทพ, 2530 : 25) ซึ่งปฏิกิริยาระหว่างฮีโมโกลบินเอ (HbA) กับกลูโคส (Glucose) ไม่ต้องใช้อินซูลินดังนั้นความเร็วของปฏิกิริยาจึงเป็นสัดส่วนโดยตรงกับความเข้มข้นของน้ำตาลในเลือดและปริมาณของ HbA จะถูกเปลี่ยนเป็น HbA_{1c} แล้วจะเป็น HbA_{1c} ไปจนตลอดอายุของเม็ดเลือดแดงคือ 120 วัน ดังนั้นระดับ HbA_{1c} จึงเป็นดัชนีที่ดีในการวัดผลการควบคุมโรคเบาหวาน โดยสะท้อนให้เห็นระดับน้ำตาลในเลือดขณะที่เจาะเลือดออกมาตรวจและค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดในเวลา 4-8 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เทพ, 2530 : 26; Weir & O'hare, 1990 : 1096) หรือ 4-6 สัปดาห์ย้อนหลัง (สุนทร และวลัย, 2535 : 41) หรือ 6-8 สัปดาห์ย้อนหลัง (Cooppan, 1994 : 400) หรือ 8-12 สัปดาห์ย้อนหลัง (สุนิตย์, 2536 : 98; Beare & Myers, 1994 : 1652)

ข้อดีของ HbA_{1c} คือ ระดับ HbA_{1c} ไม่ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ และสามารถเจาะเลือดหาระดับ HbA_{1c} ได้ตลอดเวลาไม่ต้องงดอาหารเพราะไม่ถูกรบกวนโดยความเครียด การออกกำลังกาย หรือการรับประทานอาหารก่อนเจาะเลือด

ข้อเสียคือ ราคาแพง

ปัจจัยที่ทำให้ระดับ HbA_{1c} เปลี่ยนแปลงทำให้แปลผลผิดพลาดได้ มีดังนี้ (สุนิตย์,

2536 : 99)

1. ปัจจัยที่ทำให้ระดับ HbA_{1c} มีค่าสูงขึ้น คือ ได้รับยาแอสไพรินในขนาดที่สูง ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น โลหิตจางจากการขาดเหล็ก ยาที่มีส่วนผสมของฝิ่น การดื่มสุรา พืชจากตะกั่ว ภาวะยูรีเมีย ต่อมาม้าม และฮีโมโกลบินเอฟ

2. ปัจจัยทำให้ระดับ HbA_{1c} มีค่าต่ำลงคือ ฮีโมโกลบินเอส ฮีโมโกลบินดี ฮีโมโกลบินซี สูญเสียเลือด ภาวะซีดจากเม็ดเลือดถูกทำลาย ภาวะซีดรุนแรง และไตวายเรื้อรัง

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ HbA_{1c} เป็นดัชนีที่วัดระดับน้ำตาลในเลือด เพราะว่าเป็นการสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมควบคุมตนเองและค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดในเวลา 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยอมรับมากที่สุด) การส่งตรวจหาระดับ HbA_{1c} ในงานวิจัยครั้งนี้ ส่งตรวจที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งมีเครื่องออโตเมติก ไมโครพลาติเคิล เอนไซม์อิมโมโนเอสเซย์ (Automatic Micro-particle Enzyme Immunoassay) ใช้ในการแยก HbA_{1c} ออกจากสารฮีโมโกลบินชนิดอื่นๆและใช้ค่าปกติของระดับ HbA_{1c} เท่ากับร้อยละ 4.4-6.4 ปริมาณเลือดที่ใช้ในการตรวจ 1 ซีซี. บริการตรวจทุกวัน ค่าบริการ 120 บาทต่อครั้ง และมีค่าความเที่ยงของการตรวจด้วยวิธีเอนไซม์ อิมโมโนเอสเซย์นี้ร้อยละ 98

3. น้ำหนักตัวและดัชนีความหนาของร่างกาย

3.1 น้ำหนักตัว (Body weight) เป็นดัชนีที่บ่งชี้ภาวะโภชนาการ ควรได้รับการบันทึก และชั่งน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ ถ้าเป็นไปได้ควรชั่งน้ำหนักในเวลาเดียวกันปรับเครื่องชั่งให้ เข็มชี้ที่เลขศูนย์ก่อนทำการชั่งทุกครั้ง ชนิดของเสื้อผ้าเหมือนกัน ภายหลังถ่ายปัสสาวะและ อุจจาระไม่สวมรองเท้าหรือถือสิ่งของใด และเครื่องชั่งน้ำหนักตัวเดิม (McIntyre, 1994 : 165; Torrance & Gobbi, 1994:665) ในภาวะปกติ น้ำหนักตัวแต่ละวันจะมีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มหรือลด 0.5 กิโลกรัม (สวนิต, 2538 : 216) นอกจากนี้การแปลผลของน้ำหนักตัวจะ สัมพันธ์กับส่วนสูง ขนาดโครงสร้างของร่างกายและอายุ (Bergstrom, 1988 : 245) ผู้ป่วย เบาหวานทุกคนควรมีน้ำหนักตัวที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่ง- อินซูลินส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวมาก ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดภาวะคืออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้ยากต่อการรักษาควบคุมน้ำตาลให้ปกติผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยบ่งชี้ถึงการ ขาดสารอาหารที่สำคัญคือโปรตีน ซึ่งอาจสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี นอก-

จากนี้ การติดตามน้ำหนักตัวผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับการตรวจจะบ่งชี้พฤติกรรมและการควบคุมเบาหวานได้ เช่นในผู้ป่วยที่น้ำหนักลดลงแต่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 200 มก./ดล. เป็นการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยควบคุมเบาหวานไม่ได้ เพราะมีการสลายและสูญเสียส่วนของไขมันและโปรตีนของร่างกายน้ำหนักจึงลดลง ถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวคงที่หรือเพิ่มขึ้น แต่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มักเกิดจากผู้ป่วยไม่ควบคุมอาหารคือรับประทานมากเกินไป (วรฤดี, 2535)

3.2 ดัชนีความหนาของร่างกาย (Body mass index) เป็นการประเมินความเหมาะสมของน้ำหนักตัวในผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เพราะดัชนีความหนาของร่างกายมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในร่างกายและบ่งบอกถึงอันตรายต่อสุขภาพได้ ซึ่งคำนวณได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (ภาคผนวก ง.) ($BMI = \text{Body Weight (kg)} / \text{Height (m)}^2$) ค่าปกติจะอยู่ระหว่าง 20-24.9 กก./ม.² (วิชัย, 2538 : 17; Torrance & Gobbi, 1994 : 665) นอกจากนี้ระดับของความอ้วนแบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ อ้วนระดับที่ 1 มีดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ระหว่าง 25-29.9 กก./ม.² อ้วนระดับที่ 2 มีดัชนีความหนาของร่างกาย 30-39.9 กก./ม.² และอ้วนระดับที่ 3 มีดัชนีความหนาของร่างกาย ตั้งแต่ 40 กก./ม.² ขึ้นไปเป็นต้น (Bender & Brookes, 1987, cited by James, 1988 : 55-68) ซึ่งความอ้วนในระดับที่ 1 และ 2 ให้การรักษาด้วยการควบคุมอาหารให้มีแคลอรีต่ำมาก (Very low calory diet) และการปรับพฤติกรรม (Behavior modification) ส่วนความอ้วนในระดับที่ 3 ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด (Stunkard, 1984 : 157-173) จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงวัยผู้ใหญ่เป็นโรคอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 90.5 โรคอ้วนระดับที่ 2 ร้อยละ 9 และโรคอ้วนระดับที่ 3 ร้อยละ 0.5 และเมื่อได้รับการรักษาด้วยการควบคุมอาหารให้ 1,200-1,500 แคลอรี ต่อวัน ร่วมกับการปรับพฤติกรรมสามารถลดน้ำหนักได้ 1.5-2.3 กก.ต่อสัปดาห์ และเมื่อติดตามอีก 1 ปี ก็ยังสามารถควบคุมน้ำหนักได้ถึงร้อยละ 99 (Stunkard, 1984)

4. การส่งเสริมการดูแลตนเอง

4.1 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีจุดเน้นของการพยาบาล คือ ความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง หรือมีความพร้อมในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ มีเป้าหมายของการพยาบาล คือ เพื่อช่วยบุคคลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดให้ถึงระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ

การฟื้นฟูจากความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บและการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ทฤษฎีการพยาบาลประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) และ 6 มโนทัศน์คือ การดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาล และความสามารถทางการพยาบาล ในที่นี้ขอกล่าวเฉพาะระบบการพยาบาลและความสามารถทางการพยาบาล

โอเร็ม (Orem, 1991 : 62-63) กล่าวว่าระบบการพยาบาลคือ ผลที่ได้มาจากการปฏิบัติของพยาบาลและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามสภาวะของผู้ป่วยในเวลานั้นระบบพยาบาลเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ระบบการพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มาจาก 1) พยาบาลรับรู้ความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2) พยาบาลมองเห็นขั้นตอนในการพัฒนาผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาลและการใช้ความสามารถทางการพยาบาล 3) การปฏิบัติการพยาบาลที่จงใจพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

นอกจากนี้ได้แบ่งระบบพยาบาลตามข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative system) ในที่นี้ขอกล่าวเฉพาะระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Orem, Taylor & Renpenning, 1995 : 310-311) ใช้เมื่อผู้ป่วยขาดความรู้หรือทักษะหรือไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากต้องใช้เทคนิคที่ซับซ้อนหรือไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองได้ ซึ่งระบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ ควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเองและมีความรู้ และทักษะที่ถูกต้อง โดยมีวิธีให้การช่วยเหลือ 4 วิธี คือการสนับสนุน (Support) การชี้แนะ (Guidance) การจัดเตรียมและพัฒนาสิ่งแวดล้อม (Provision of a developmental environment) และการสอน (Teaching) (รายละเอียดอยู่ในกลวิธีส่งเสริมหน้า 25) การช่วยเหลือในขั้นที่ 1 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ แต่ต้องการการชี้แนะและสนับสนุน ขั้นที่ 2 ผู้ป่วยต้องการการสอน ขั้นที่ 3 จัดเตรียมความพร้อมของสิ่งแวดล้อมหรืออุปกรณ์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติการดูแลตนเองได้ ขั้นที่ 4 เมื่อมีเหตุการณ์หรือ สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยสามารถปรับการดูแลตนเองได้แต่ต้องการการชี้แนะ ซึ่งพยาบาลต้องอยู่ในบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาเบื้องต้น (Primary Consultant)

โอเร็ม (Orem, 1991 : 254-255) กล่าวว่า ความสามารถทางการพยาบาลคือ ความซับซ้อนในคุณภาพของพยาบาลที่ได้มาจากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง โดย 1) พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นและคงไว้อย่างต่อเนื่องเพื่อสนองตอบเป้าหมายของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 2) ตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเปลี่ยนแปลงตามความต้องการการดูแลตนเองบางส่วนก่อน 3) ประเมินระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงเป้าหมายและความต้องการการดูแลตนเอง 4) ออกแบบและให้การช่วยเหลือการจัดระบบการดูแลตนเองตามความสามารถในการดูแลตนเอง 5) ออกแบบและจัดระบบการเตรียมผู้ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า เมื่อนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มไปใช้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองแล้วสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ เช่น การศึกษาของจาระเพ็ญ (2532 : ก) พบว่าระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัม และคณะ (Lum, et al., อ้างตามนิตยา, 2534) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นและมีความวิตกกังวลลดลงถ้าได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

โดยสรุปทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มสามารถช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยเน้นที่การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ทั้งนี้พยาบาลจะต้องประเมินความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและเลือกวิธีการช่วยเหลือให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีนี้มาใช้ในการพัฒนาความสามารถการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมายที่ตั้งร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในแต่ละราย

4.2 กลวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเอง

กอบกุล (2534 : 34 - 35) ได้เสนอแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับบุคคล ดังนี้คือ

1. เปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยให้มีการรับรู้ว่าการเจ็บ-

ป่วยเป็นกระบวนการของการเกิดภาวะไม่สมดุลในชีวิตของเขาตามธรรมชาติและตัวเขามีอำนาจในการจัดกระทำให้ตนเองมีสุขภาพดีได้

2. ให้การศึกษาในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพขั้นมูลฐานเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย

3. เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับต่าง ๆ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

4. สร้างความมั่นใจและความหวังให้เกิดขึ้น โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบเป็นใหญ่ เพื่อตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของปัจเจกบุคคล

5. มีหน่วยให้คำปรึกษาบริการในระบบการสาธารณสุข โดยบุคลากรทางการแพทย์จะต้องเน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อผดุงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของแต่ละบุคคล

วิชัย (2536) ได้ใช้กลวิธีในการปรับพฤติกรรม (Behavior modification) ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีความตั้งใจและมีความพร้อมที่จะปรับพฤติกรรม คือ 1) ค้นหาสิ่งเร้าของพฤติกรรมร่วมกัน 2) แบ่งพฤติกรรมที่สร้างขึ้นใหม่เป็นขั้นตอนย่อย ๆ (Breaking behaviors into small steps) 3) ให้การเสริมแรงในพฤติกรรมใหม่

อีเกอร์ สปาร์ค และลอว์สัน (Egger, Spark & Lawson, 1990 : 31-54) ได้เสนอกลวิธีที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและกลุ่มคน ดังนี้ ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลใช้วิธีการให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการให้คำปรึกษาหรือใช้สื่อวีดีโอ ใช้เอกสารแผ่นพับ หรือบรรยายและการฝึกปฏิบัติในทักษะที่จำเป็น ในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มคนมี 2 วิธีการ คือ การสนทนากลุ่ม ดังเช่น การบรรยายหรือการถกเถียง การสัมมนา การประชุมกลุ่ม และอีกวิธีหนึ่งคือสร้างประสบการณ์กลุ่ม เช่น การฝึกอบรม (Training) การปรับพฤติกรรม (Behavior modification) ความไวในการรับรู้หรือสัมผัส (Sensitivity) การเรียนรู้โดยการซักถาม (Inquiry learning) การอภิปรายแบบกลุ่มชี้แนะ (Peer group discussion) การจำลองประสบการณ์ชีวิตจริง (Simulation) การร่วมบทบาท (Role play) และการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group)

โอเร็ม (Orem, et al., 1995 : 14-20) ได้เสนอวิธีการช่วยเหลือในระบบการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ การชี้แนะ การสนับสนุน การจัดสิ่งแวดล้อม และการสอน

1. การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ที่สามารถเลือกการกระทำได้ และติดตามการกระทำได้โดยการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน ซึ่งการชี้แนะเป็นแรงจูงใจให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ การชี้แนะมักใช้ร่วมกับการสนับสนุน

2. การสนับสนุน มีทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ เป็นวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ในสภาวะการณ์ต่างๆ แม้จะเจ็บปวดหรือเครียด การติดต่อระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือและผู้ป่วยอาจจะไม่ใช่คำพูด อาจเป็นการมอง การสัมผัส การสนับสนุนทางร่างกาย คำพูดที่ให้กำลังใจ การแสดงความช่วยเหลือทางกาย เป็นต้น การสนับสนุนทั้งทางร่างกายและอารมณ์ของผู้ให้การช่วยเหลือสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมีแรงจูงใจที่จะริเริ่มหรือตัดสินใจปฏิบัติการดูแลตนเอง การสนับสนุนยังรวมถึงแหล่งของวัตถุสิ่งของที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองและเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาการดูแลตนเองได้

3. การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการช่วยเหลือที่ผู้ให้การช่วยเหลือจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นแรงจูงใจในการสร้างเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมนี้รวมทั้งด้านจิตสังคมและทางกายด้วย การพัฒนาที่เกิดขึ้นรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและค่านิยม การใช้ความสามารถสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ (Self-concept) และการพัฒนาทางด้านร่างกาย ผู้ให้การช่วยเหลือต้องจัดให้มีการปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารกับตนเองและผู้อื่น เพื่อได้รับการชี้แนะ สนับสนุนหรือใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ การช่วยเหลือวิธีนี้มักใช้ร่วมกับการสอนและวิธีอื่นๆ

4. การสอน เป็นวิธีการช่วยเหลือทางตรงต่อผู้ที่ต้องการพัฒนาความรู้ หรือทักษะ บางประการเป็นวิธีที่ใช้กับผู้ที่ต้องการที่จะรู้ นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงการเรียนรู้ที่ได้มาจากการประสบการณ์ด้วย การสอนไม่จำเป็นต้องอยู่ในชั้นเรียน การเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองต้องพิจารณาที่เวลาและการมีสัมพันธภาพเมื่อผ่านไประยะหนึ่ง การสอนแบบกลุ่ม (Group teaching) อาจจะมีประสิทธิภาพต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยรายบุคคลให้ปฏิบัติการดูแลตนเอง การสอนผู้ใหญ่และเด็กมีความแตกต่างกัน การสอนผู้ใหญ่จะต้องพัฒนาตามอายุ ระดับการศึกษาและประสบการณ์ นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงความเป็นผู้ใหญ่ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยด้วย

หลักในการสอนผู้ป่วยผู้ใหญ่ (สมจิต, 2536 : 45-47) มีดังนี้ สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ สอนในเนื้อหาที่เสริมความรู้เดิม ให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ

และมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน ประเมินการเรียนรู้โดยการไต่ถามผู้ป่วยและการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ปรับเนื้อหาและวิธีการสอนให้เหมาะสมกับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน จัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวนในขณะที่สอน สร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง โดยให้ผู้ป่วยมีอำนาจการตัดสินใจการดำเนินชีวิตของตนเอง

จากการศึกษาของน้ำทิพย์ (2536 : 3) พบว่าแนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมี 9 วิธี คือ 1) การช่วยอำนวยความสะดวก 2) การทำแทนให้ในบางส่วน 3) สอนวิธีการเคลื่อนไหวในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด 4) การสร้างความหวัง 5) การสร้างแรงจูงใจ 6) การช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักใช้วิธีเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม 7) การช่วยเหลือจากญาติ 8) การจัดอุปกรณ์ที่จำเป็นให้เพียงพอ และ 9) จัดระบบบริการที่สนับสนุนการดูแลตนเอง การศึกษาของภาวนา (2537 : 117) พบว่าใช้รูปแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือทั้งหมด 11 วิธีคือ

1) ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน 3) ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4) ให้กำลังใจ 5) สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด 6) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย 7) ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง 8) ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุนการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย 9) สอนและฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย 10) ประสานงานและเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และ 11) ช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย การศึกษาของสุภาณี (2536 : ข) พบว่ารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งของระบบโลหิตเพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจนั้นเป็นรูปแบบการปรับชดเชย (Compensatory model) ซึ่งมีวิธี การช่วยเหลือ 11 วิธี ดังนี้ 1) ลดภาวะไม่สุขสบาย 2) เตรียมผู้ป่วยเพื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา 3) ช่วยแปลความหมายของความเจ็บป่วยและช่วยแก้ความเข้าใจผิด 4) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพความเจ็บป่วย 5) อยู่กับผู้ป่วยและรับฟัง 6) ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ มาใช้ 7) ช่วยเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการเจรจาต่อรอง 8) ให้คำปรึกษา 9) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา 10) ช่วยเหลือผู้ป่วยในการขจัดความเครียด และ 11) สอนและชี้แนะ การศึกษาของสโมเลนสกี (Smolenski, 1988) พบว่าสาเหตุที่ช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรมสุขภาพมาจากความภาคภูมิใจ ภาพลักษณ์ของตนเอง

และการสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิด และพบว่ามีความแตกต่างมากมายในสาเหตุของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล การศึกษาของปาหนัน (อ้างตาม จารุวรรณ และคณะ, 2536) พบว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทำได้ง่ายกว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมในบุคคล และบุคคลสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้เมื่อมีความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ และคณะ (2536) พบว่าภายหลังเข้ารับบริการภายในศูนย์ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

โดยสรุปการส่งเสริมการดูแลตนเองนั้นต้องพิจารณาถึงความตั้งใจและเป้าหมายของการดูแลตนเอง ตลอดจนความร่วมมือระหว่างผู้ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผู้ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อจากนั้นใช้กลวิธีการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดและทัศนคติในการดูแลตนเอง การฝึกทักษะ การแสดงบทบาทจริง การเปิดเผยความรู้สึก การชี้แนะ การแบ่งพฤติกรรมที่สร้างใหม่เป็นขั้นย่อยๆ ง่ายๆ การสนับสนุนเพื่อให้เกิดความหวังและความมั่นใจในการปฏิบัติ และการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มี 3 ระดับ (Holter & Schwartz-Barcott, 1993 : 289-304) คือ 1) การลงมือปฏิบัติร่วมกันในระดับเทคนิค (Technical collaborative approach) การวิจัยระดับนี้ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายที่จะทดสอบเทคนิคที่ประยุกต์ขึ้นว่าใช้ได้จริงหรือไม่ แล้วกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติสนใจและตกลงที่จะปฏิบัติตามเทคนิคนี้ 2) การลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaboration approach) การวิจัยนี้ผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติร่วมกัน ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและลงมือปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน โดยผู้ปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติด้วยตนเอง 3) การส่งเสริมความสามารถของผู้ปฏิบัติ (Enhancement approach) การวิจัยระดับนี้ผู้วิจัยมีหน้าที่ตั้งคำถามและชี้แนะให้ผู้ปฏิบัติเผชิญปัญหาวิเคราะห์ปัญหาและแก้ปัญหาจนได้ข้อสรุปด้วยตนเอง

เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพราะเป็นการวิจัยในปรากฏการณ์ธรรมชาติ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยตลอดวงจรการวิจัยซึ่งคาดว่าเป็นการวิจัยที่สามารถพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง และพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้วิจัยในการนำทฤษฎีหรือแนวคิดประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการศึกษาเรื่องการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกัน คือผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันค้นหาปัญหา แล้วนำมาวางแผนแก้ปัญหา ลงมือปฏิบัติและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยคือ พัฒนาการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และมีตัวชี้วัดการดูแลตนเองคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี น้ำหนักตัวและดัชนีความหนาของร่างกาย โดยจะนำเสนอวิธีการวิจัยตามลำดับดังนี้ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือในการวิจัย สถานที่ศึกษาและพฤติกรรมการณ์ของคนผู้เกิดการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 13 ราย ซึ่งได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
2. มีดัชนีความหนาของร่างกายมากกว่าปกติ หรืออ้วน
3. มีอายุระหว่าง 40-60 ปี
4. ไม่อยู่ระหว่างการใช้อินซูลินในการรักษาและควบคุมโรค
5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเสื่อม หรือหัวใจล้มเหลว หรือควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้
6. มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้ามากกว่า 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกันไม่เกิน 3 เดือน ในประวัติผู้ป่วย
7. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
8. สามารถติดตามไปที่บ้านของผู้ป่วยได้

เครื่องมือในการวิจัย

ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ นักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีเครื่องมือช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือในการให้ความรู้ ดังนี้คือ

1. เทปบันทึกเสียง 1 เครื่อง และตลับเทป สำหรับบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์
2. กล้องถ่ายรูป 1 เครื่อง และฟิล์มสำหรับบันทึกภาพกิจกรรมต่าง ๆ
3. เครื่องชั่งน้ำหนักที่มีมาตรวัด 1 กิโลกรัม และเครื่องชั่งน้ำหนักตัว ยกเคลื่อนย้ายได้ และผ่านการรับรองมาตรฐานจากกระทรวงพาณิชย์
4. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน บทบาทในครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นโรค

ส่วนสูง น้ำหนัก ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) และแผนที่บ้าน (ภาคผนวก จ.)

ในส่วนของการระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ใช้เกณฑ์ประเมินซึ่งดัดแปลงจากกอบชัย (2536 : 73) สุนทร และวลัย (2535 : 41) และแบร์ต และไมเออร์ (Beare & Myers, 1994 : 1719) ดังตาราง 3 โดยแบ่งระดับการควบคุมเบาหวาน เป็น 4 ระดับ คือ ปกติหรือดีมาก ดี พอใช้ และไม่ดีตามลำดับ

ตาราง 3 ค่าชี้วัดเกี่ยวกับระดับการควบคุมเบาหวาน

ชี้วัด	ระดับการควบคุมเบาหวาน			
	ดีมาก หรือปกติ	ดี	พอใช้	ไม่ดี
FBS (mg%)	70-110	111-140	141-200	>200
HbA _{1c} (%)	4.4-6.4	6.5-8	8.1-10	>10

ที่มา : ดัดแปลงจากกอบชัย (2536 : 73) สุนทรและวลัย (2535 : 41) และ แบร์ตและไมเออร์ (Beare & Myers, 1994 : 1719)

5. แบบบันทึกอาหารประจำวัน เพื่อดูความสมดุลของปริมาณอาหารที่รับประทานเฉลี่ยต่อวัน โดยให้ผู้ป่วยบันทึกตามแบบบันทึกอาหารประจำวัน (ภาคผนวก จ.) ที่ได้พัฒนามาจาก ซูเตอร์ และคราวลีย์ (Suitor & Crowley, 1984) ซึ่งบันทึกเป็นเวลา 3 วัน ติดต่อกันเมื่อเริ่มเข้าโครงการ และผู้วิจัยติดตามไปเก็บที่บ้านผู้ป่วยเมื่อครบกำหนดการบันทึก นำมาคำนวณหาปริมาณพลังงานอาหารที่ได้รับ และเปรียบเทียบกับความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลต่อวัน เพื่อหาปริมาณพลังงานอาหารที่ได้รับจริงพอดี มากกว่าหรือน้อยกว่าปริมาณพลังงานที่ร่างกายควรได้ต่อวัน โดยปริมาณพลังงานสามารถคลาดเคลื่อนได้ 30 แคลอรี แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ประกอบกับการสัมภาษณ์และการสังเกตเรื่องการควบคุมอาหาร

6. แนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณคดี และใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (ภาคผนวก จ.)

7. วีดีโอและแผ่นพับ มีวีดีโอเรื่องอาหารผู้ป่วยเบาหวาน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลรักษาเท้า และเบาหวานกับการออกกำลังกาย และแผ่นพับเรื่องเบาหวานกับการออกกำลังกาย ข้าราชการโรคเบาหวานชนิดกิน อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน (ภาคผนวก จ.) ซึ่งทั้งวีดีโอและแผ่นพับนี้ได้จากโครงการวิจัยเรื่อง การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด (สมจิต และคณะ, 2536) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแผ่นพับเรื่องเบาหวานกับการดูแลและการบริหารเท้าขึ้นเองจากการทบทวนวรรณคดีทั้งวีดีโอและแผ่นพับโดยจะเลือกใช้ตามความต้องการของผู้ป่วย และสื่อความรู้ทั้งหมดนี้ได้ผ่านการทดลองนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่คล้ายกลุ่มตัวอย่างแล้ว พบว่าผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามสื่อได้

สถานที่ศึกษาและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนภูเก็ต

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 400 เตียง ให้บริการแก่ประชาชนในเขตจังหวัดภูเก็ต และจังหวัดใกล้เคียง เช่น พังงา กระบี่ มีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน 562 ราย (ฝ่ายวิชาการ, 2537) ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับบริการได้ที่คลินิกเบาหวานในวันพุธ เวลา 8.30-12.00 น. และห้องตรวจอายุรกรรม ดึกผู้ป่วยนอกทุกวันในเวลาราชการ เมื่อผู้ป่วยมาขึ้นบัตรนัดที่ห้องบัตรไปตรวจเลือดที่ห้องตรวจปฏิบัติการและรอรับผลเลือดเวลาประมาณ 10.00-11.00 น. นำผลเลือด มาให้ที่ตึกผู้ป่วยนอก ได้รับการคัดกรองให้ตรวจกับอายุรแพทย์ที่ตรวจประจำ เข้าพบแพทย์ รับใบสั่งยา และวันนัดครั้งต่อไป รับยาที่ห้องยาชำระเงินและกลับบ้าน การมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งผู้ป่วยใช้เวลาประมาณครึ่งวันปัจจุบันนี้ไม่มีการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยทั้งที่ตึกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกโรคเบาหวาน มีเฉพาะแผ่นโปสเตอร์ติดไว้ให้ผู้ป่วยอ่าน จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่อ่านโปสเตอร์ที่ทางโรงพยาบาลติดไว้จะนั่งคุยกับผู้ป่วยด้วยกันมากกว่า

ในการวิจัยครั้งนี้เลือกทำในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมจังหวัดภูเก็ตโดยส่วนใหญ่ จากการสังเกตพบว่า ประชาชนภูเก็ตที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ไปจนถึงสูงอายุจะมีรูปร่างอ้วน เพราะประชาชนพื้นเมืองส่วนใหญ่มีเชื้อสายจีน ซึ่งมีค่านิยมที่ให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารมาก และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุซึ่งเป็นคนภูเก็ตได้ให้ข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารว่าคนภูเก็ตให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารมากคือ ต้องรับประทานอาหารให้อิ่มและมีคำกล่าวที่ว่า "พื๋อหม ผอมเหม็นสาบ" หมายถึงรับประทานให้อ้วนดีกว่าผอมเพราะ

ผอมแล้วไม่น่าชื่นชม ไม่น่ามอง อาหารท้องถิ่นส่วนใหญ่จะให้พลังงานต่อร่างกายสูง ซึ่งประกอบด้วยเนื้อสัตว์ติดมัน และไขมัน รสของอาหารจะจัดและหวาน เช่น หมูฮอง (หมูสามชั้นหรือเนื้อแดงติดมันปรุงรสด้วยน้ำตาล พริกไทย กระเทียม ซีอิ๊วดำ) หมี่หุ่นะล่าง (หมี่ผัดน้ำมันกระเทียมเจียวกับต้มซี่โครงหมู) เป็นต้น นอกจากนี้มีคำนิยมที่ว่า "ผู้ใดที่อ้วนหรือค่อนข้างเจ้าเนื้อจะบ่งบอกถึงการเป็น ผู้ที่สมบูรณ์ (แข็งแรง) มีอันจะกิน อุภูมิตฐานและมีสง่าราศี" และถ้าผู้ใดรับประทานอาหารไม่ค่อยได้จะถือว่าเป็นเรื่องใหญ่ต้องหาวิธีการต่างๆ ทำให้กินอาหารได้ซึ่งเป็นค่านิยมที่ขัดแย้งกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ประชาชนส่วนใหญ่นับถือการลงเจ้าเข้าทรงของพระจีน ภูเก็ตเป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคใต้ซึ่งโดยทั่วไปคนใต้ส่วนใหญ่จะมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงและรักพวกพ้อง จากการที่ผู้วิจัยเป็นคนภูเก็ตและอาศัยอยู่ในภูเก็ตมีความเห็นว่านิสิตคนภูเก็ตส่วนใหญ่มีนิสัยรักสงบ และรักครอบครัว เพราะในวันหยุดสุดสัปดาห์หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ ส่วนใหญ่จะพาครอบครัวไปเที่ยวตากอากาศชายทะเลและรับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ แสดงให้เห็นถึงการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แต่การรับประทานอาหารนอกบ้านทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้นอาจจะเป็นอุปสรรคในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานได้

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ถือว่าจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นสิ่งที่นักวิจัยต้องคำนึงให้มากที่สุด เพราะการวิจัยเชิงปฏิบัติการต้องเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างใกล้ชิดกับผู้ร่วมวิจัย (ผู้ป่วยเบาหวาน) มาก นักวิจัยต้องทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยต้องเคารพสิทธิมนุษยชน คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย การได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย การปกปิดความลับของผู้ป่วย และความปลอดภัยของผู้ป่วย (Robley, 1995 : 45-46) ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น สิทธิของผู้ป่วยที่จะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ การมีสิทธิที่จะรับรู้หรือตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ของผู้ป่วย การแก้ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จะไม่เปิดเผยชื่อผู้ป่วยต่อสาธารณชนแต่จะใช้นามสมมุติแทน และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะออกจากงานวิจัยในช่วงเวลาใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ถ้าผู้ป่วยยินดีที่จะร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในใบพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (รายละเอียดในภาคผนวก จ.) หรือผู้ป่วยยินยอมด้วยวาจา

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการสิ่งที่สำคัญคือ จรรยา-บรรณของนักวิจัย เพราะนักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล จรรยาบรรณที่ถือปฏิบัติ เช่น พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และมีความซื่อสัตย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยได้แบ่งการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ขั้นตอน คือขั้นเตรียมการ และขั้นดำเนินการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมตัวในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1.1 การเตรียมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการและแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเอง ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากหนังสือ วารสาร และการฟังคำบรรยายจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นที่ศึกษาให้ครอบคลุม

1.1.2 การเตรียมตัวด้านทักษะและเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ศึกษาและฝึกทักษะเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ เทคนิคการสังเกต การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจดบันทึกภาคสนาม จากหนังสือ วารสาร การบรรยาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และฝึกปฏิบัติในสนามจริงภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยทำเป็นโครงการนำร่อง

เทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 วิธี มีรายละเอียดดังนี้

การสัมภาษณ์ (Interview) ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal interview) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) โดยผู้วิจัยจะเตรียมแนวคำถามไว้แล้ว เช่น การเป็นเบาหวานทำให้ชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร และจะใช้คำถามปลายเปิด เช่น อย่างไร ทำไม เพราะอะไร เจาะลึกในคำตอบที่ไม่ชัดเจน จนผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง และไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่ม โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 1 1/2-2 ชั่วโมงต่อครั้ง

การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยกระทำไปพร้อมกับการสัมภาษณ์ โดยสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ท่าทาง ปฏิกริยา สีหน้า น้ำเสียง สิ่งแวดล้อมในบ้าน ชุมชนใกล้เคียงและ

ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เครื่องปรุงอาหาร การเตรียมอาหาร และนิสัยการรับประทานอาหาร เมื่อไปเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่าง

การบันทึกภาคสนาม (Field note) ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยและจดบันทึกในสมุดบันทึกต่อหน้าผู้ป่วย โดยใช้คำย่อและบันทึกเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ บุคคลที่อยู่ในการสัมภาษณ์ ความรู้สึก บันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสนใจและวางแผนที่จะปฏิบัติร่วมกันต่อไป และการบันทึกเฉพาะขณะทำการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการถอดเทป ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูลและด้านวิธีรวบรวมข้อมูล และบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนในแบบบันทึกสถานการณ์ทุกวัน ต่อจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน และเตรียมคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องบันทึกความรู้สึกต่อการทำวิจัย (Personal note) บันทึกระเบียบวิธีการวิจัยและกลวิธีต่างๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติ (Methodological note) และบันทึกทฤษฎี/แนวคิด/องค์ความรู้ที่ใช้ในการอธิบายข้อมูล (Theoretical note)

1.1.3 การเตรียมตัวด้านเวลา ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 8 เดือน

1.2 การเตรียมหนังสือรับรองจากสถาบัน ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากคณะคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต เพื่อเป็นการแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกเข้าวงจรการวิจัยครั้งละ 3-4 คน และดำเนินการคัดเลือกครั้งต่อไปอีก 3 สัปดาห์ จนครบ 13 คน ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเมื่อได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยยินดีเข้าร่วมการวิจัยทุกราย นอกจากนี้มีผู้ป่วยขอเข้าร่วมในโครงการแต่ผู้วิจัยปฏิเสธเนื่องจากไม่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เดิมผู้วิจัยได้วางแผนศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน 10 คน ในการศึกษาจริงคัดเลือกผู้ป่วยไว้ 13 คน และสามารถติดตามได้ทั้งหมด จึงเสนอผลการวิจัยทั้งสิ้น 13 คน

2.2 การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยทั่วไป ระยะที่ 2 วางแผนรูปแบบการดูแลตนเอง ระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแลตนเองไปปฏิบัติ โดยศึกษาตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งในแต่ละวงจรประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ วางแผนปฏิบัติและสังเกต สะท้อนการปฏิบัติ และ

ปรับปรุงแผน ในการดำเนินการวิจัยจะศึกษาผู้ป่วยครั้งละ 3-4 คน และทำการพัฒนาศักยภาพตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการไปเรื่อยๆประมาณ 5-6 เดือนต่อคน ทั้งหมด 13 คน ซึ่งใช้เวลาศึกษารวมทั้งสิ้น 8 เดือน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยสามารถสร้างข้อสรุปจากการพัฒนาการดูแลตนเองตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้เป็น 3 วงจร ดังนี้คือวงจรที่ 1 : เข้าใจสถานการณ์ วงจรที่ 2 : ปรับเปลี่ยนการดูแลตนเอง วงจรที่ 3 : ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในการวิจัยนี้ได้ศึกษาและพัฒนาการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย แต่การวิจัยนี้จะนำเสนอเฉพาะการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 5-6 เดือนต่อผู้ป่วย 1 คน เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้ในช่วงหนึ่ง และเป็นระยะเวลาที่จะเจาะ HbA_{1c} ได้ครบ 3 ครั้ง จึงถือว่าการสิ้นสุดการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 วงจรที่ 1 : เข้าใจสถานการณ์ (ใช้เวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์ การติดตามครั้งที่ 1-3)
ดังภาพประกอบ 2

2.2.1.1 การวางแผน

ผู้ป่วยทั้ง 13 คน คือ สิทธิ แดง คอเลาะห์ ชิม อี้ ใจ ศักดิ์ สาว แซ่ หมวย นิด กิม และเสริฐ (นามสมมติ) ได้รับการคัดเลือกเข้าวงจรการวิจัยครั้งละ 3-4 คน ผู้วิจัยและผู้ป่วยได้ร่วมกันศึกษาปรากฏการณ์การดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง ตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดตามที่ผู้ป่วยต้องการ และกำหนดรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองชั่วคราวเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง

รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองชั่วคราว ประกอบด้วย

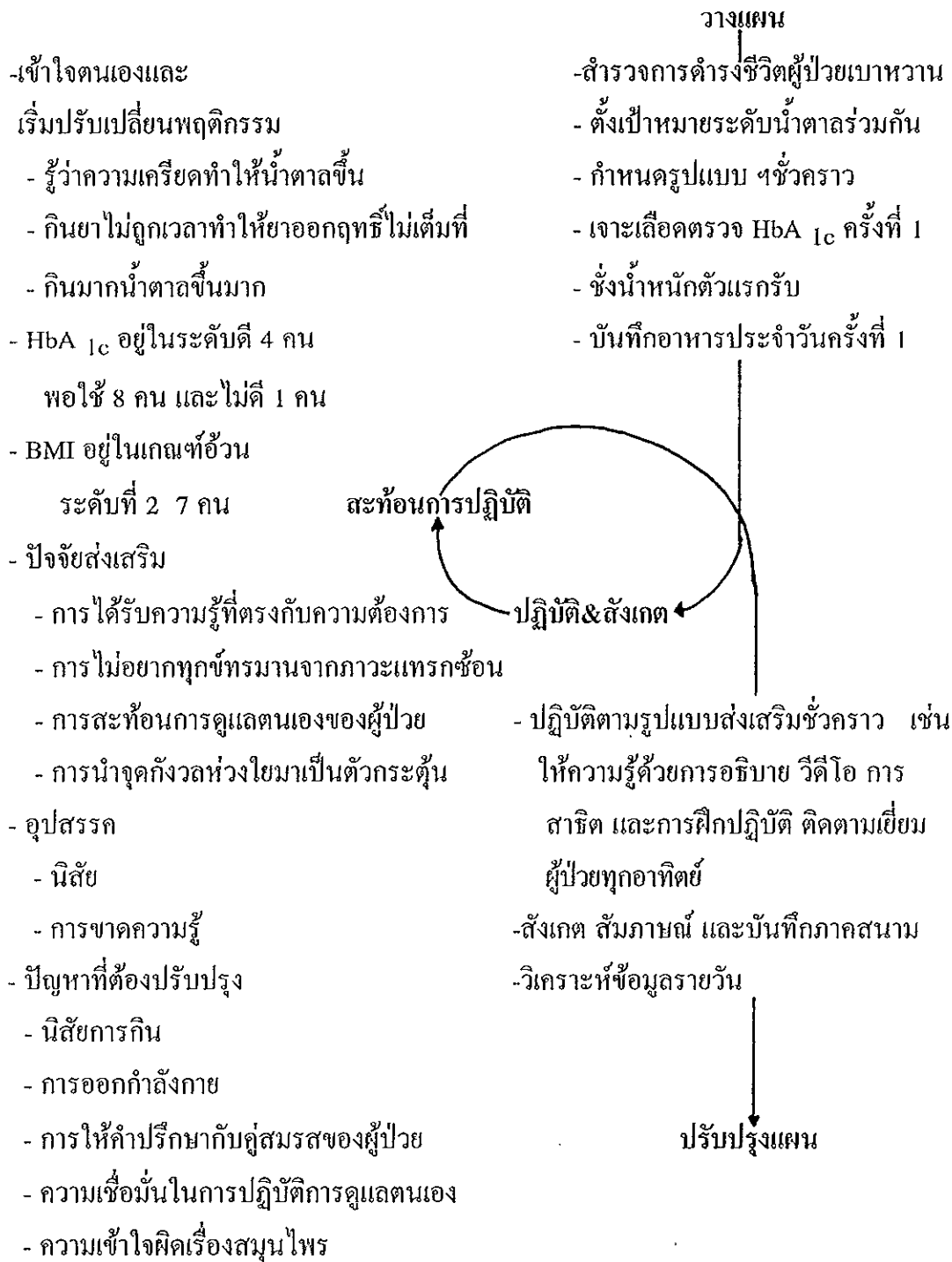
ก. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย และหาบุคคลที่เป็นคนสำคัญของผู้ป่วย

ข. ให้ความรู้ในเรื่องต่อไปนี้

(1) โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา และการควบคุมโรค โดยมีแผ่นพับและวีดีโอเป็นคู่มือ และให้ตามความพร้อมของแต่ละราย

(2) การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน มีแผ่นพับและวีดีโอเป็นคู่มือ จัดและเสนอโปรแกรมสารอาหารที่เหมาะสมกับจำนวนแคลอรีที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวันตามแต่ละรายให้ผู้ป่วยนำไปปรุงอาหารตามที่ต้องการ กำหนดให้ได้คาร์โบไฮ-

ภาพประกอบ 2 ผลสะท้อนการปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ :
วงจรที่ 1



เครต ร้อยละ 55 โปรตีน ร้อยละ 20 และไขมัน ร้อยละ 25 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด

(3) การใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดกิน มีแผ่นพับเป็น คู่มือ และ ประยุกต์ตามยาที่ผู้ป่วยได้รับจริง เน้นที่การรับประทานถูกชนิดยา ถูกขนาด และถูกเวลา

(4) การออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ความหนักพอ ความนานพอ ความติดต่อกัน และความบ่อยพอ โดยมีแผ่นพับและวีดีโอเป็นคู่มือ

(5) ความเครียดและการจัดการกับความเครียด ประโยชน์ของการผ่อนคลายและวิธีการผ่อนคลายที่ผู้ป่วยใช้อยู่

ก. สาธิตและทดลองปฏิบัติในเรื่องการชั่งน้ำหนักอาหารที่ควรได้รับ การ แปลผลระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในใบส่งตรวจเลือด การจับชีพจร และเทคนิคการผ่อนคลาย

ง. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายและเสนอความคิดในการดูแลตนเองตาม ที่ตนเข้าใจและต้องการ

จ. สนับสนุนและให้ความมั่นใจในพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ได้เหมาะสม

ฉ. แบ่งพฤติกรรมมารกินหรือการออกกำลังกายเป็นขั้นย่อย ๆ ง่าย ๆ

ช. กำหนดแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งกำหนดไว้อย่างน้อย 10 ครั้งดังนี้ ในการเยี่ยมครั้งที่ 1-3 ห่างกันทุกอาทิตย์ ในการเยี่ยมครั้งที่ 4-8 ห่างกันทุก 2 อาทิตย์ ในการเยี่ยมครั้งที่ 9-10 ห่างกันทุก 3-4 อาทิตย์

ซ. ให้แบบบันทึกอาหารประจำวันเมื่อแรกรับ และในการติดตามครั้งที่ 7 และ 10

ณ. เจาะเลือดตรวจ HbA_{1c} เมื่อแรกรับและในการติดตามครั้งที่ 7 และ 10

ญ. ชั่งน้ำหนักตัว เมื่อแรกรับ และในการติดตามครั้งที่ 4, 5, 7, 9 และ 10

ในวงจรนี้เน้นเรื่องความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายของการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขของการเป็นโรคเบาหวาน โดยการสะท้อนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติก่อนเข้าร่วมวิจัย

2.2.1.2 การปฏิบัติและสังเกต

ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยความจริงใจ มีเป้าหมายและเป็นกันเอง เคารพในวิถีชีวิตของผู้ป่วยพูดคุยซักถามในเรื่องต่างๆไปก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตามแนวคำถามการดูแลตนเอง ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 1

1/2-2 ชั่วโมงต่อคน บันทึกเทปและบันทึกภาคสนาม ในการบันทึกภาคสนามจะบันทึกเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ บรรยากาศและความรู้สึกของผู้ป่วย บันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจเป็นพิเศษและสิ่งที่ผู้ป่วยห่วงใยหรือกังวล ในการสังเกตจะสังเกตความรู้สึกและสัมพันธภาพของครอบครัว สังเกตอาหารในครัวและในตู้เย็นของผู้ป่วย (หลังจากมีสัมพันธภาพไประยะหนึ่ง) ในการวิจัยนี้ ผู้ป่วยต้องสังเกตการปฏิบัติของตนเองทั้งที่ทำได้และทำไม่ได้ ตลอดจนปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการปฏิบัติของตนเองเพื่อสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการเจาะเลือดตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซีครั้งที่ 1 ให้แบบบันทึกอาหารประจำวันครั้งที่ 1 และ ชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วยและเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละวันทำการวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน โดยถอดเทป ตรวจสอบข้อมูล บันทึกในแบบบันทึกสถานการณ์ หากคำหลัก จัดกลุ่ม ตีความ และสรุปเป็นแนวคิดชั่วคราว และเตรียมคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

ในวงจรนี้ผู้ป่วยไม่เข้าใจการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างถูกต้อง-แท้จริงทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองได้ไม่ถูกต้อง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทุกคนไม่มีความรู้และทักษะการดูแลตนเองในเรื่อง การกำหนดปริมาณสารอาหารให้เหมาะสมกับตนเอง ความเครียดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เช่น สิทธิ์ ได้แสดงความคิดเห็นว่า “หมอบอกว่าให้ลดข้าวลง ให้งคของหวานก็ไม่ว่าจะลดลงแค่ไหนและไม่รู้ว่าลดแล้วจะเกิดอะไรขึ้น ไม่เคยรู้ว่าเวลาเครียดจะทำให้ น้ำตาลในเลือดขึ้น...” นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนเข้าใจผิดและไม่มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการใช้ยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงวางแผนที่จะให้ความรู้โดยให้ผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญและความต้องการแก้ไขปัญหาดตนเอง

ผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือด้วยการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งได้พัฒนาความรู้ของผู้ป่วยจากไม่รู้มาเป็นผู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ของตนเองนั้น ผู้วิจัยได้ให้ความรู้โดยใช้เทคนิคต่างๆเช่น การอธิบาย การสาธิต โดยพิจารณา ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ภายหลังจากการให้ความรู้มีผู้ป่วยบางคนสามารถปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองตามแต่ละด้านได้ด้วยตนเอง แต่บางรายไม่ปรับเปลี่ยนผู้วิจัยจึงต้องหากลวิธีใหม่ โดยดึงเรื่องใกล้ตัวมาเป็นเรื่องใกล้ตัว คือนำความห่วงใยหรือจุดสนใจของผู้ป่วยมาเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นเป็นเรื่องใกล้ตัว เช่น กรณีของแดง มีจุดห่วงใยคือ “อยากมีชีวิตที่ไม่ทุกข์ทรมานจากโรคเบาหวาน” ก็นำมากระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการมีชีวิตอยู่อย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นอย่างไร และความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนเป็นอย่างไร ผู้ป่วยจึงเริ่มเข้าใจสถานการณ์ของตนเอง แล้วเริ่มเปลี่ยนจากไม่รู้มาเป็นผู้ซึ่งแดงกล่าวว่า “ไม่อยากตาบอดหรือถูกตัดขาต้อง

“คุณน้ำตาลของตัวเองให้ได้” แล้วเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น ในเรื่องการกำหนดปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการให้ความรู้โดยการสาธิตอธิบายและทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง

2.2.1.3 การสะท้อนการปฏิบัติ

ผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนการปฏิบัติในการดูแลตนเองในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ ปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคที่ทำให้ปฏิบัติตามแผนไม่ได้พร้อมกับให้ความหมายว่ากิจกรรมที่ทำหมายถึงอะไรและค้นหาวิธีที่จะพัฒนาต่อไป ในการสะท้อนการปฏิบัติ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลในขั้นปฏิบัติและสังเกตมาอธิบายปรากฏการณ์และสรุปพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมวิจัยในด้าน การควบคุมอาหาร (ตาราง 4) การใช้ยา (ตาราง 5) การออกกำลังกาย (ตาราง 6) และการจัดการกับความเครียด (ตาราง 7) นอกจากนี้ได้สะท้อนระดับฮิโมโกลบินเอวันซี ด้วยความหนาของร่างกาย ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการเข้าใจตนเองของผู้ป่วย กลวิธีส่งเสริมและปัญหาที่ต้องปรับปรุง และสะท้อนแนวคิดทฤษฎีที่นำมาอธิบายปรากฏการณ์และสร้างข้อสรุป (Themes) หรือสมมติฐานชั่วคราว

ในวงจรที่ 1 นี้ ได้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ ในเรื่องการสอนต้องพิจารณาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่จะเรียนรู้ในเรื่องอะไรและต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และการสะท้อนการดูแลตนเอง (Self-reflection) เป็นการสะท้อนในเรื่องที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ตลอดจนปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเองด้วยคำถามปลายเปิด เช่น ท่านดื่มน้ำให้เหมาะกับตนเองอย่างไร อะไรที่ทำให้ท่านไม่ได้ออกกำลังกาย เช่นทุกวัน เป็นต้น สะท้อนความคิดความรู้สึกของผู้วิจัย ในเรื่องความคิดความรู้สึกที่ผู้วิจัยมีต่อการทำวิจัยการเดินทางไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำวิจัย หรือปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นในการทำวิจัย สะท้อนวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งสะท้อนถึงความรู้สึกต่อความยากลำบากในการดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ หรือความสำเร็จในการนำวิธีการวิจัยนี้ไปใช้ ซึ่งผู้วิจัยได้เกิดการเรียนรู้ว่าการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจสถานการณ์ของตนเองได้นั้นเป็นผลจากการนำผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นวางแผน และที่สำคัญคือขั้นสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองได้มากขึ้นและสามารถคิดค้นวิธีการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และสะท้อนกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในการสะท้อนวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยพบว่าในระยะแรก ผู้วิจัยใช้วิธีการอธิบายและให้แผ่นพับเป็นคู่มือพร้อมกับเปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้ป่วยไม่ค่อยซักถามผู้วิจัยจึงใช้คำถามนำให้ผู้ป่วยตอบ ต่อมาผู้ป่วยได้เปลี่ยนเป็นการให้ความรู้พร้อมกับสาธิตโดยให้ผู้ป่วยร่วมทดลองปฏิบัติตามที่สาธิต

ตาราง 4 สรุปพฤติกรรมกระตุ้นตนเองด้านการควบคุมอาหารจำแนกตามรายบุคคล

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการวิจัย	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
1	- ชอบของหวานๆทอดๆ - กินแต่มื้อที่ 1 กินตามสบาย - ซื้ออาหารถุงกินทุกวัน - กินข้าว 2-3 จานต่อมื้อ - ชอบชาสมุนไพร และหมูของ - ขยาดขนมแต่ทำไม่ได้มันขยาดกิน	- ให้ความรู้การควบคุมอาหารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการอธิบายและให้แผ่นพับ “อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน” - ฝึกทักษะการกำหนดปริมาณอาหารโดยใช้ภาชนะในครัวเรือน เช่น ถ้วย ช้อนตวง - ให้ความรู้ปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - ปรึกษากับภรรยาผู้ป่วยเรื่องการเลือกซื้ออาหาร - สะท้อนการดูแลตนเอง - จัดจุดที่ห่วยๆ “ฮ่วยถึงครอบครัวและกล้วยครเป็นเบาหวาน”	❖ เข้าใจตนเอง - พฤติกรรมที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ - กินมากเวลาไปงานเลี้ยงหรือพบญาติ - นอนดึกต้องหะอะไรกิน ไม่กินนอนไม่หลับ - เห็นอาหารที่ชอบแล้วอยากกิน ❖ เริ่มปรับเปลี่ยน - ลดขนมหวานจาก 2 เหลือ 1 ด้วยและกินทุกวัน - กินข้าวลดเหลือจานครึ่งถึงสองจาน - กินหมูของที่เลือกแต่เนื้อแดงเท่านั้นจนกลุกข้าว - หิวเวลากลางคืนต้องกินข้าว หรือไม่มีหิวตัด ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - แฟน (ภรรยา) เลือกซื้อแตงกวาสด ผักสด - งดน้ำอัดลม หยุตไอศกรีม - เปลี่ยนจากขนมหวานเป็นผลไม้	- ตั้งเป้าหมายของการกำหนดปริมาณอาหารเป็นระยะๆ - เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและปรับแนวทางแก้ไขร่วมกันทั้งครอบครัว เช่น ลดปริมาณข้าวลง 1-2 ช้อนตวง แล้วค่อยๆลดอีกเมื่อปรับตัวได้ - ให้ความรู้ด้วยวิธีตัวเอง “อาหารผู้ป่วยเบาหวาน” ทั้งครอบครัว - ภรรยาและบุตรเคินและชมเชยผู้ป่วยเป็นระยะๆ	❖ ปรับเปลี่ยนจนกลับไปกลับมา - กินอาหารกลางคืน เช่น หมีผัด หรือไม่มีผัดไม่ - กินอะไร หรือ ถ้าโย เป็นจำนวนมาก (1-2 ก.ก.) ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - ลดขนมหวานและน้ำตาลทราย - เปลี่ยนจากขนมหวานเป็นผลไม้ เช่นฝรั่ง - เลือกกินแค่เนื้อแดง ไม่กินหนังและอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันน้อย - ลดปริมาณข้าวเหลือ 1 ถึงหนึ่งจานครึ่ง - งดน้ำอัดลม ไอศกรีม สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) - พลังงานที่ได้รับเกินความต้องการ 1072 กิโลแคลอรี - น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัม (กก.)	- การติดตามและให้คำปรึกษาต่อเนื่อง - การตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆร่วมกัน - การแบ่งพฤติกรรมเป็นขั้นย่อยๆง่าย
2	- เวลากินแล้วเบรคไม่อยู่ - เสียเวลาเยอะกินให้หมด - ชอบทุเรียนมาก - ส่วนใหญ่ซื้อกิน - กินข้าวส่วนใหญ่ปรุงด้วยวิธีทอด ผัด - ไม่กินนมเพราะกลัว - ชอบชมระหว่างดู - ที่กินๆอยู่นี้ก็ลดลงแล้วนะ - กินแต่ผักสักอาทิตย์บ้านหวานขึ้น	- ให้ความรู้การควบคุมอาหารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการอธิบายและให้แผ่นพับ “อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน” - ฝึกทักษะการกำหนดปริมาณอาหารโดยใช้ภาชนะในครัวเรือน เช่น ถ้วย ช้อนตวง - ให้ความรู้ปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - จัดจุดที่ห่วยๆ “ฮ่วยถึงชีวิตที่ไม่ถูกขั้รหามาจากโรคเบาหวาน”	❖ เข้าใจตนเอง - พฤติกรรมที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ - กินขนมแล้วอยากกินอีก - มักหิวตอนกลางคืน - กินมากเมื่อกินอกบ้านหรือกินกับเพื่อน - เบาหวานลดกินเพิ่มขึ้น ❖ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับม - งดน้ำอัดลม ยกเว้นเวลาไปงานจะกิน 1 แก้ว ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - เปลี่ยนข้าวสวยเป็นข้าวต้ม - กินปลาแห้งหรือปลาต้มแทนปลาทอด	- หาหนทางในการกำหนดปริมาณอาหารและให้วิธีดีใจ “อาหารผู้ป่วยเบาหวาน” - สามเษเดือนและดูให้หยุดกินขนม - สะท้อนการปฏิบัติ ด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดระบายแสดงความคิดเห็นและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข - ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนด้วยการอธิบาย	❖ เริ่มปรับเปลี่ยน - พยายามตัดใจไม่กินแม้จะเสียด้วย - ลดขนมหวานเหลืออาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - กินข้าวด้วย 2 มื้อ (เช้า, เย็น) มื้อเที่ยงกินข้าวสวย - กินจับจ่ายผัก สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) - ควบคุมสมดุลของพลังงานได้ใกล้เคียงกับที่ร่างกายต้องการ (กิน 5600 กิโลแคลอรี) - น้ำหนักตัวลดลง 4 กก.	- กินน้ำเปล่าก่อนกินข้าว 1-2 แก้ว - ลดข้าว น้มนม เนื้อมัน - เดือนตัวเองให้กินพออิ่ม - ให้กำลังใจ ความมั่นใจและคำชมเชยเมื่อควบคุมอาหารได้ตามเป้าหมาย - ติดตามและให้คำปรึกษาต่อเนื่อง
3	- ชอบกินน้ำอัดลม กระทั่งแดง - ต้มเถลึงที่นอนชวนขับไม่ได้ - ชอบขนมหวาน - ซื้ออาหารถุงเป็นประจำ - ต้องกินข้าวมากจึงอิ่มท้อง - กินแต่มื้อที่ 1 ว่างๆก็กินได้ตอนอิ่มแล้ว - กินได้มากเมื่อไปงานเลี้ยง หรือกินข้าวนอกบ้านกับเพื่อนและครอบครัว - กินลดลงเมื่อเบื่อๆ หรือนึกถึงพ่อที่ตายด้วยโรคเบาหวาน	- อธิบายการควบคุมอาหารให้ผู้ป่วยและครอบครัว - ฝึกทักษะการกำหนดปริมาณอาหารโดยใช้ภาชนะในครัวเรือน เช่น ถ้วย ช้อนตวง - ให้ความรู้ปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - ให้แผ่นพับ “อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน” - เปิดโอกาสให้ซักถาม - จัดจุดที่ห่วยๆ “ก๊อตัวตายและวิตกกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อน”	❖ เข้าใจตนเอง - พฤติกรรมที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ - กินข้าวได้มากเมื่อไปงานเลี้ยงเสียด้วยเมื่อเหลือ - ชอบหวานทำให้ น้ำตาลขึ้น ❖ เริ่มปรับเปลี่ยน - หยุดกินอ้าวทอดเป็นกับแกล้มเปลี่ยนเป็นข้าวเกรียบต้มมาเปลี่ยนเป็นกินปลาเล็กปลาน้อย - แฟนเลือกซื้อแตงกวา ผักสด - ต้มเหลึงลดลงโดยดื่มโซดาให้มาก - กินนมพร่องมันเนยเวลาหิว - เปลี่ยนจากขนมจีนน้ำพริกเป็นน้ำยาหรือแกงพุงปลา - น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 4 กก. ในเดือนแรกต่อมาที่ลดลงการวิจัย	- ลดปริมาณอาหารที่กินให้ร้อยละเป็นระยะๆทั้งข้าว ขนมหวาน และผลไม้ - อธิบายเรื่องโรคเบาหวานและการภาวะแทรกซ้อน - ควบคุมตัวเองโดยให้สัญญากับตัวเองว่าจะไม่กินอะไรอีกจนวันน้ำปลา - กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นในการวางแผนทางแก้ไขร่วมกัน - ภรรยาเลือกซื้ออาหาร ได้เหมาะสมกับผู้ป่วย	❖ เข้าใจตนเอง - กินมื่อติดบ่อเพราะทำงานรอนดึก ❖ เริ่มปรับเปลี่ยน - ลดของหวาน - ลดเหล้าลงเหลือ 2 วันต่อสัปดาห์ ❖ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับม - กินเย็น เละ จ้าปลาช่อ ขยาดกิน และชอบ ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - กินข้าวต้มแทนข้าวสวยในบางวัน - ไปงานเลี้ยงบ่อย แต่เลือกกินพวกผักและปลา สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) - ควบคุมสมดุลของพลังงานได้ใกล้เคียงกับที่ร่างกายต้องการ (กิน 5700 กิโลแคลอรี) - น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 4 กก.	- ให้กำลังใจและให้คำปรึกษาต่อเนื่อง - เห็นคุณค่าในตน - สะท้อนการควบคุมอาหารกับผู้ป่วยและภรรยาเป็นระยะๆ

ตาราง 4 (ต่อ)

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการวิจัย	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
4	- เห็นอะไรก็กิน มันอยากไปหมด - กินทุกอย่าง กินเต็มที่ - รื้อขนมกินเยอะ - เสียขายขนมเหลือเยอะ - ชอบขนมหวานมากๆ ชาเย็น ขนมที่เป็นข้าวเหนียว - ทำกับข้าวเอง - อยากกินแต่ทำไม่ได้	- ให้ความรู้การควบคุมอาหารให้ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการอธิบาย - สึกทักษะการกำหนดปริมาณอาหาร โดยให้ภาระในครัวเรือน เช่น ท้าพิ ซ่อนทาว - ให้ความรู้ปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - ให้แผนพับ “อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน” - เปิดโอกาสให้ซักถาม - ระบุห่วงโซ่ “กลัวผิดเบาหวาน”	❖ เข้าใจตนเอง - พฤติกรรมที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ - ออกงานบ่อย หรือถูกมาหา กินได้มาก ❖ เริ่มปรับเปลี่ยน - ไม่กินได้ถ้าไม่หิวของกิน - ซื่อของลดลงแล้วและกินข้าวได้น้อยลง - งดน้ำอัดลม ยกเว้นเวลาไปงานจะกิน 1 แก้ว ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - เปลี่ยนจากขนมจีนน้ำพริกเป็นน้ำยาหรือแกง - ทุงปลา หรือ ไม่กินข้าวต้ม - หดขยั้นไวยัดดินเย็นเปลี่ยนเป็นน้ำปลา - กินมะม่วงดิบ ส้มแทนขนม - ทำกับข้าวพวกปลาอย่าง ปลาเผา ต้มจับฉ่าย - เลือกกินแต่หุนน้อยแดง	- สะท้อนการดูแลตนเอง ตั้งเป้าหมายระยะสั้นใน - การควบคุมปริมาณอาหารและนิสัยการซื้อ - ให้กำลังใจ คำชมเชย เมื่อปฏิบัติได้บรรลุตามเป้าหมาย - ให้ความรู้ด้วยวิธี “อาหารผู้ป่วยเบาหวาน” - เปลี่ยนขนมเป็นผลไม้ - งดน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน - ดิวยเงินซื้อขนมจำกัด - เลือกกินอาหารที่มีไขมันน้อย - ทบทวนทักษะการกำหนดปริมาณอาหารในแต่ละหมวด	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - เลือกกินได้เมื่ออยากกิน หรือไปค้างจังหวัด - คัดขนมปริมาณที่กินได้ - กินพออิ่ม กินเรื่อยๆ - กินข้าวก่อนหกลังเย็น - สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) - ควบคุมสมดุลของพลังงาน ได้ใกล้เคียงกับที่ร่างกายต้องการ (กิน 3800 แคลอรี) - น้ำหนักตัวลดลง 2 กก.	- ซ้อมชมเชยเมื่อลด HbA_{1c} ครั้งที่ 2 เห็นผลการลดลง - เห็นคุณค่าในตนเอง - เดือนตัวเองให้กินพออิ่ม - กินข้าวก่อน 18.00 น. - ให้กำลังใจ ความมั่นใจและคำชมเชยเมื่อกำหนดปริมาณอาหารได้ตามเป้าหมาย
5	- กินทุกอย่าง - ชอบชาหมู หมูเนื้อขาว ทุเรียน และเงาะ - ชอบกินกับข้าว และขนมหวาน - ทำกับข้าวเองหรือไม่ก็ซื้อ ส่วนใหญ่ซื้อและกินที่ทำงาน - เห็นแล้วอยากกิน ขมไม่ได้	- ให้ความรู้การควบคุมอาหารให้ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการอธิบายและให้แผนพับ - สึกทักษะการกำหนดปริมาณอาหาร โดยให้ภาระในครัวเรือน เช่น ท้าพิ ซ่อนทาว - ให้ความรู้ปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - ระบุห่วงโซ่ “อยากควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ได้”	❖ เข้าใจตนเอง - พฤติกรรมที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ - พบเพื่อนหรือญาติทำให้กินได้มาก ❖ เริ่มปรับเปลี่ยน - กินแต่ผักผลไม้ ไม่มีแรง เพื่อย ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - กินข้าว 1 ถ้วย (ถ้วยตวง) - หดตัวเอง ไม่เข้าใกล้ขนมกินหวาน - หวดลายต้องกินน้ำตาลครึ่งแก้วแล้วดิ้น - กินผักต้ม น้ำพริก ปลาดิบ และจับฉ่าย - กินพออิ่ม	- ทานเองเป็นที่นั่งแห่งตน - แสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้วิจัยต่อเนื่อง - หลีกเลี่ยงการเห็นผู้อื่นกินขนม - เดือนตนเองให้กินพออิ่ม - ให้กำลังใจ คำชมเชย ความมั่นใจในการกำหนดปริมาณอาหาร - ให้ความรู้ด้วยวิธี “อาหารผู้ป่วยเบาหวาน” - เปลี่ยนวิธีปรุงอาหารเป็นต้ม - ลดขนมหวาน	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - กินพออิ่ม - งดน้ำอัดลม งดทุเรียน - ลดขนมหวาน และน้ำตาลทราย - กินผลไม้พวกฝรั่ง ชมพู - ไม่เข้าใกล้ขนมกินขนม - สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) - ควบคุมสมดุลของพลังงาน ได้ - น้ำหนักตัวลดลง 4 กก.	- หดตัวเองให้กินพออิ่ม - งดน้ำอัดลม ลดขนมหวาน - เปลี่ยนขนมเป็นผลไม้ - ให้คำปรึกษาต่อเนื่อง - ให้คำชมเชยเป็นระยะๆ - เห็นคุณค่าในตนเอง
6	- กินไม่ได้หุด - กินทุกอย่าง กินฟุ้งไปเลย - ชอบราดน้ำเย็น กาแฟเย็น น้ำอัดลม - ออกกำลังกายครั้งละ 2 กก. - วันๆนึกแต่เรื่องกิน ที่ไหนอร่อยไปทั่ว พังงา ภูเก็ต ที่ไป	- ให้ความรู้การควบคุมอาหารให้ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการอธิบายและวิธี “อาหารผู้ป่วยเบาหวาน” และแสดงความคิดเห็นร่วมกันเมื่อดูจบ - สึกทักษะการกำหนดปริมาณอาหาร โดยให้ภาระในครัวเรือน เช่น ท้าพิ ซ่อนทาว - ให้ความรู้ปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - ตั้งเป้าหมายร่วมกันระยะสั้นและแบ่งพฤติกรรมเป็นขั้นย่อยๆ - ระบุห่วงโซ่ “อยากอยู่กับลูกหลาน”	❖ เข้าใจตนเอง - พฤติกรรมที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ - ชอบกินมะม่วง ทุเรียน และกินครั้งละมากๆ ❖ เริ่มปรับเปลี่ยน - กินน้อยลงกว่าเดิมทุกอย่าง ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - หดกินน้ำตาล กาแฟเย็นแล้ว - ดับจับฉ่ายไว้กินตลอดวัน - งดน้ำอัดลมแล้ว กินยาคุมแทน - กินน้ำพริก ผักต้มแทนหมูของ - เลือกกินแต่เนื้อแดง ไม่กินหนัง - ปรุงอาหารทะเล ด้วยการผา นึ่ง หรือ ย่างแทนทอด - กินข้าวไปกินน้ำไปด้วยอิมเร็ว	- งดน้ำอัดลม ลดปริมาณการใช้น้ำตาลทราย - เปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารเป็นผา นึ่ง ย่าง ต้ม - กินน้ำระหว่างกินข้าว - ทบทวนการกำหนดปริมาณอาหารแต่ละชนิดและอธิบายสรรพคุณของน้ำตาลทราย - ลดปริมาณอาหารเป็นขั้นๆทีละนิด - ลดการใช้ไขมันในการปรุงอาหาร - ครอบครัวให้กำลังใจ และชมเชย เมื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ดูผลการฟีดแบ็กไว้ข้างล่างในครัว)	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - ข้าวกินลดลงเหลือ 2 ท้าพิ กว่าต้ม - กินผักต้ม ดับจับฉ่ายเป็นถ้วยๆ - หิวก็กินจับฉ่าย ผลไม้ - งดน้ำอัดลม น้ำหวาน และกาแฟเย็นที่หวานๆ - ขนมหวานลดลงมากแล้วเปลี่ยนเป็นผลไม้ - กินน้ำระหว่างกินข้าว 1-2 แก้ว - ชอบกินทุเรียนบ้าน มะม่วงสุก กินลดลงแล้ว - งบประมาณอาหารได้เมื่อไปกินนอกบ้าน - สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) - ควบคุมสมดุลของพลังงาน ได้ใกล้เคียงกับที่ร่างกายต้องการ (กิน 600 แคลอรี) - น้ำหนักตัวลดลง 2 กก.	- ลดปริมาณอาหารลงทีละนิดเป็นขั้นๆ - งดน้ำอัดลม ขนมหวาน - พยายามเปลี่ยนขนมเป็นผลไม้ - กินน้ำเปล่าระหว่างกินข้าว 1-2 แก้ว - ทบทวนความรู้การกำหนดปริมาณอาหาร

ตาราง 4 (ต่อ)

ผู้ป่วยคนใด	ก่อนเข้าร่วมวิจัย	ผลวิจัย	ระหว่างการวิจัย	ผลวิจัย	สิ้นสุดการวิจัย	ผลวิจัย
7	-ชอบชอบหวานมาก โดยเฉพาะไอเดียหวานๆ เย็นๆ รื่นโรจน์ได้ทั้งวัน - ขำก๊าก 2 งานขุณา -กรรขยทำกับข้าวหวานมาก ชอบกินหวานทั้งครอบครัว - กินขนมทุกวัน เช่น โดนัท ขนมปังทนาย 2-3 แผ่น บางทีก็เป็นแฉวเลย	-ให้ความรู้การควบคุมอาหารให้ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการอธิบายและให้แผ่นพับ “อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน” -ฝึกทักษะการกำหนดปริมาณอาหารโดยใช้ภาชนะในครัวเรือน เช่น เทปทิ ซ้อนขาว -ให้รายการปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย -แบ่งพฤติกรรมเป็นขั้นย่อยๆ ง่ายๆ -ชี้จุดห่วงใย “ไม่พยายามให้ลูกเป็นเบาหวาน”	❖ เข้าใจตนเองและเริ่มปรับเปลี่ยน -พยายามเปลี่ยนขนมหวานเป็นผลไม้ -เคาะหรือเข้าน้ำตาลออกก่อนเมื่อกินโดนัท -ไม่ใส่น้ำตาล เมื่อไปกินอาหารนอกบ้าน เช่น ก๋วยเตี๋ยว -ใช้น้ำตาลเทียมบนกับน้ำตาลทรายของไอเดีย -กินข้าวลดลงเหลือจานครึ่ง -กรรขยไม่ค่อยใส่น้ำตาลลงในกับข้าวแล้ว -กินทุเรียน ฝรั่ง แทนขนมหวาน -ฮัดกั๊ง ฟัก ฟักทอง คำลึงมาแกงจืดบ่อย ❖ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา -บางครั้งถูกตักข้าวให้มาก เสียเลยกินหมด	-กรรขยคิดข้อความช่วยเตือนจำที่ขวดน้ำตาลและในครัว -ทบทวนความรู้ที่ครอบครัวด้วยวิดีโอ -ถูกสาวคอยเตือนว่า อย่ากินมาก -ทบทวนการกำหนดปริมาณอาหารแต่ละชนิด -ลดน้ำตาลทราย ในอาหารที่กิน -ลดปริมาณอาหารเป็นชิ้นๆ ที่ละนิด -เปลี่ยนจากขนมเป็นผลไม้ -อธิบายผักที่มีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือด เช่น หอม หัวใหญ่ ฟัก (วีรชัย, 2530 : 103)	❖ ปรับเปลี่ยนได้ -กรรขยใส่น้ำตาลในอาหารน้อยมาก -ไอเดียไม่ค่อยหวานแล้วใช้น้ำตาลเทียมผสมกับน้ำตาลทรายพอได้รสชาติ -กินก๋วยเตี๋ยวแทนข้าวในมื้อเที่ยงและจะไม่ใส่กระเทียมเจียวและน้ำตาล -ข้าวลดลงเหลือ 2-3 เทปทิ ค่อยมี -กินแกงเลียง น้ำพริก แกงส้ม เป็นส่วนใหญ่ สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) -ควบคุมสมดุลของพลังงานได้ -น้ำหนักตัวลดลง 2 กก.	-ลดปริมาณอาหารลงทีละนิดเป็นขั้นๆ -ปรึกษาและทบทวนความรู้เรื่องอาหารให้ทั้งครอบครัว -ครอบครัวให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ -ให้กำลังใจ ความมั่นใจและคำชมเชยเป็นระยะๆ -ให้กำลังใจ ความมั่นใจและคำชมเชยเป็นระยะๆ
8	-จะคุมได้เมื่อรู้ว่าเบาหวานขึ้นแต่คุมได้สักอาทิตย์แล้วก็เลิกคุมปล่อยเลยตามเลย -กินตามสบาย ชอบกินกับมาก กินข้าวน้อย -สนใจเคสอัมมานานแล้วแต่อ่านแล้วไม่เข้าใจ -ชอบผลไม้ทุกชนิด -ชอบกินของจุ๊กจืดทั้งวัน -ไม่ค่อยชอบผัก	-ให้ความรู้การควบคุมอาหารให้ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการอธิบาย ดูวิดีโอ “อาหารผู้ป่วยเบาหวาน” และแสดงความคิดเห็นร่วมกันเมื่อดูจบ -ฝึกทักษะการกำหนดปริมาณอาหารโดยใช้ภาชนะในครัวเรือน เช่น เทปทิ ซ้อนขาว -ให้รายการปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย -ให้แผ่นพับ “อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน”	❖ เข้าใจตนเอง -พฤติกรรมที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ -ชอบกินผลไม้เช่นมะม่วงดิบ จันทน์เทศ หรือ น้ำปลาทู -กินเบียร์หรือไวน์เมื่อไปงานเลี้ยงหรือสังสรรค์ -ชอบปลาทอด มากกว่าปลาต้ม -กินผลไม้มากชอบๆ ทั้งนั้น เช่น ทุเรียน มะละกอ จาปาตะ ❖ เริ่มปรับเปลี่ยน -พยายามกินให้น้อยลงเรื่อยๆ อย่างช้าๆ ❖ ปรับเปลี่ยนได้ -กะปริมาณอาหารได้ด้วยตนเองเมื่อกินอาหาร -ไม่ใส่น้ำตาลในกับข้าวที่ตัวเองด้วยซ้ำ	-ถูกสาวคอยเตือนว่า อย่ากินมากจะได้อยู่กับลูกนานๆ -ครอบครัวให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ -ลดปริมาณอาหารเป็นชิ้นๆ ที่ละนิด -ทบทวนการกำหนดปริมาณอาหารแต่ละชนิด -ลดน้ำตาลทราย ในอาหารที่กิน	❖ ปรับเปลี่ยนได้ -กินน้อยลง -มีเครื่องชั่งน้ำหนักตัวประจำบ้าน -ข้าวกิน 1 เทปทิ กว๊าก ค่อยมี -กินสดผักหรือผลไม้ -เวลาหิวกินผลไม้ เช่น ฝรั่ง ชมพู หรือไม้ที่สด ผัก และน้ำปลา สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) -ควบคุมสมดุลของพลังงาน ได้ใกล้เคียงกับที่ร่างกายต้องการ (เกิน 160 แคลอรี) -น้ำหนักตัวลดลง 1 กก.	-ลดปริมาณอาหารลงทีละนิดเป็นขั้นๆ -ปรึกษาและทบทวนความรู้เรื่องอาหารและการกำหนดปริมาณอาหาร -ให้กำลังใจ ความมั่นใจและคำชมเชยเป็นระยะๆ -ชี้แนะหนักแน่นของทฤษฎีและบันทึกไว้
9	-สามีชอบหวานมาก ทำกับข้าวต้องหวานนำไม่เช่นนั้นไม่หยุด -ใช้น้ำมันมะพร้าวในการปรุงอาหาร -ไม่ชอบผัก กินได้แต่ผักสดกับขนมจีนหรือน้ำพริก -ชอบปลาทอด แกงกะทิปลา -กินข้าวมากมีของจานขุณา	-ให้ความรู้การควบคุมอาหารให้ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการอธิบายดูวิดีโอ “อาหารผู้ป่วยเบาหวาน” และแสดงความคิดเห็นร่วมกันเมื่อดูจบ และให้แผ่นพับ “อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน” -ฝึกทักษะการกำหนดปริมาณอาหารโดยใช้ภาชนะในครัวเรือน เช่น เทปทิ ซ้อนขาว -ให้รายการปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	❖ เข้าใจตนเอง -พฤติกรรมที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ -กินได้มากถ้าถูกมากินพร้อมหน้า ❖ เริ่มปรับเปลี่ยน -ลดน้ำตาลเหลือ 2-3 วัน ค่อยขาด -ลดข้าวเหลือ 1 ซ้อนขาว -น้ำหนักเพิ่มขึ้น 2 กก. ในเดือนแรก ค่อยมากที่ -และมีการปรับเปลี่ยนเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ❖ ปรับเปลี่ยนได้ -กินแกงส้ม บัวยักษ์ น้ำพริกกับผักสดและปลาอย่าง -ทอดปลาด้วยน้ำมันจันทน์ -ลดน้ำตาลทรายในการปรุงอาหารลงมาก -กินผลไม้มากกว่าเมื่อก่อนขนมลดลงบางทีก็ไม่กินเลย	-สามีคอยเตือนว่าอย่ากินมาก ไม่ให้อ้วน น้ำตาลมากในกับข้าว จะได้อยู่ด้วยกันนานๆ -หมอบที่รักษาประจำที่สั่งให้กินข้าวน้อยๆ -เปลี่ยนจากขนมเป็นผลไม้ -ลดปริมาณอาหารเป็นชิ้นๆ ที่ละนิด -ทบทวนการกำหนดปริมาณอาหารแต่ละชนิด -อธิบายผักที่มีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือดเช่น หอม หัวใหญ่ ฟัก ฟักทอง คำลึง ผักบุ้ง ใบมะยม ใบตะไคร้ (วีรชัย, 2530 : 103)	❖ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา -ทอดปลาด้วยน้ำมันมะพร้าว เพราะหอมและอร่อยกว่าน้ำมันจันทน์ (น้ำมันมะพร้าวเทียม) ❖ ปรับเปลี่ยนได้ -ลดน้ำตาลไม่ได้ -กินผลไม้กระป๋องเลือกกินเฉพาะเนื้อ น้ำหวานไม่มีกิน และนานๆ จึงกิน -กินปลาต้มเป็นประจำ นานๆ จึงกินปลาทอด -ข้าวกินจานเดียว ตัก 2 เทปทิ -กินน้ำหลังกินข้าว 1-2 แก้ว สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) -ควบคุมสมดุลของพลังงาน ได้ใกล้เคียงกับที่ร่างกายต้องการ (เกิน 280 แคลอรี) -น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 0.5 กก.	-สามีชมและเตือนเสมอว่าอย่ากินมากและไม่ให้อ้วน น้ำตาลในกับข้าว -ปรึกษาและทบทวนความรู้เรื่องอาหารและการกำหนดปริมาณอาหาร -ให้กำลังใจ ความมั่นใจและคำชมเชยเป็นระยะๆ -ลดข้าว น้ำมัน น้ำตาลทราย และน้ำตาลผสม -กินน้ำหลังกินข้าว 1-2 แก้ว ให้รู้สึกอิ่ม

ตาราง 4 (ต่อ)

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการวิจัย	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
10	- ไม่ค่อยกินผักเพราะสามีไม่ชอบ - ผลไม้มันๆ จึงกิน - ไม่กินนมเพราะกลัว - ขยายกินอะไรที่กินแต่กินไม่มาก - ได้สั่งให้หุตุกิน หุตุได้คนเดียว - ไม่กินหนังกุ้ง และแกงกะทิเพราะหมอล้าง	- ให้ความรู้การควบคุมอาหารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการอธิบายและให้ดูวิดีโอ "อาหารผู้ป่วยเบาหวาน" แล้วแสดงความคิดเห็นร่วมกันรอบครัวเมื่อจบ - สัก 1 ชม. การกำหนดปริมาณอาหารโดยใช้ภาษาในครัวเรือน เช่น ทักพี่ ซ่อนดาว - ให้ความรู้การปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - ให้แผ่นพับ "อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน"	๕ เข้าใจตนเอง - พฤติกรรมที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ - อยู่บ้านคนเดียวข้างไปต่างจังหวัดกินไม่ยั้ง - กินได้มากจากกาแฟร้อนหนักในวันหยุด - หอจดด้วยน้ำมันหมูเพราะอร่อยไม่ต้องซื้อ - ไปงานเลี้ยงกินได้มาก ๕ เริ่มปรับเปลี่ยน - เลือกกินหมูสะเต๊ะเนื้อแดง - ขยายกินข้าวกล้อง 18.00 น. หลังจากนั้นกินเฉพาะน้ำปลา - ทำแกงเลียงผักหวาน ตำลึง ผักปลุกข้างบ้าน	- พบหนทางการจัดการกำหนดปริมาณอาหารแต่ละชนิดและให้ความรู้เรื่องผักที่มีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือด เช่น หอมหัวใหญ่ พริก พริกทอง ตำลึง ผักขี้ (วิธีข. 2330 : 103) - ให้ความสำคัญปริมาณอาหารลงทีละน้อยๆ - ตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ ในการกำหนดปริมาณอาหาร - กินข้าวก่อน 18.00 น. - ให้คำชมเชย กำลังใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติได้ถูกต้อง - สะท้อนการปฏิบัติการควบคุมอาหาร	๕ ปรับเปลี่ยนกลับไปปกติมา - ชอบกินข้าวกับทุเรียน กินก็ครึ่งลูก ๕ ปรับเปลี่ยนได้ - ไปไหน ไปรวมที่คุมอาหารได้ - กินน้ำพริก แกงเลียง และผักสดเก็บข้างบ้าน - กินน้อยลงทั้งข้าวและอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน - ใช้น้ำมันจุนเจือแทนน้ำมันหมูเป็นส่วนใหญ่ - สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) - ควบคุมสมดุลของพลังงาน ได้ใกล้เคียงปกติ (เกิน 200 แคลอรี) - น้ำหนักตัวคงที่	- ตั้งเป้าหมายในการลดปริมาณอาหารลงทีละนิดเป็นขั้นๆ - ปริมาณและพบหนความรู้เรื่องอาหารให้ทั้งครอบครัว - ให้ความสำคัญกับทุเรียน - ให้กำลังใจ ความมั่นใจและกำหนดเป็นระยะๆ
11	- ไม่กินนมเพราะกลัว - กินแต่วุ้น กินสารพัด - กินผักหรือเห็ดขี้วันละ 1-2 ขวด - กินข้าวมากแต่ใส่เกลือ - ชอบราดน้ำเย็นหวานๆ - ใช้น้ำมันปาล์มในการปรุงอาหาร - ไม่กินแกงกะทิเพราะหมอล้างกับกินและไม่ชอบด้วย - เลือกกินแต่เนื้อไก่เป็นแกงกะทิ	- ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและให้ดูวิดีโอและแสดงความคิดเห็นร่วมกันรอบครัวเมื่อจบและให้แผ่นพับ - สัก 1 ชม. การกำหนดปริมาณอาหารโดยใช้ภาษาในครัวเรือน เช่น ทักพี่ ซ่อนดาว - ให้ความรู้การปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - สะท้อนการดูแลตนเองที่ปฏิบัติร่วมกัน - ตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ ไม่ไกลเกินวันอาทิตย์ต้องการ	๕ เข้าใจตนเองและเริ่มปรับเปลี่ยน - พยายามดื่มน้ำให้ได้มากกว่าเดิมโดยดื่มน้ำเย็นแล้วอาชอุบ 4 ช้อน - กินราดน้ำเย็นแต่สั่งว่าไม่หวาน - น้ำดื่มที่ซื้อจะสั่งว่าไม่หวาน ๕ ปรับเปลี่ยนกลับไปปกติมา - พบกินน้อย กินแต่วุ้น เห็ดขี้และเห็ด ๕ ปรับเปลี่ยนได้ - ใช้น้ำมันจุนเจือ หรือถูกในการปรุงอาหาร	- ให้ความสำคัญลดปริมาณอาหารลงทีละน้อยๆ และตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ ในการกำหนดปริมาณอาหาร - สะท้อนการปฏิบัติการควบคุมอาหาร - พบหนทางการจัดการกำหนดปริมาณอาหารแต่ละชนิดและให้ความรู้เรื่องผักที่มีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือด - ให้คำชมเชย กำลังใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติได้ถูกต้อง - กระตุ้นและเตือนจากครอบครัว	๕ ปรับเปลี่ยนได้ - ไปเย็นน้อยๆ ไม่กินเนื้อสัตว์ หุตุตัวเอง - เพราะผักกิน 1 แก้วก็จะกินแกวต่อไป - ข้าวกับเกลือ 2-3 ทักพี่ ค่อยมี - หุตุราดน้ำเย็น หุตุได้กินน้ำผลไม้กระป๋อง - ส่วนใหญ่กินน้ำพริกกับผักสด หรือแกงส้ม - สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) - ควบคุมสมดุลของพลังงาน ได้ใกล้เคียงปกติ (เกิน 80 แคลอรี) - น้ำหนักตัวลดลง 1.5 กก.	- ครอบครัวให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ - สะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่อง - ติดตามให้คำปรึกษาเรื่องการควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ - ให้คำชมเชย กำลังใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติได้ถูกต้อง - หุตุตัวเอง
12	- กินมาก ขยายกินกินนั้น กินทั้งวัน - ตามใจปาก อิ่มแล้วยังกินอีก - หันอะไรที่อยากกิน - ไม่สบายใจก็กิน กินแล้วสบายใจ - กินจนบ้านประจำ - กินน้ำอัดลมวันละ 1-2 ขวด ดิล	- ให้ความรู้การควบคุมอาหารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและดูวิดีโอ "อาหารผู้ป่วยเบาหวาน" แล้วแสดงความคิดเห็นร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อจบ - สัก 1 ชม. การกำหนดปริมาณอาหารโดยใช้ภาษาในครัวเรือน เช่น ทักพี่ ซ่อนดาว - ให้ความรู้การปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - ให้แผ่นพับ "อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน"	๕ เข้าใจตนเอง - พฤติกรรมที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ - หุตุได้หลายครั้งไม่พอเพราะกินที่หุตุไม่ได้ - อดอัด ขยายกิน ขยายกินแล้วเลิกกิน ๕ เริ่มปรับเปลี่ยน - กินน้ำอัดลม อดของเหลือวันละ 1-2 แก้ว - กินน้ำผลไม้แทนขนมหวาน ๕ ปรับเปลี่ยนกลับไปปกติมา - น้ำตาลลดได้เลยกินขนมหวานอีก - หุตุกินก็เหลือ ต้องกินขนมหวานอีก - ไปต่างจังหวัดกินได้ กินตลอดทางเลย	- สัญญากับตัวเองว่า "หุตุกิน" - พบหนทางการจัดการกำหนดปริมาณอาหารแต่ละชนิดและให้ความรู้เรื่องผักที่มีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือด - ให้ความสำคัญลดปริมาณอาหารลงทีละน้อยๆ และตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ ในการกำหนดปริมาณอาหาร - สะท้อนการปฏิบัติการควบคุมอาหาร	๕ ปรับเปลี่ยนได้ - กินข้าวกับน้ำน้อย แต่เลือกกินพวกน้ำพริก ผักสด แกงเลียง แกงส้มปลา - กินน้อยลงกว่าเมื่อก่อน - กินน้ำอัดลมอาทิตย์ละ 1-2 แก้วเท่านั้น - ไปต่างจังหวัดกินเหมือนอยู่บ้าน - สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) - พลังงานที่ได้รับเกินสมดุล 1,300 แคลอรี - น้ำหนักตัวลดลง 2 กก.	- ติดตามความช่วยเหลือจาก "หุตุกินแล้วจะสวย" - สะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่อง - ติดตามให้คำปรึกษาเรื่องการควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ - ให้คำชมเชย กำลังใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติได้ถูกต้อง
13	- กินทุกอย่างที่อยากกิน ชอบกินกับข้าว - กินข้าวมากจึงอึด - หมอสั่งห้ามกินขนมหวาน ของเค็มเค็มก็กิน - ใช้น้ำมันปาล์มในการปรุงอาหาร - ภรรยาปรุงอาหารให้ - คุมอาหารได้สัก 1-2 อาทิตย์ เมื่อเบาหวานขึ้นแล้วกินเหมือนเดิม	- ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการอธิบาย ให้แผ่นพับ ประกอบการดูวิดีโอแล้วแสดงความคิดเห็นร่วมกันเมื่อจบและให้รายการปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - สัก 1 ชม. การกำหนดปริมาณอาหารโดยใช้ภาษาในครัวเรือน เช่น ทักพี่ ซ่อนดาว - ให้ความรู้การปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - ให้แผ่นพับ "อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน"	๕ เข้าใจตนเองและเริ่มปรับเปลี่ยน - กินข้าวมากเหมือนเดิมแต่พยายามไม่ดื่มน้ำ - กินผลไม้พวกทุเรียน เงาะ แล่ลดปริมาณลง - กับข้าวเลือกกินปลาเป็นส่วนใหญ่ - ลดของเค็มมันๆ ลง เพราะหมอล้าง - กินน้ำพริก ผักสด และปลาต้มต้มบ๊วยขึ้น ๕ ปรับเปลี่ยนได้ - ลดข้าวลงเหลือ 2 ทักพี่กว่าๆ ในแต่ละมื้อ	- พบหนทางการจัดการกำหนดปริมาณอาหารแต่ละชนิดและให้ความรู้เรื่องผักที่มีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือด - ให้ความสำคัญลดปริมาณอาหารลงทีละน้อยๆ และตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ ในการกำหนดปริมาณอาหาร - สะท้อนการปฏิบัติการควบคุมอาหาร - ให้กำลังใจ คำชมเชย และความมั่นใจ	๕ ปรับเปลี่ยนได้ - กินวันละ 4-5 มื้อ กินน้ำก่อนกินข้าว 1-2 แก้ว - กินผลไม้พวกทุเรียน เงาะ แล่ลดปริมาณลง - พยายามกินอาหารรสไม่เค็ม - ใช้น้ำมันจุนเจือในการปรุงอาหาร - สรุป (เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านแล้ว) - พลังงานที่ได้รับเกินสมดุล 1,200 แคลอรี - น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 5 กก.	- ครอบครัวให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ - สะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม (กราฟ) - ติดตามให้คำปรึกษาเรื่องการควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ - ให้คำชมเชย กำลังใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติได้ถูกต้อง

ตาราง 5 สรุปพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาจำแนกตามรายบุคคล

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการวิจัย	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
1	- กินยา 1 เม็ด เพราะขี้เกียจหักยา - กินฟิโอสายใจแรกเบาหวาน - ยาก่อนอาหาร ไปกินหลังอาหาร - พร้อมยาตัวอื่นตลอดตั้งแต่เริ่มป่วย - ภรรยาเป็นผู้หาหาสมุนไพรมาให้กิน - เคยใช้ยาต้มสมุนไพร หูดแล้ว เพราะยุ่งยากและน้ำคาลยังขึ้นๆลงๆ - Glibizide 1x2 ac, Metformin 2x2 pc, Dynacine 1x2 pc - BP 160/100 mmHg	- ให้ความรู้เรื่องยาและการออกฤทธิ์ - โดยการอธิบายและให้แผ่นพับ “ยา รักษาโรคเบาหวานชนิดกิน” - ให้ความรู้เรื่องฤทธิ์ของฟิโอสายใจ - ใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว - สะท้อนการดูแลตนเอง	❖ เข้าใจตนเอง - ปรึกษาแพทย์ขอกินยามือเคียวคอน - เข้า 1 เม็ด แพทย์ตกลงตามที่ผู้ป่วยต้องการ ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - หยุดกินฟิโอสายใจ - กินยาก่อนอาหาร 1/2-1 ชม. - แลกเปลี่ยนความคิดเห็นการใช้ยาสมุนไพรและยาโรงพยาบาลกับผู้ป่วยอื่นได้	- ให้ความรู้เรื่องสมุนไพรที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด เช่น บุก โทงเทง ใบอินทนิลน้ำ ชะพลู กระแตไต่ไม้ (สุนทรี. 2536 : 189-192) - คิดขอความช่วยเหลือจนจำ “เข้าน้ำกิน ยาก่อนอาหารหรือยังกะ” - สะท้อนการปฏิบัติ - ติดตามให้คำปรึกษาต่อเนื่อง	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - จัดเตรียมยาได้พอดีเมื่อต้องเดินทางไปต่างจังหวัด - รับประทานยาได้ถูกเวลาถูกขนาด - ดื่มน้ำต้มใบอินทนิลน้ำ - BP 140/90 mmHg	- ให้คำชมเชยและกำลังใจในการใช้ยาได้ถูกต้อง
2	- ยาก่อนอาหารเข้าน้ำก่อน 2-3 ชม. - ยาลงอาหารกินหลังอาหารชั่วโหม่งกว่าหรือไม่กี่ลิ้มกินเลย - Minidiab 2x2ac, Metformin 1x2pc Neurobion 1x2 pc	- ให้ความรู้เรื่องยาและการออกฤทธิ์ - โดยการอธิบายและให้แผ่นพับ “ยา รักษาโรคเบาหวานชนิดกิน” - ปรึกษาร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาการลืมกินยาและขาดยา	❖ เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนได้ - ไม่ลืมกินยา - ยาก่อนอาหารกินก่อน 1/2 ชม. - ยาลงอาหารกินหลังอาหารทันที - แนะนำผู้ป่วยอื่นเรื่องการกินยาให้ตรงเวลา - แบ่งยาไว้ในกระเป๋ามาเมื่อไปธุระ	- คิดขอความช่วยเหลือจนจำที่ฝ่าหม้อข้าวและตู้เย็น - ให้คำปรึกษาเรื่องยาเป็นระยะๆ โดยเฉพาะ 1-2 สัปดาห์แรก - แสดงความคิดเห็นร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - รับประทานยาเป็นประจำถูกขนาดและเวลา - เตรียมยาได้พร้อมเมื่อไปธุระนอกบ้าน	- ให้คำชมเชยและกำลังใจในการใช้ยาได้ถูกต้อง

ตาราง 5 (ต่อ)

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการวิจัย	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
3	-ก่อนไปเจาะเลือดกิน 2 เม็ด -ยาก่อนอาหารเช้ากินก่อน 2-3 ชม. และในตอนเย็นดื่มเป็นประจำ -ขาดยาบ้างเพราะทำงานไม่กล้าลา -Daonil 1 เม็ด เช้า, 1/2 เม็ด เย็น ก่อนอาหาร	-ให้ความรู้เรื่องยาและการออกฤทธิ์ โดยการอธิบายและให้แผ่นพับ“ยา รักษาโรคเบาหวานชนิดกิน” -ปรึกษาร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา การลืมกินยาและขาดยา	♣ เริ่มปรับเปลี่ยน -กินยาก่อนอาหารเช้าครึ่งชม.แต่ ลืมกินยาก่อนอาหารเย็น -หักยาแบ่งครึ่งใส่ถุงแยกไว้ ♣ ปรับเปลี่ยนได้ -กินยาได้ถูกขนาดตามหมอสั่ง -รับยาก่อนวันนัดถ้าตรงวันทำงาน	-สะท้อนการปฏิบัติร่วมกับครอบครัว ครัว -ติดข้อความช่วยเตือนจำไว้ข้างฝา ห้องใกล้โต๊ะกินข้าว “กินยาก่อน อาหารค่ำหรือยัง” -เตรียมยาได้พอดีในแต่ละมื้อ	♣ ปรับเปลี่ยนได้ -กินยาได้ถูกเวลา ถูกขนาด -รับยาต่อเนื่องไม่ขาดยา	- ให้คำชมเชยและกำลังใจในการใช้ ยาได้ถูกต้อง
4	- ลืมกินยาหลังอาหารเป็นประจำ - ยาก่อนอาหารกินก่อน 1-2 ชม. - ได้รับการวางแผนใช้ยาฉีดรักษา เบาหวานแทนการใช้ยาเม็ด - Diamicon 2x2 ac, Metformin 2x2 pc - BP 170/100 mmHg	-ให้ความรู้เรื่องยาและการออกฤทธิ์ โดยการอธิบายและให้แผ่นพับ“ยา รักษาโรคเบาหวานชนิดกิน” -ปรึกษาร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา การลืมกินยาและหาแนวทางแก้ไข การควบคุมน้ำตาลในเลือด -ชี้จุดหัวใจ “กลัวการฉีดยา”	-กินฟ้าทะลายโจรเพราะได้รับคำ แนะนำจากพระว่าแก้เบาหวาน ♣ เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนได้ -ไม่ลืมกินยาแล้วเพราะเห็นสติ- เกอร์ที่ตู้กับข้าว - กินยาก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง	-ให้ความรู้เรื่องฤทธิ์ของ”ฟ้าทะลาย โจร” -ติดข้อความช่วยเตือนจำ -แสดงความคิดเห็นเรื่องยาร่วมกับ เพื่อนบ้านและผู้ป่วยเบาหวาน	♣ ปรับเปลี่ยนได้ - หยุดฟ้าทะลายโจร - กินยาโรงพยาบาลต่อเนื่อง -แพทย์ปรับขนาดยาเป็น Diamicon 1x2 ac - BP 150/90 mmHg	- ให้คำชมเชยและกำลังใจในการใช้ ยาได้ถูกต้อง
5	- เพิ่มขนาดยาของโดยกินทั้งยา รพ. วชิระ และรพ.มิत्रัน - กินยาคัมสมุน ไพรแก้เบาหวาน - กินกระเทียมอัดเม็ดลดความดัน - ยาที่ไหนดีไปหาถึงที่เลย - Diamicon 2x2 ac, Metformin 2 x2 pc , Enaril 1 tab od. - BP 150/90 mmHg	-ให้ความรู้เรื่องยาและการออกฤทธิ์ โดยการอธิบายและให้แผ่นพับ“ยา รักษาโรคเบาหวานชนิดกิน”	♣ เข้าใจตนเองและเริ่มปรับเปลี่ยน - หยุดกินยาเพิ่ม เพราะใจหวิวๆ คล้ายเป็นลม - หยุดกินยาคัมเพราะขี้เกียจดื่ม - หยุดซื้อยาที่ร้านขายยา ♣ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมามี - กินยาหม้ออีกเพราะเพื่อนบอกว่าดี	- ทบทวนความรู้เรื่องยาเบาหวาน - ปรึกษาการปรับขนาดยาและการ ใช้สมุนไพร	♣ ปรับเปลี่ยนได้ - หยุดยาทุกอย่างยกเว้นยาจากวชิระ เพราะทดลองมาหลายอย่างแล้วและ เชื่อว่าการควบคุมอาหารสำคัญที่สุด -แพทย์เปลี่ยนยาจาก Diamicon เป็น Daonil 1x2 ac - BP 140/90 mmHg	- ให้คำชมเชยและกำลังใจในการใช้ ยาได้ถูกต้อง

ตาราง 5 (ต่อ)

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการศึกษา	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
6	-ดื่มสมุนไพรดอกข้าวจินแทนน้ำ - กินฟ้าทะลายโจร - ขาดยาเป็นประจำ - Aldomet 1/2 tab od, Daonil 1x2 ac, Metformin 1x2 pc - BP 160/90 mmHg	- ให้ความรู้เรื่องยาโดยการอธิบายและให้แผ่นพับ “การรักษาโรคเบาหวานชนิดกิน” - ให้ความรู้เรื่องฤทธิ์ของฟ้าทะลายโจรแก่ผู้ป่วยและครอบครัว - ปรึกษา ร่วมกันในการใช้ยาสมุนไพรและการขาดยา	❖ เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนกับไปกลับมา - กินยาต่อเนื่องตามที่คลินิกข้างโรงพยาบาลบ้าง(หมอคนเดิม)แต่บางครั้งขาดยา เพราะคิดหวั่น ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - หยุดใช้ฟ้าทะลายโจรและสมุนไพร	- ทบทวนความรู้เรื่องยาและฟ้าทะลายโจร โรคเบาหวานและวิถีชีวิต “คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน” - ติดต่อความช่วยเหลือเงินจ้ะในวันนัด - ชี้จุดห่วงใย “ไม่ขาดหายให้อยู่กับลูกนานๆ”	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - รับประทานยาได้ต่อเนื่อง - เตรียมยาได้พอดีเมื่อเดินทางไปต่างจังหวัด - BP 140/90 mmHg	- การเห็นคุณค่าในตน - ให้คำปรึกษาเรื่องยาเป็นระยะๆ - ให้กำลังใจและความมั่นใจในการกินยาได้ถูกขนาด และถูกเวลา
7	- ลืมยาหลังอาหารเช้าและเย็นบ่อย - ยาก่อนอาหารไม่เคยลืม - ไม่กินสมุนไพรเพราะไม่เชื่อ - นึกได้ว่าลืมกินยาไม่กล้ากิน Glibizide 1x2 ac , Metformin 2x2 pc , Atenelol 1x1 od , ASA 1x1 od. - BP 140/90 mmHg	- ให้ความรู้เรื่องยาและการออกฤทธิ์โดยการอธิบายและให้แผ่นพับ “การรักษาโรคเบาหวานชนิดกิน” - ปรึกษาร่วมกับครอบครัวในการทำทางแก้ไขเรื่องลืมกินยา	❖ เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนได้ - ไม่ลืมกินยาหลังอาหารแล้ว	- ติดต่อความช่วยเหลือเงินจ้ะที่ผู้ยื่น - ภรรยาและบุตรคอยเตือนว่ากินยาแล้วยัง - อธิบายความรู้เรื่อง “โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน” - ชี้จุดห่วงใย “กลัวการฉีดยาเบาหวาน”	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - รับประทานยาได้ต่อเนื่อง ถูกขนาดตรงเวลา - BP 140/90 mmHg	- ครอบครัวยุติกำลังใจและกระตุ้นผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ - การเห็นคุณค่าในตน - มีเป้าหมายในชีวิต “อยากอยู่กับลูกนานๆ”
8	- ลดยา Metformin ด้วยตนเอง - ลืมกินยาตอนเที่ยงไม่ขาดกิน - Glibizide 1x2 ac , Metformin 1x3 pc	- ให้ความรู้เรื่องยาและการออกฤทธิ์ด้วยการอธิบายและให้แผ่นพับ “การรักษาโรคเบาหวานชนิดกิน” -	❖ เข้าใจตนเอง - ปรึกษาแพทย์ลดขนาดยาเป็น 2 เวลาหลังอาหาร แพทย์ตกลง ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - กินยาได้ต่อเนื่อง ถูกเวลา	- บริหารการใช้จ่ายด้วยตนเอง - ปรึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการใช้ยา	- แพทย์เพิ่มยา Neurobion 1x2 pc แต่ไม่กล้ากินเพราะหมอบอกว่าเป็นวิตามิน กลัวกินข้าวได้มากขึ้น ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - กินยาได้ถูกเวลา ถูกขนาด	- อธิบายสรรพคุณของยา Neurobion - ให้กำลังใจและคำชมเชยเป็นระยะๆ

ตาราง 5 (ต่อ)

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการวิจัย	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
9	- กินยาก่อนอาหารเป็นชั่วโมงเลขแล้วค่อยกินข้าว บางทีก็ลืมกินยา - ยาหลังอาหาร ไม่เคยลืม - Glibizide 2x2 ac , ASA 1x1 od . - Atenelol 1x1 pc. - BP 170/100 mmHg	- ให้ความรู้เรื่องยาและการออกฤทธิ์โดยการอธิบายและให้แผ่นพับ “การรักษาโรคเบาหวานชนิดกิน” - สะท้อนการดูแลร่วมกับครอบครัว	- แพทย์เพิ่มยาความดันโลหิตเป็น 1 x2 หลังอาหาร (เลียงหลานตลอดวันและคืน)ต่อมาปรับลดลงเท่าเดิม - เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนได้ - กินยาก่อนอาหาร 1/2-1 ชม. - ไม่ลืมกินยา	- คิดข้อความช่วยเตือนจำที่หม้อหุงข้าว - สะท้อนการปฏิบัติเรื่องการใช้จ่าย - ทบทวนความรู้เรื่องยา	- ปรับเปลี่ยนได้ - กินยาได้ถูกเวลา ถูกขนาด - BP 150/100 mmHg	- ครอบครัวให้กำลังใจและกระตุ้นผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ - ให้กำลังใจและคำชมเชยเป็นระยะๆ
10	- กินยาก่อนอาหารเช้า 1-2 ชม. - ยาหลังอาหารที่ขังลืมกินเป็นประจำ - กินฟ้าทะลายโจร - กินยาคัมของโต๊ะแทนน้ำ - Glibizide 2x2 ac , Metformin 1x3 pc	- อธิบายเนื้อหาในแผ่นพับ “การรักษาโรคเบาหวานชนิดกิน” และทำเครื่องหมายที่ขาซึ่งผู้ป่วยใส่อยู่ - ให้ความรู้เรื่องฤทธิ์ของฟ้าทะลายโจรแก่ผู้ป่วยและครอบครัว - ปรึกษาร่วมกันในการใช้ยาสมุนไพรและการลืมกินยา	- เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนได้ - กินก่อนอาหาร 1/2-1 ชม. - ไม่ลืมกินยาแล้ว - หยุดกินฟ้าทะลายโจร - หยุดดื่มชาของโต๊ะ เพราะหมด	- คิดข้อความช่วยเตือนจำที่ตู้เย็น “กินยาหลังอาหารเที่ยงแล้วหรือยัง” - ปรึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการใช้จ่าย - ทบทวนความรู้การออกฤทธิ์ของยาและการข้างเคียง - ให้ความรู้เรื่องฤทธิ์ของ “ฟ้าทะลายโจร” - สามีและบุตรเตือนว่ากินยาแล้วยัง	- ปรับเปลี่ยนกลับไปกดับมา - ดื่มน้ำจากฟางงาทดลองกิน - ปรับเปลี่ยนได้ - กินยาได้ตรงเวลา ถูกขนาด - เตรียมยาได้พร้อมเมื่อเดินทางไปต่างจังหวัด	- แสดงความคิดเห็นและปรึกษาเรื่องการใช้จ่ายสมุนไพร - อธิบายสมุนไพรที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด เช่น บุก สัก โหงเทง ใบอินทนิล น้ำ ชะพลู และกระแตไต่ไม้ (สุนทร, 2536 : 189-192) - ให้กำลังใจและคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง
11	- ไม่มีเงินที่ไม่ได้ไปเอายาแต่ตอนมีบัตรสุขภาพแล้วจึงไม่ขาดยา - ลืมกินยาก่อนอาหารเย็นประจำ - ดื่มน้ำได้ว่าลืมกินก็ไม่กล้ากินหลังอาหาร กลัวอันตราย - Glibizide 2x2 ac	- อธิบายเนื้อหาในแผ่นพับ “การรักษาโรคเบาหวานชนิดกิน” และทำเครื่องหมายที่ขาซึ่งผู้ป่วยใส่อยู่ - สะท้อนการดูแลร่วมกับครอบครัว - ให้สัญญากับสามีว่าจะกินยาทุกวันทุกมือ	- แพทย์เปลี่ยนยาเป็น Diamicon 2 x2 ac นาน 2 สัปดาห์ (ราคากินเบียร์มาก) แล้วให้เหมือนเดิม - เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนได้ - ไม่ลืมกินยาก่อนอาหารเย็น - กินก่อนอาหาร 1/2-1 ชม. - กินยาได้ต่อเนื่อง	- คิดข้อความช่วยเตือนจำที่หม้อหุงข้าวและฝาผนังข้างที่ครัวงาน “กินยาก่อนอาหารหรือยัง” - สามีและบุตรคอยเตือนให้กินยา - สะท้อนการปฏิบัติ - เขียนวันนัดของแพทย์ไว้ที่ปฏิทิน	- ปรับเปลี่ยนได้ - กินยาได้ถูกขนาดและถูกเวลา - เตรียมยาได้พร้อมเมื่อเดินทางไปต่างจังหวัด	- ให้คำปรึกษาเรื่องยาเป็นระยะๆ - ให้กำลังใจและคำชมเชยเมื่อกินยาได้ถูกต้อง - สามีและบุตรให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 5 (ต่อ)

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการวิจัย	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
12	-หลง กินเพิ่มไปก็มีพอนีก่อกว่ากินแล้วไม่รู้จะทำอย่างไร -กินยาไม่เคยขาดยา -ลืมเอายาไปนอกบ้านเป็นประจำ -รู้สึกห่วยๆ “กลัวตายและกลัวการนอนโรงพยาบาล” -Diamicon 2x2 ac , Metformin 1 x2 pc.	-อธิบายเนื้อหาในแผ่นพับ “การรักษาโรคเบาหวานชนิดกิน” และทำเครื่องหมายที่ยาซึ่งผู้ป่วยใช้อยู่ -ปรึกษาร่วมกันกับสามีผู้ป่วยหาวิธีแก้ไขการลืมกินยา	♣ เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนกดับไปกลับมา - ยังหลงบ้างในบางครั้ง ♣ ปรับเปลี่ยนได้ - กินยาก่อนอาหาร 1/2 - 1 ชม. - ไม่ลืมกินยาแล้วเพราะเห็นสติ๊กเกอร์ที่ประตู - นำมาคิดว่าเป็นประจำ.	-ติดข้อความช่วยเตือนจำที่ประตูบ้าน -จัดเตรียมยาได้เมื่อออกจากบ้าน - ทบทวนความรู้ของยาที่ใช้อยู่ - สามีเตือนกินยา	♣ ปรับเปลี่ยนได้ - กินยาได้ถูกขนาดและตรงเวลา - กินยาและรับยาต่อเนื่อง	-แสดงความคิดเห็นและปรึกษาเรื่องการรักษา - ให้กำลังใจและคำชมเชยเมื่อกินยาได้ถูกต้อง - สามีให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง
13	- ลืมกินยาก่อนอาหารเช้าเป็นประจำ - หักครึ่งยาตอนกินขมขย - Glibizide 1 1/2 x 2 ac , Metformin 2x2 pc, Atenelol 1x1 od - BP 150/90 mmHg	-อธิบายเนื้อหาในแผ่นพับ “การรักษาโรคเบาหวานชนิดกิน” และทำเครื่องหมายที่ยาซึ่งผู้ป่วยใช้อยู่ -ปรึกษาร่วมกันครอบครัวในการใช้ยาและการลืมกินยา	♣ เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนได้ - ไม่ลืมกินยาก่อนอาหารเช้าแล้ว	-ติดข้อความช่วยเตือนจำที่หูหิ้วห้องข้าวและที่ครัวงาน - ทบทวนความรู้การออกฤทธิ์ของยาและการข้างเคียง - ภรรยาและบุตรเตือนให้กินยา	♣ ปรับเปลี่ยนได้ - กินยาได้ถูกขนาดและตรงเวลา - แพทย์ลดขนาดยาเป็น Glibizide 1 x2 ac , Atenelol 1/2 x1 od. - BP 140/90 mmHg	-แสดงความคิดเห็นและปรึกษาเรื่องการรักษา - ให้กำลังใจและคำชมเชยเมื่อกินยาได้ถูกต้อง - ภรรยาและบุตรให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 6 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายจำแนกตามรายบุคคล

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการวิจัย	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
1	- ไม่ออกกำลังกาย เพราะคิดว่า การขึ้นลงบันไดวันละหลายครั้งพอแล้ว (ประมาณ 3-4 นาที ต่อครั้ง)	- สะท้อนการดูแลตนเองด้วยการแสดงความคิดเห็นต่อการออกกำลังกาย	❖ เข้าใจตนเอง - คิดจะออกกำลังกายแต่ไม่ออกกำลังกายเพราะอายุอยู่เลขฯ ❖ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา - สมัครเล่นเปตอง เพื่อไปแข่งขัน - หยุดเล่นเปตอง - สมัครเล่นแบดมินตันเพื่อไปแข่งขันเมื่อสิ้นสุดการแข่งขันก็หยุด	- แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน - ให้ความรู้การออกกำลังกายด้วยแผ่นพับและวิดีโอ “เบาหวานกับการออกกำลังกาย” - กระตุ้นให้ครอบครัวชักชวนผู้ป่วยออกกำลังกาย	❖ เริ่มปรับเปลี่ยน - เริ่มเดินรอบๆ บ้านในตอนเย็น 1-2 รอบ วันเว้นวัน และสัญญาว่าจะเดินเพิ่มเป็น 2-3 รอบ วันเว้นวัน - ซื้อเครื่องบริหารแบบไร้เท้าเหยียบแล้วตั้งวันละ 5-6 ครั้ง	- ทบทวนความรู้ และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน - ให้กำลังใจและคำชมเชยเมื่อทำตามแผนที่วางไว้
2	- ไม่รู้ว่าการออกกำลังกายแล้วทำให้น้ำตาลลด - เคยออกกำลังกายแต่หยุดไปเพราะเบื่อ และเบาหวานยังขึ้นๆ ลงๆ	- ให้ความรู้การออกกำลังกายด้วยการอธิบายตามแผ่นพับและวิดีโอ “เบาหวานกับการออกกำลังกาย” - แสดงความคิดเห็นร่วมกัน - ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ	❖ เข้าใจตนเองและเริ่มปรับเปลี่ยน - เดินออกกำลังกายในตอนเช้าวันละ 2-3 รอบ พอเหนื่อย ก็หยุด - บริหารเท้าทุกวัน 7-8 รอบ ❖ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา - ไม่ออกกำลังกายเพราะขี้เกียจ พอมาคุยแล้วอยากออกกำลังกายอีก - หยุดออกกำลังกายเพราะฝนตก	- ติดตามและกระตุ้นให้ออกกำลังกาย - ให้กำลังใจ เมื่อปฏิบัติตามเป้าหมาย - ตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ	❖ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา - เดินออกกำลังกายบ้าง หยุดบ้าง - ภูบ้านแรงๆ บ้าง ไม่นานนอน	- ให้กำลังใจ เมื่อปฏิบัติตามเป้าหมาย - กระตุ้นให้ครอบครัวชักชวนผู้ป่วยออกกำลังกาย
3	- ไม่ออกกำลังกายเพราะไม่ว่างและไม่รู้ว่าทำให้เบาหวานลด	- ให้ความรู้การออกกำลังกายด้วยการอธิบายตามแผ่นพับ - แสดงความคิดเห็นร่วมกัน	- ไม่ออกกำลังกายเพราะจัดเวลาไม่ได้ และรู้สึกวุ่นวาย	- ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ - ทบทวนความรู้ด้วยวิดีโอ “เบาหวานกับการออกกำลังกาย” แล้วแสดงความคิดเห็นร่วมกันเมื่อดูจบ	❖ เข้าใจตนเองและเริ่มปรับเปลี่ยน - ออกกำลังกายขึ้นจึงออกกำลังกาย ❖ ปรับเปลี่ยนได้ - เดินรอบบ้านได้ 2 รอบ ต่อมาเดินได้ประมาณ 15 นาที - จอดรถไกลจากจุดหมายแล้วเดิน	- ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ - ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการศึกษา	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
4	-ไม่รู้ว่าออกกำลังกายแล้วจะทำให้เบาหวานลด -เคยออกกำลังกายแต่หยุดไปเพราะไม่มีเพื่อนเดิน	-ให้ความรู้การออกกำลังกายด้วยการอธิบายตามแผนพับและคู่มือ “เบาหวานกับการออกกำลังกาย” -แสดงความคิดเห็นร่วมกัน -ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ	♣ เข้าใจตนเองและเริ่มปรับเปลี่ยน -เริ่มเดินออกกำลังกายในบ้าน 2-3 รอบ -บริหารเท้าเวลานอนและตอนว่างๆ ♣ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา -ไม่ออกกำลังกาย 2อาทิตย์แล้วเพราะไม่ว่าง มีป่า(อายุ 70 ปี)มาอยู่ด้วย	-ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ -ทบทวนความรู้ด้วยการอธิบาย และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน	♣ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา -ออกกำลังกายบ้าง หยุดบ้าง เพราะฝนตก	-ตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ -ให้คำชมเชย -คิดข้อความช่วยเตือนจำ “วันนี้ออกกำลังกายแล้วหรือยัง”
5	-เคยเดินแอโรบิกในบ้าน หยุดไป 4-5 เดือน เพราะเพื่อนบ้านถามว่าทำอะไรเสี่ยงคงดีกว่า	-ให้ความรู้การออกกำลังกายด้วยการอธิบายตามแผนพับและคู่มือ “เบาหวานกับการออกกำลังกาย” -แสดงความคิดเห็นร่วมกัน -ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ	♣ เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนได้ -เดินออกกำลังกายข้างบ้าน 2-3 รอบ แล้วมาตรวจดูเท้าทุกครั้ง -วิ่งอยู่กับที่ในบ้านถ้าฝนตก	-ตั้งเป้าหมายระยะสั้น -ทบทวนความรู้และสะท้อนการปฏิบัติตลอดจนฝึกทักษะการจับชีพจร -ให้คำชมเชย	♣ ปรับเปลี่ยนได้ -เดินสลับวิ่งข้างบ้าน 2-5 รอบแล้ว มาตรวจดูเท้าหลังวิ่ง -วิ่งอยู่กับที่ในบ้านถ้าฝนตก	-ตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ -ให้คำชมเชย -ทบทวนการจับชีพจร
6	-เคยออกกำลังกายแต่หยุดไปเพราะไม่มีเพื่อนเดิน	-ให้ความรู้การออกกำลังกายด้วยการอธิบายตามแผนพับและคู่มือ “เบาหวานกับการออกกำลังกาย” -ทั้งครอบครัว -แสดงความคิดเห็นร่วมกัน -ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ	♣ เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนได้ -เดินออกกำลังกายที่สนามกอล์ฟโดยนับก้าวให้ครบ 1,000 ก้าว -บริหารเท้าทุกวัน วันละ 5-6 รอบ	-ให้ความรู้การบริหารเท้าด้วยการอธิบายและแผนพับ “เบาหวานกับการดูแลและการบริหารเท้า” คู่มือ “การดูแลเท้า” -ฝึกทักษะการจับชีพจร	♣ ปรับเปลี่ยนได้ -เดินออกกำลังกายที่สนามกอล์ฟโดยนับก้าวให้ครบ 1,000 ก้าว -บริหารเท้าทุกวัน วันละ 5-6 รอบ	-ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย -ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ -ทบทวนการจับชีพจร -เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
7	-ไม่ออกกำลังกายเพราะคิดว่างานที่ทำเพียงพอแล้ว (ซักผ้ารีดผ้ารับจ้างของโรงแรม)	-ให้ความรู้การออกกำลังกายด้วยการอธิบายตามแผนพับและคู่มือ “เบาหวานกับการออกกำลังกาย” -ทั้งครอบครัว	-ไม่ออกกำลังกายเพราะเหนื่อยจากการทำงานและค้ามา ♣ เข้าใจตนเอง -คิดจะเดินออกกำลังกาย	-ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ -ฝึกทักษะการจับชีพจร -ให้ความรู้ด้วยคู่มือ “การดูแลเท้าและแผนพับ “เบาหวานกับการดูแลและการบริหารเท้า”	♣ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา -เดินเร็วๆ ในบ้าน 1-2 รอบ -ออกกำลังกายบ้าง หยุดบ้างไม่แน่นอน	-ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย -ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ -ทบทวนการจับชีพจร

ตาราง 6 (ต่อ)

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการวิจัย	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
8	- ไม่ออกกำลังกายเพราะขี้เกียจ	- ให้ความรู้การออกกำลังกายด้วยการ อธิบายตามแผ่นพับและคู่มือ ทั้งครอบครัว	❖ เข้าใจตนเอง - กินมากก็ท้องเดินมาก ❖ เริ่มปรับเปลี่ยน - เริ่มเดินข้างๆบ้าน วันละ 5-10 นาที	- ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ - ฝึกทักษะการจับชีพจร	❖ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา - เดินออกกำลังกายในบ้าน - วิ่งหยาะๆ อยู่กับที่เกือบทุกวัน - บางทีก็หยุดไปเป็นอาทิตย์	- ให้กำลังใจ - ตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ - สะท้อนการปฏิบัติ
9	- ไม่ออกกำลังกายและไม่รู้ว่าออก- กำลังแล้วเบาหวานลง	- ให้ความรู้การออกกำลังกายด้วยการ อธิบายตามแผ่นพับและคู่มือ ทั้ง ครอบครัว	❖ เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนได้ - เดินรอบบ้าน วันละ 4-5 รอบ - บริหารนิ้วเท้า 5-6 ครั้งต่อวัน	- ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ - ฝึกทักษะการจับชีพจร - ให้ความรู้ด้วยวิดีโอและแผ่นพับ	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - เดินออกกำลังกายรอบบ้าน 10 รอบ - หยุดเดินเพราะความดันขึ้น(ไม่ได้ พักนอน)และเดินอีกเมื่อความดันลด	- สะท้อนการปฏิบัติ - ตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ - เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
10	- ไม่ออกกำลังกายเพราะทำงานบ้าน เหนื่อยแล้ว	- ให้ความรู้การออกกำลังกายด้วยการ อธิบายตามแผ่นพับ	❖ เข้าใจตนเองและเริ่มปรับเปลี่ยน - เดินเร็วเวลาไปซื้อของปากซอย	- ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ - ให้ความรู้ด้วยวิดีโอและแผ่นพับ	❖ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา - หยุดเดินเพราะปวดและเหนื่อย	- ตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ - เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
11	❖ เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนได้ - เดินออกกำลังกายทุกวันมา 1 เดือน - ตรวจเท้าทุกครั้งหลังเดิน	- ให้ความรู้การออกกำลังกายด้วยการ อธิบายตามแผ่นพับและคู่มือ ทั้ง ครอบครัว - ให้กำลังใจและคำชมเชย	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - เดินทุกวัน 15-20 นาทีกับแฟน - บริหารเท้าทุกวันวันละ 2 เวลา และ ตรวจดูเท้าทุกครั้งที่เดิน	- สามีให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง - ให้ความรู้ด้วยวิดีโอและแผ่นพับ	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - ถ้าปวดคันและเดินเร็วๆในบ้าน	- เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน - ให้กำลังใจและคำชมเชย - ครอบครัวให้กำลังใจ อย่างสม่ำเสมอ
12	- ไม่ออกกำลังกายเพราะขี้เกียจและ หนักตัว เหนื่อย	- ให้ความรู้การออกกำลังกายด้วยการ อธิบายตามแผ่นพับ - สะท้อนการดูแลตนเอง	❖ เข้าใจตนเองและเริ่มปรับเปลี่ยน - พอเริ่มเดินก็เหนื่อยแล้วเลยไม่อยาก ออกกำลังกาย	- ตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นๆ - ให้คำปรึกษาออกกำลังกายเป็นขั้นง่ายๆ - ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ทดลองอีก - คิดข้อความ “อยากสวยต้องเดิน”	❖ ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา - จอดรถไว้ไกลจากที่หมายแล้วเดิน ไป - บางครั้งก็ขี้เกียจเดิน เหนื่อย	- ให้กำลังใจและคำชมเชย - ตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ - ปรึกษาครอบครัวให้ กำลังใจผู้ป่วยสม่ำเสมอ
13	- ไม่ออกกำลังกายเพราะทำงาน เหนื่อยแล้ว	- แสดงความคิดเห็นเรื่องการออก กำลังกายร่วมกัน	- ไม่ออกกำลังกายเพราะทำงาน เหนื่อย	- ให้ความรู้การออกกำลังกายและการดูแล เท้าด้วยการอธิบายตามแผ่นพับ	❖ เข้าใจตนเอง - คิดจะเดินตอนเย็นที่สนามฟุตบอล	- ตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆ - ให้กำลังใจสม่ำเสมอ

ตาราง 7 สรุปพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียดจากงานตามรายบุคคล

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	กลวิธี	ระหว่างกรวิจัย	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
1	-ไม่รู้ว่าเครียดแล้วทำให้น้ำตาลในเลือดสูง - ผ่อนคลายด้วยการฟังเพลง ดูทีวี ขับรถเที่ยวสะพานหิน	- สะท้อนการดูแลตนเองที่ใช้อยู่ - ให้ความรู้เรื่องเครียดและการผ่อนคลายด้วยการอธิบาย	✿ เข้าใจตนเอง เริ่มปรับเปลี่ยน - พยายามทำให้สบายๆ ด้วยการฟังเพลง ร้องเพลง สวดมนต์ - ห่อใจเรื่องเพศสัมพันธ์	-ให้ดูวิดีโอเรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน” - ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแสดงความคิดเห็นร่วมกับภรรยา	✿ ปรับเปลี่ยนได้ - เดินหนีเมื่อมีการขัดแย้ง - ทำให้สบายๆ ด้วยการฟังเพลง ร้องเพลง สวดมนต์ - ไม่ห่อใจเรื่องเพศสัมพันธ์	- สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน - ให้คำปรึกษาเรื่องการผ่อนคลายและเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง - ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง
2	- คิดมาก ไม่สบายใจ - ไม่สบายใจก่อนนอน หรือไม่ก็ไปคุยกับเพื่อน คุยกับลูก	- สะท้อนการดูแลตนเองที่ใช้อยู่ - ให้ความรู้เรื่องเครียดและการผ่อนคลายด้วยการอธิบาย	✿ เข้าใจตนเอง -นอนไม่หลับทำให้น้ำตาลขึ้น ✿ เริ่มปรับเปลี่ยน - หายใจเข้าออก พองยุบ สักพักก็หลับไป หลับได้นานกว่าเดิม	- สาธิตและฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยวิธี การควบคุมลมหายใจ พิจารณาที่ผนังหน้าห้อง - สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน	✿ ปรับเปลี่ยนได้ -นอนหลับ นอนไม่หลับก็นั่งถึงพองยุบ ทำสักพักก็หลับได้ดี	- ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง
3	- ไม่ค่อยโมโห - ไม่ค่อยคุยกับใคร - ขับรถเล่นถ้าไม่สบายใจ - ห่อใจ กลัวจะตาย และกังวลใจ	- สะท้อนการดูแลตนเองที่ใช้อยู่ - ให้ความรู้เรื่องเครียดและการผ่อนคลายด้วยการอธิบาย	✿ เข้าใจตนเอง - คิดมากเรื่องเพศสัมพันธ์ คิดมาก น้ำตาลขึ้นมาก	- สาธิตและฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยวิธี การควบคุมลมหายใจ พิจารณาที่ผนังหน้าห้อง - สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน - ปรึกษาและให้ความรู้กับภรรยาเรื่องเพศสัมพันธ์	✿ ปรับเปลี่ยนได้ - ไม่หลับก็นั่งถึง พองยุบ ทำสักพักก็หลับได้ - ไม่ห่อใจเรื่องเพศสัมพันธ์	- ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง - สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน
4	- คิดมากเรื่องลูก (เสียชีวิตแล้ว ประมาณ 1 ปี มีลูกคนเดียว) - สวดมนต์	- สะท้อนการดูแลตนเองที่ใช้อยู่ - ให้ความรู้เรื่องเครียดและการผ่อนคลายด้วยการอธิบายแก่ผู้-ป่วยและครอบครัว	✿ เข้าใจตนเอง - นอนไม่หลับเพราะน้ำตาลขึ้นตั้งแต่ 275 ไม่สบายใจ แต่ถ้าคิดมากก็ยิ่งแย่	- สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน - สาธิตและฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยวิธี การควบคุมลมหายใจ พิจารณาที่ผนังหน้าห้อง - ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง	✿ ปรับเปลี่ยนได้ - ปล่อยวางแล้วไม่คิดมาก - นึกๆจะไม่โหม่ก็จะกดไว้ด้วยพอง-ยุบ - สวดมนต์บ้างหายใจพอง-ยุบบ้าง	- ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง - สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน - เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

ตาราง 7 (ต่อ)

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการวิจัย	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
5	- ไม่คิดมากเพราะตัวคนเดียว - ฟังเพลง เดินรำ คุยกับเพื่อน	- สะท้อนการดูแลตนเองที่ใช้อยู่ - ให้ความรู้เรื่องเครียดและการผ่อนคลายด้วยการอธิบาย	❖ เข้าใจตนเอง - กลัวตาย เพราะน้ำตาไหลมากไป - ไม่คิดน้ำตาจะไม่สูง ความดันก็ลด	- ให้ระบายความรู้สึกที่กลัวตาย - สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน - สารคดีและฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยวิธี การควบคุมลมหายใจ พิจารณาที่ผนังหน้าห้อง	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - นอนหลับได้ ปัสสาวะ - เดินจงกรมบ้างควบคุมลมหายใจบ้าง ทำเกือบทุกวัน (เพื่อนแนะนำวิธีเดินจงกรมให้)	- ให้กำลังใจ ความมั่นใจ และคำชมเชยที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง
6	- โมโหร้าย - โกรธที่คนลย - ดูทีวี ฟังเพลง คุยกับพี่สาว	- สะท้อนการดูแลตนเองที่ใช้อยู่ - ให้ความรู้เรื่องเครียดและการผ่อนคลายด้วยการอธิบายและให้ดูวิดีโอ “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน”	❖ เข้าใจตนเอง - ใจเย็นลงมากแล้วคิดๆมาไม่รู้ว่า จะโมโหไปทำอะไร เดี่ยวความดันขึ้น กลัวเส้นเลือดแตก	- สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน - ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง - ให้ระบายความรู้สึกที่กลัว	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - ให้อาหาร ไปเที่ยว - ถ้าไม่สบายใจก็เรื่องเบาหวานนี้แหละขึ้นๆลงๆอยู่เรื่อย	- ให้กำลังใจ ความมั่นใจ และคำชมเชยที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง - เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
7	- คิดมากโดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่ายของลูก - กลัวลูกเป็นเบาหวาน - ดูทีวี คุยกับภรรยา	- สะท้อนการดูแลตนเองที่ใช้อยู่ - ให้ความรู้เรื่องเครียดและการผ่อนคลายด้วยการอธิบายและให้ดูวิดีโอ “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน” - ให้ระบายความรู้สึกที่กลัว	❖ เข้าใจตนเอง - คิดมากเพราะกลัวลูกสอบเข้าโรงเรียนหลวงไม่ได้แต่ถ้าคิดมากก็น้ำตาลขึ้นอีก	- สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน - ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง - ให้ระบายความรู้สึกที่กลัว - พบทวนและฝึกทักษะการผ่อนคลาย	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - ไม่ห่วงเพราะลูกรู้เรื่องเบาหวาน - ลูกสอบเข้าได้สบายใจ - ไม่กังวลแล้วสบายใจเพราะเม็ดเลือดแดงเข้มข้นลดลงและสุขภาพดีกว่าตอนที่ก่อนนี้คุมได้ดีกว่าผม	- ให้กำลังใจ ความมั่นใจ และคำชมเชยที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง - เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
8	- ไม่รู้ว่าเครียดมีผลต่อเบาหวาน - กลัวมากในคืนก่อนจะเลือกนอนไม่หลับ - กลัวผลเลือดขึ้น - ฟังเพลง สวดมนต์	- สะท้อนการดูแลตนเองที่ใช้อยู่ - ให้ความรู้เรื่องเครียดและการผ่อนคลายด้วยการอธิบายและให้ดูวิดีโอ “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน” - ให้ระบายความรู้สึกที่กลัว	❖ เข้าใจตนเองและปรับเปลี่ยนได้ - เจาะเลือดไม่กลัวแค่อยากรู้ผล - สวดมนต์บทโตเมียนาน 10-15 นาที ทุกคืน - สบายใจบางครั้งไปเที่ยวทะเลกับครอบครัวในวันหยุด	- สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน - ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - อยากรู้ว่าเม็ดเลือดแดงเข้มข้นลดลงหรือไม่ - ไม่กลัวผลการเจาะเลือด	- ให้กำลังใจ ความมั่นใจ และคำชมเชยที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง - สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน - ครอบครัวให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ

ตาราง 7 (ต่อ)

ผู้วิจัยคนที่	ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	กลวิธี	ระหว่างการศึกษา	กลวิธี	สิ้นสุดการวิจัย	กลวิธี
9	- ชอบอยู่คนเดียว ไม่คิดอะไร	- ให้ความรู้เรื่องเครียดและการผ่อนคลายด้วยการอธิบายและให้ดูวิดีโอ “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน”	❖ เข้าใจตนเอง - นอนไม่หลับ เหนื่อยล้ามาเรื่อยๆ - ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นจนปวดหัว	- สาธิตและฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยวิธี การควบคุมลมหายใจ พิจารณาที่ผนังหน้าห้อง - บริกษาและเตรียมคนเลี้ยงเด็ก	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - เวลาหายใจเข้าออก พุทโธ จนหลับไป - ความดันลดลงสู่ปกติ	- ให้คำชมเชยที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง - สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน - ครอบครัวยกย่องให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ
10	- คิดมากเรื่องสามีดื่มเหล้า - โมโหร้าย - กลัวนึกเขาเบาหวาน - คุยกับเพื่อนบ้าน เล่นกับสุนัข	- ให้ความรู้ด้วยการอธิบายและให้ดูวิดีโอ - ให้ระบายความรู้สึกที่กลัว	❖ เข้าใจตนเอง เริ่มปรับเปลี่ยน - พยายามพูดกับสามีเรื่องคิดมากก็น้ำตาคลัน - มีสุนัขเป็นเพื่อนเมื่อไม่สบายใจ	- ตั้งเป้าหมายร่วมกันระยะสั้น (วิธี การให้สามีดื่มเหล้าลดลง) - ทบทวนความรู้แก่ครอบครัว	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - สามีหยุดเหล้าแล้ว - เล่นกับสุนัข และดูทีวี - อยากรู้ผลเลือด ไม่กลัวนึกเขา	- ให้คำชมเชยที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง - สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน - ครอบครัวให้กำลังใจสม่ำเสมอ
11	- ชอบคิดมาก - ชอบร้องเพลง	- ให้ความรู้เรื่องเครียดและการผ่อนคลายด้วยการอธิบายและให้ดูวิดีโอ	❖ เข้าใจตนเอง เริ่มปรับเปลี่ยน - เลิกคิด พยายามหาวิธีทุกอย่างเพื่อให้ น้ำตาคลลด - ไม่คิดอะไร เอาใจมาขับเพลง	- ตั้งเป้าหมายร่วมกันระยะสั้น - ให้คำชมเชยที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง - ครอบครัวให้กำลังใจสม่ำเสมอ	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - สบายใจ ไม่คิดอะไร - ร้องเพลงบ้างสวดมนต์บ้าง ส่วนใหญ่จะร้องเพลง	- ครอบครัวให้กำลังใจสม่ำเสมอ - ให้คำชมเชยที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง - สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน
12	- คิดถึงลูกที่เสียชีวิตแล้ว (มีลูกคนเดียว) - ไม่สบายใจ จะอยู่คนเดียว - ไม่รู้ว่าเครียดทำให้เบาหวานขึ้น	- ให้ระบายความรู้สึก - ให้ความรู้เรื่องเครียดและการผ่อนคลายด้วยการอธิบายและให้ดูวิดีโอ	❖ เข้าใจตนเองและเริ่มปรับเปลี่ยน - คิดใจเรื่องลูกได้	- ให้กำลังใจและคำชมเชย	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - ไม่คิดอะไร - ต้องการลดน้ำหนัก	- สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน
13	- โมโหง่าย โกรธง่าย - ไม่รู้ว่าเครียดทำให้เบาหวานขึ้น - นอนไม่หลับ คิดมากเรื่องที่ทำงาน	- ให้ความรู้เรื่องเครียดและการผ่อนคลายด้วยการอธิบายและให้ดูวิดีโอ	❖ เข้าใจตนเอง - คิดมากความดันก็ขึ้น เบาหวานก็ขึ้น	- สาธิตและฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยวิธี การควบคุมลมหายใจ พิจารณาที่ผนังหน้าห้อง	❖ ปรับเปลี่ยนได้ - เดินหนีจากที่มีคนขัดแย้ง - พยายามทำให้สบายไม่คิดมาก - เบาหวานลงความดันลงสบายใจ	- ครอบครัวให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ - สะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน

พบว่าผู้ป่วยสนุกกับการชั่งปริมาณอาหาร ชักถามมากขึ้น และสนใจแผ่นพับมากขึ้น ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้ใช้วีดีโอเป็นสื่อในการให้ความรู้เป็นระยะๆ ตลอดการวิจัยร่วมกับการสะท้อนความคิดเห็นของผู้ป่วย ภายหลังได้ดูวีดีโอ ซึ่งในวงจรที่ 1 จะเน้นที่การให้ความรู้ และใช้เวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์ ในการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ของตนเอง

บทเรียนที่ได้จากวงจรที่ 1 นี้คือ การเปลี่ยนจากเรื่องที่ไม่รู้ไปเป็นรู้ เรื่องที่ไกลตัวไปเป็นเรื่องใกล้ตัว ซึ่งในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้คิดพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเอง โดยการให้ความรู้ซึ่งได้ผ่านการทดลองฝึกฝนในกลวิธีการให้ความรู้ สรุปได้ว่าวิธีการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพคือ การอธิบายและการสะท้อนความคิดเห็นภายหลังการสาธิตและการได้ดูวีดีโอ วีดีโอ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าผู้ป่วยคนอื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกับตน ซึ่งโน้มน้าวจิตใจให้ผู้ป่วยมีพลังในการปฏิบัติ ส่วนสื่อแผ่นพับนั้น เหมาะกับผู้ป่วยที่สนใจหรือมีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา แต่ตัวอักษรต้องโตและควรมีภาพประกอบ นอกจากนี้การใช้เรื่องที่ผู้ป่วยห่วงใยเป็นตัวกระตุ้น เช่น กลัวบุตรเป็นเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยตระหนักและสนใจที่จะค้นหาวิธีการแก้ไขร่วมกัน

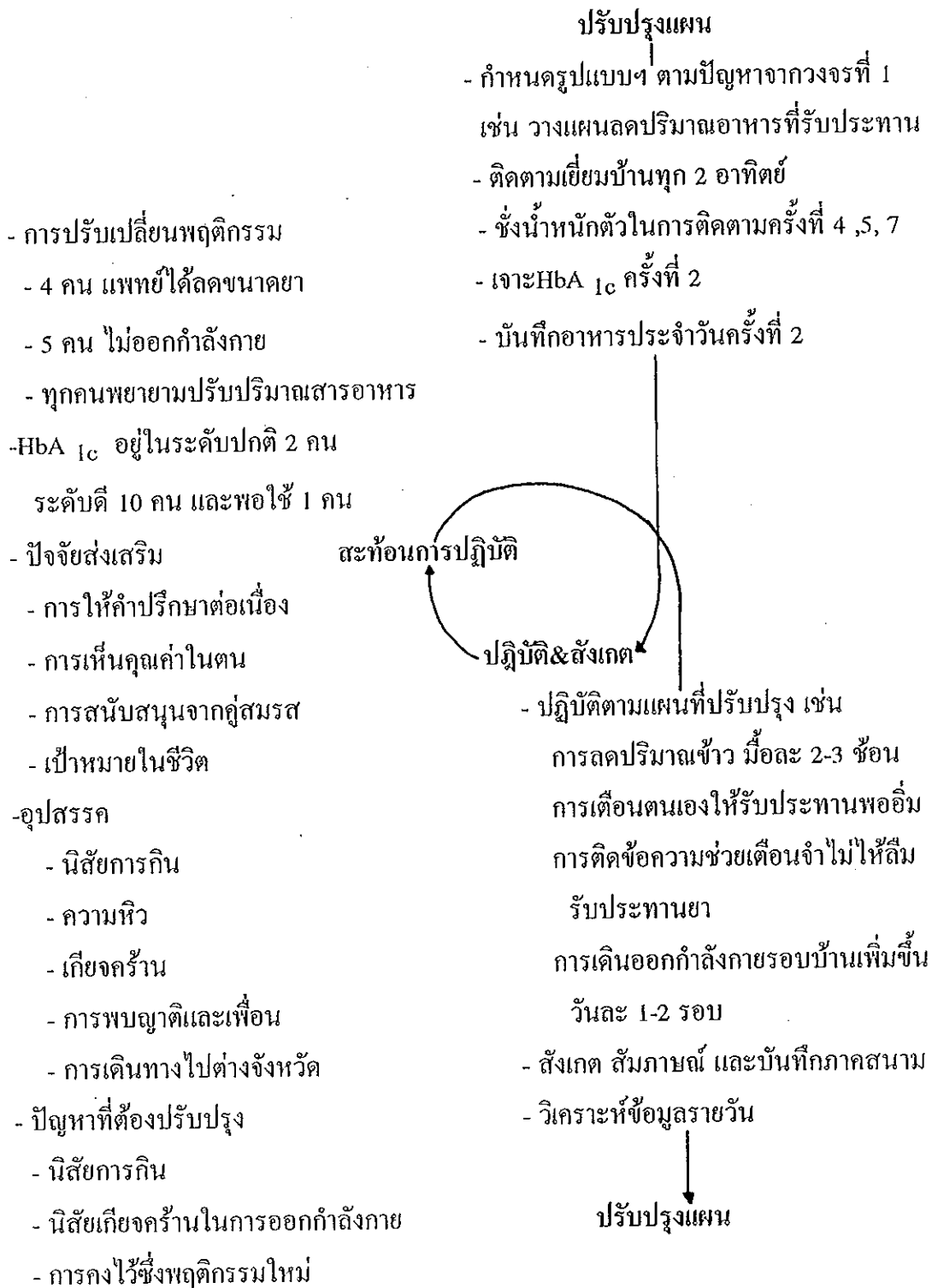
2.2.2 วงจรที่ 2 : ปรับเปลี่ยนการดูแลตนเอง (ใช้เวลาประมาณ 10-15 สัปดาห์ การติดตามครั้งที่ 1-8) จากวงจรที่ 1 ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ของตนเองจึงเริ่มปรับเปลี่ยนทัศนคติและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนการดูแลตนเอง ซึ่งเริ่มปรับเปลี่ยนตั้งแต่การติดตามครั้งที่ 1 ดังภาพประกอบ 3

2.2.2.1 การปรับปรุงแผน

ผู้วิจัยนำปัญหาที่ต้องปรับปรุงจากวงจรที่ 1 เช่นเรื่อง นิสัยการกิน นิสัยการออกกำลังกาย การให้คำปรึกษากับผู้สมรสของผู้ป่วย มาวางแผนแก้ปัญหาและปรับปรุงรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย เช่น

- การแบ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเป็นขั้นตอนย่อยๆ ง่ายๆ โดยการลดปริมาณอาหารลงทีละนิด หรือเริ่มเดินรอบบ้าน 1-2 รอบ
- ตั้งเป้าหมายในแต่ละพฤติกรรม
- ปรับเปลี่ยนการติดตามเป็นทุก 2 อาทิตย์
- ชั่งน้ำหนักตัว ในการติดตามครั้งที่ 4, 5 และ 7
- บันทึกอาหารประจำวันครั้งที่ 2 ในการติดตามครั้งที่ 7
- เจาะเลือดผู้ป่วยตรวจ HbA_{1c} ครั้งที่ 2 ในการติดตามครั้งที่ 7

ภาพประกอบ 3 ผลสะท้อนการปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ :
วงจรที่ 2



2.2.2.2 การปฏิบัติและสังเกต

ผู้ป่วยและผู้วิจัยปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุงใหม่ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะ คือ เข้าใจตนเอง (วงจรที่ 1) เริ่มปรับเปลี่ยน ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา และปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองนี้ ผู้ป่วยได้จัดลำดับพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนตามความต้องการของตน

นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องสังเกตพฤติกรรมของตนเองที่เปลี่ยนไปด้วยตลอดจนปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเอง ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เจาะลึก บ้านพัก เทป บ้านที่ภาคสนาม สังเกตปริมาณและชนิดอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน สังเกตอาหารในครัว ในตู้เย็น สังเกตความรู้สึกและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เจาะเลือดผู้ป่วยตรวจ HbA_{1c} ครั้งที่ 2 ซึ่งน้ำหนักตัว วิเคราะห์ข้อมูลรายวัน และวิเคราะห์แบบ บันทึกอาหารประจำวัน ครั้งที่ 2

ในวงจรนี้เน้นที่การหาวิธีไปใช้ในการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้ได้ผลซึ่งปรับเปลี่ยนไปตามแต่ละบุคคล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มเปลี่ยนในพฤติกรรมการใช้ยาเป็นอันดับแรก ต่อมาคือการควบคุมอาหาร การจัดการกับความเครียดและการออกกำลังกาย ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่ง่ายที่สุดในการปรับเปลี่ยนโดยการให้ความรู้และใช้วิธีการติดข้อความช่วยเตือนจำ ก็สามารถแก้ปัญหาได้ อย่างเช่นในกรณีของนิค ดิมรับ-ประทานยาก่อนอาหารเย็นเป็นประจำ ภายหลังผู้ป่วยติดข้อความช่วยเตือนจำที่หูมือหุงข้าว และฝาผนังข้างที่ครัวงานว่า “กินยาก่อนอาหารหรือยัง” นิคก็สามารถปรับเปลี่ยนการรับประทานยาได้ ซึ่งนิคกล่าวว่า “ไม่ลืมกินยาแล้วเพราะพอดักข้าวกินก็เห็นสติ๊กเกอร์ทุกทีจนจำได้” ในเรื่องการควบคุมอาหาร ได้ใช้กลวิธีการลดปริมาณข้าวลงครึ่งละนิค เช่น ตักข้าวในปริมาณเท่าเดิมแล้วตักออก 2-3 ช้อน ต่อมื้อ ประมาณ 1-2 อาทิตย์ แล้วปรับการตักข้าวใหม่และใช้กลวิธีเดิม จนสามารถลดปริมาณข้าวได้ ที่สำคัญคือต้องอาศัยเวลา ในบางรายผู้ป่วยกำหนดว่าการตักข้าวออกช้อนแรก ให้แทนคุณบิดา ช้อนที่สอง ให้แทนคุณมารดา ช้อนที่สาม ให้แทนคุณครูบาอาจารย์ บางครั้งผู้วิจัยได้ชี้แนะทางเลือกให้หลายๆ ทางโดยนำมาจากกลวิธีที่ผู้ป่วยอื่นประสบผลสำเร็จ เช่น การเตือนตนให้กินพออิ่ม กินก่อน 18.00 น. เป็นต้น

ผู้วิจัยสังเกตได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมที่กลับไปกลับมา เช่นในกรณีของนิค ซึ่งพยายามควบคุมอาหารจากการรับประทานเต็มที่ ไปเป็นลดปริมาณอาหารและเลือกชนิดอาหารที่รับประทาน และกลับรับประทานเต็มที่อีกเมื่อพบญาติพี่น้อง ซึ่งนิคได้กล่าวว่า “อยู่บ้านพอคุมได้บ้างแต่พอพบพี่น้อง กินเต็มที่ ทั้งเปียร์และเหล้า”

2.2.2.3 การสะท้อนการปฏิบัติ

ผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนการปฏิบัติการดูแลตนเองในกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ ตลอดจนสะท้อนถึงปัจจัยส่งเสริมให้ตนเองปฏิบัติได้ หรืออุปสรรคที่ทำให้ปฏิบัติตามแผนไม่ได้ พร้อมกับให้ความหมายว่ากิจกรรมที่ทำนั้นหมายถึงอะไรหรือทำอะไรเพื่ออะไรและค้นหาวิธีการที่จะพัฒนาการดูแลตนเองต่อไปร่วมกัน ในการสะท้อนการปฏิบัติผู้วิจัยต้องอธิบายปรากฏการณ์และสรุปการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ระหว่างการวิจัยไว้ในตาราง 4, 5, 6 และ 7 ตามลำดับ สะท้อนระดับฮิโมโกลบินเอวันซี ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลวิธีส่งเสริมและปัญหาที่ต้องปรับปรุง โดยใช้ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลในขั้นปฏิบัติและสังเกต และสะท้อนแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและสร้างข้อสรุปหรือสมมุติฐานชั่วคราว

ในวงจรที่ 2 ได้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในเรื่องการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้วิธีการชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ในกรณีของศักดิ์ผู้วิจัยได้สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา ซึ่งศักดิ์ได้กล่าวว่า “แต่ก่อนลืมกินยาหลังอาหารบ่อย ตอนนี้ทั้งภรรยาและลูกคอยเตือนว่ากินยาแล้วหรือยัง เลยไม่ลืมกินยาแล้วเพราะจำได้” แนวคิดและกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้นำมาใช้ปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยแบ่งพฤติกรรมต่างๆเป็นขั้นตอนย่อยๆ และง่ายๆ เช่น ในพฤติกรรมการออกกำลังกายผู้ป่วยเริ่มปรับเปลี่ยนโดยเริ่มเดินรอบบ้านวันละ 1-2 รอบ แล้วเพิ่มจำนวนรอบขึ้นจนสามารถเดินได้นานถึง 20-30 นาที ต่อวัน การสะท้อนการปฏิบัติ เป็นการสะท้อนในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้เพราะอะไรด้วยคำถามปลายเปิด และการเพิ่มพลังอำนาจในตน (Empowerment) ในเรื่องการเพิ่มความเชื่อมั่นในการปฏิบัติด้วยการเข้าใจในสิ่งที่ตนปฏิบัติอย่างถ่องแท้ เช่น ในกรณีของสาว ผู้ป่วยสามารถปรึกษากับแพทย์ได้ในเรื่องการปรับเปลี่ยนขนาดยาให้เป็นไปตามที่ตนต้องการ ซึ่งแพทย์ได้ตกลงและลดขนาดยาเหลือเพียง 2 เวลาหลังอาหาร ตามที่สาวต้องการ

ในวงจรนี้เน้นกลวิธีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประมาณ 10-12 สัปดาห์ และผู้วิจัยพบว่ากลวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญคือการสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ได้ให้ความรู้เพิ่มด้วยการอธิบายร่วมกับใช้วีดีโอเป็นสื่อ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสนใจและศึกษาความรู้จากแผ่นพับที่ให้ไว้เพิ่มขึ้น อุปสรรคที่พบบ่อยมากคือ

การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

บทเรียนที่ได้จากวงจรที่ 2 คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต้องอาศัยเวลา อาศัยความอดทน และกำลังใจ นอกจากนี้กลวิธีที่สำคัญคือ การสะท้อนการปฏิบัติการดูแลตนเองร่วมกัน โดยเฉพาะการให้ความหมายของกิจกรรมที่ทำหมายถึงอะไร หรือทำเพื่ออะไร ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ และเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้การสะท้อนจากกราฟเส้นตรงแสดงระดับฮีโมโกลบินเอวันซีทำให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดได้ชัดเจน ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวและการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

2.2.3 วงจรที่ 3 : ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ใช้เวลาประมาณ 8-10 สัปดาห์ การติดตามครั้งที่ 9-10) จากวงจรที่ 2 ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองและเริ่มปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง ในวงจรนี้จึงเป็นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติของผู้ป่วย ดังภาพประกอบ 4

2.2.3.1 การปรับปรุงแผน

นำปัญหาที่ต้องปรับปรุงจากวงจรที่ 2 เช่น นิัยการกิน การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ให้ต่อเนื่อง มาวางแผนแก้ปัญหาและปรับปรุงรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกัน เช่น

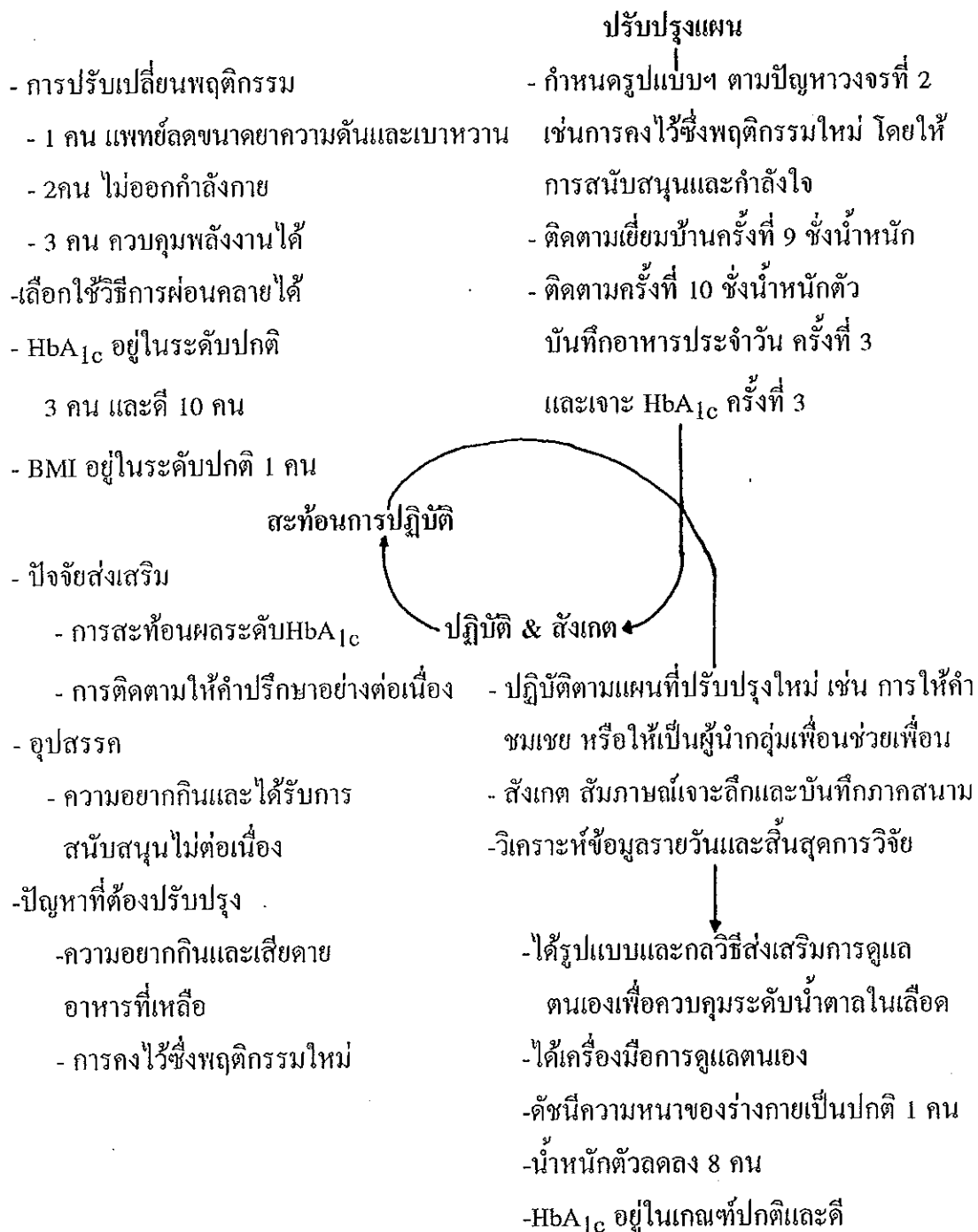
- การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ให้ต่อเนื่อง โดยการร่วมกันค้นหาปัจจัยที่สนับสนุนให้คงพฤติกรรมใหม่ได้

- ตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองในแต่ละพฤติกรรม
- ปรับเปลี่ยนการติดตามเป็นทุก 3-4 อาทิตย์
- ชั่งน้ำหนักตัวในการติดตามครั้งที่ 9 และ 10
- บันทึกอาหารประจำวันครั้งที่ 3 ในการติดตามครั้งที่ 10
- เจาะเลือดตรวจระดับ HbA_{1c} ครั้งที่ 3 ในการติดตามครั้งที่ 10
- ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group) เพราะผู้ป่วยได้ให้ความสนใจต่อผู้ป่วยอื่นที่อยู่ในการวิจัยนี้

2.2.3.2 การปฏิบัติและสังเกต

ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุงใหม่ โดยเฉพาะการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ ซึ่งพยายามค้นหากลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมใหม่ได้ และสังเกตพฤติกรรมตลอดจนปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ผู้วิจัยทำการ

ภาพประกอบ 4 ผลสะท้อนการปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ :
วงจรที่ 3



สัมภาษณ์เจาะลึก บันทึกเทป บันทึกภาคสนาม สังเกตปริมาณและชนิดอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน สังเกตอาหารในครัว ในตู้เย็น สังเกตความรู้สึกและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เจาะเลือดผู้ป่วยตรวจ HbA_{1c} ครั้งที่ 3 ซึ่งน้ำหนัก วิเคราะห์ข้อมูลรายวัน และวิเคราะห์แบบบันทึกอาหารประจำวัน ครั้งที่ 3

ในวงจรนี้เน้นที่ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองที่เปลี่ยนไป เช่น การสะท้อนการปฏิบัติการดูแลตนเองด้วยกราฟเส้นตรง โดยผู้ป่วยลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองและติดไว้ที่บ้าน ในกรณีของซิม ซึ่งพึงพอใจที่กราฟเส้นตรงแสดงระดับการควบคุมโรคลดจากพอใช้มาเป็นดีมากหรือปกติในการเจาะเลือดครั้งที่ 2 และในการเจาะเลือดครั้งที่ 3 ได้ HbA_{1c} ร้อยละ 6.4 เช่นเดิม ผู้ป่วยได้ลากเส้นกราฟด้วยตนเอง และแสดงความคิดเห็นต่อการปฏิบัติการดูแลของตนว่า "ที่ที่ควบคุมโรคได้ ไม่ต้องใช้ยาฉีด เพราะได้รู้ว่าตนเองทำอะไรตลอดเวลา และพอเห็นเส้นกราฟลงมาอยู่ในระดับปกติที่มีแรงทำต่อ"

2.2.3.3 การสะท้อนการปฏิบัติ

ผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนการปฏิบัติการดูแลตนเองในกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ รวมทั้งผู้ป่วยได้สะท้อนหรืออธิบายถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้ตนเองปฏิบัติได้ และสาเหตุหรืออุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน พร้อมกับให้ความหมายว่ากิจกรรมที่ทำนั้นหมายถึงอะไรหรือทำเพื่ออะไรและค้นหาวิธีการที่จะช่วยให้ตนเองคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดใหม่ร่วมกัน ในการสะท้อนการปฏิบัติผู้วิจัยต้องอธิบายปรากฏการณ์และสรุปการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดการวิจัยไว้ในตาราง 4, 5, 6 และ 7 ตามลำดับ สะท้อนระดับฮิโมโกลบินเอวันซี ดัชนีความหนาของร่างกาย ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลวิธีส่งเสริมและปัญหาที่ต้องปรับปรุง โดยอาศัยข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นปฏิบัติและสังเกต สะท้อนแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและสร้างข้อสรุปหรือสมมุติฐานชั่วคราว และสรุปผลที่ได้จากงานวิจัยเพราะได้สิ้นสุดการวิจัยในวงจรที่ 3 นี้

ในวงจรที่ 3 นี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในเรื่องการให้ความช่วยเหลือการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ด้วยวิธีการสนับสนุนทางด้านจิตใจและการจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ในกรณีของนิต ผู้ป่วยได้รับคำชมเชยจากสามีในเรื่องการออกกำลังกายว่า "แฟนผมเก่ง เดินออกกำลังกายทุกวันเลย ผมเลยได้ออกกำลังกายกับเขาด้วย เพราะไปเดินเป็นเพื่อน" ซึ่งส่งเสริมให้นิตสามารถออกกำลังกายได้ต่อเนื่องตลอดการวิจัย หรือกรณีของเซ้ง ได้กล่าวว่า "นี่พอได้คำชมว่าทำถูกแล้วดีแล้ว เหมือนชื่นใจมีแรงทำต่ออีก..." การสะท้อนผลการปฏิบัติ ซึ่งได้การสะท้อน

ให้ผู้ป่วยเห็นเป็นรูปธรรมถึงผลของการปฏิบัติการดูแลตนเองได้ต่อเนื่องด้วยกราฟเส้นตรง แสดงระดับของฮีโมโกลบินเอวันซี และการเพิ่มพลังอำนาจในตน เช่น ในกรณีของจิมได้ สนับสนุนให้เป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และได้แสดงความคิดเห็นตลอดจน วิธีการที่ทำให้ตนเองควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีได้เป็นปกติในการตรวจครั้งที่ 2 และ 3

จุดเน้นของวงจรนี้คือ ปัจจัยส่งเสริม เช่น การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่อง การเห็นคุณค่าในตน คือ ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนร่วมกับผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายของตน จึงเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและแสดงความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้อื่นต่อไป การสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และจากการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สังเกตได้ว่าผู้ป่วยทุกคนพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างสนุก โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เพียงตั้งคำถามเท่านั้นเนื่องจากพื้นฐานความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้รับการปรับความรู้ให้ใกล้เคียงกันแล้ว และ ผู้ป่วยได้ผ่านการทดลองปฏิบัติจนปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และมีผลฮีโมโกลบินเอวันซีเป็นไปตามเป้าหมาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและมีความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

บทเรียนที่ได้จากวงจรที่ 3 นี้ คือ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดใหม่ได้ คือ การสะท้อนผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม เช่น ให้ผู้ป่วยบันทึกกราฟระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ครั้งที่ 2 และ 3 ด้วยตนเอง เมื่อเห็นระดับกราฟลดลงผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย และได้แสดงกราฟของตนเองต่อผู้อื่น เช่น คู่สมรสและบุตร เพื่อนบ้าน และการสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัว นอกจากนี้การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ภายหลังการปรับให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีความรู้ใกล้เคียงกันแล้วทำให้ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนอย่างเต็มที่และสนุก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดของสตราว์และคอร์บิน (Strauss & Corbin, 1990 : 57-193) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลรายวัน เป็นการวิเคราะห์แบบสร้างข้อสรุป (Induction analysis) ซึ่งนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตการบันทึกภาคสนามและการสะท้อนการปฏิบัติ ปัจจัยส่ง-

เสริมและอุปสรรคการดูแลตนเอง ตลอดจนข้อมูลที่ได้จากการบันทึกอาหารประจำวันในแต่ละรายตลอดวงจรการวิจัย ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1.1 ตรวจสอบข้อมูลจากการถอดข้อความเทปบันทึกเสียง การบันทึกภาคสนาม แล้วบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนและถูกต้องในแบบบันทึกสถานการณ์ (ภาคผนวก ข.)

1.2 เลือกคำที่เป็นคำหลัก (Key words) จากแบบบันทึกสถานการณ์ ไว้ในช่องระบุคำหลัก

1.3 นำคำที่เป็นคำหลักมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล และแยกประเภทข้อมูลตามคำถามการวิจัย เช่น การดูแลตนเองเรื่อง การควบคุมอาหาร การไข้ยา เป็นต้น

1.4 ตีความเบื้องต้นตามแนวคิด/หลักการ/ทฤษฎีและความคิดเห็นของผู้วิจัยและสรุปเป็นแนวคิด/สมมุติฐานชั่วคราว

1.5 ตั้งคำถามเพิ่มเติม เพื่อจะซักถามในข้อมูลส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน พร้อมกับวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป

2. วิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั้งหมดอย่างลึกซึ้งจนสามารถตอบคำถามการวิจัยได้

2.1 หาคำหลัก นำคำหลักมาจำแนก เปรียบเทียบข้อมูลและจัดกลุ่มในเรื่องการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การไข้ยา การจัดการกับความเครียด เป็นต้น

2.2 จัดหมวดหมู่ข้อมูลและตีความ เป็นการอธิบายแปลความหมายของข้อมูลในระดับลึกตามแนวคิด/หลักการ/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเชื่อมโยงเปรียบเทียบหรือตัดทอนเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่สำคัญและเฉพาะเจาะจง

2.3 สร้างข้อสรุปในการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

กล่าวโดยสรุปในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยทั่วไป ระยะที่ 2 วางแผนรูปแบบการดูแลตนเอง ระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแลตนเองไปปฏิบัติ และสรุปการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 : เข้าใจสถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ การทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิบัติและเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนผู้ป่วยจากไม่รู้ไปเป็นรู้ และจากเรื่องไกลตัวไปเป็นเรื่องใกล้ตัว กลวิธีที่ใช้คือ การให้ความรู้ ด้วยการสาธิต อธิบาย และสะท้อนความคิดเห็นของผู้ป่วยภายหลังดูวิดีโอ การตั้งเป้าหมายของระดับน้ำตาลในเลือด และสะท้อนสิ่งที่ผู้ป่วยห่วงใย ซึ่งกว่าที่จะได้มาถึงการเข้าใจสถานการณ์ ผู้วิจัยได้ผ่านการลง

คิด-ลองดูในการใช้เทคนิคของการให้ความรู้ โดยแรกเริ่มผู้วิจัยใช้สื่อแผ่นพับและการอธิบาย พบว่า ผู้ป่วยไม่ค่อยสนใจแผ่นพับ จึงปรับโดยการสาธิตและวีดีโอ และสะท้อนความคิดเห็น ภายหลังการดูวีดีโอ พบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจและร่วมแสดงความคิดเห็นมากขึ้น ซึ่งสื่อแผ่นพับเหมาะกับผู้ป่วยที่สนใจ หรือมีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา และแผ่นพับควรมีขนาดตัวอักษรที่โตและมีภาพประกอบ แต่ยังมีผู้ป่วยบางคนที่ไม่ปรับเปลี่ยนจึงย้อนกลับไปดูบันทึกภาคสนาม ทำให้รู้ว่าผู้ป่วยมีความห่วงใยในเรื่องใกล้ตัว เช่น กลัวบุตรเป็นเบาหวาน และกลัวการฉีดยาเบาหวาน จึงเน้นการเจาะลึกถึงเรื่องความห่วงใยของผู้ป่วยและการปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ของตนเองและเริ่มปรับเปลี่ยน นอกจากนี้ในการใช้สื่อวีดีโอ ผู้วิจัยต้องเตรียมอุปกรณ์ทั้งหมดคิดครดไปด้วยทุกครั้ง เพราะผู้ป่วยบางคนไม่มีอุปกรณ์ดังกล่าว ในวงจรที่ 2 : ปรับเปลี่ยนการดูแลตนเอง ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ ความไม่แน่ใจในการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่และการย้อนกลับพฤติกรรมเดิม กลวิธีที่ใช้เพื่อแก้ปัญหา คือ การสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม การสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัว และการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง วงจรนี้ผู้วิจัยเหนื่อยใจเป็นที่สุด เพราะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่ก่อตัวมานาน และสร้างพฤติกรรมใหม่ให้เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่ยาก ผู้วิจัยต้องเพิ่มพลังจิตใจให้ตนเองมีความอดทนและเขียนข้อความเตือนใจไว้ที่กระจกว่า “ผู้ป่วยเบาหวานรอความช่วยเหลือที่จริงจังอยู่นะ” นอกจากนี้มีปัญหาในการจัดตารางเวลาติดตามผู้ป่วยเพราะในช่วงนี้ต้องติดตามผู้ป่วยทั้ง 13 คน ซึ่งต้องมีการติดตามทั้งหมด 26 ครั้งต่อเดือน ทำให้เหนื่อยทั้งในการติดตามเยี่ยมและการวิเคราะห์ข้อมูลรายวันซึ่งต้องกระทำทุกวัน บางครั้งก็ทำไม่ทันงานวิเคราะห์ก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ พอมีเวลาก็ต้องเร่งงานที่ค้างทั้งหมดให้ทัน จึงไม่มีเวลาส่วนตัวในการพักผ่อน ก็ปรับวิธีการใหม่โดยการจัดตารางเวลานัดเยี่ยมผู้ป่วยวันละ 2-3 คน และถ้าเป็นไปได้ก็นัดผู้ป่วยที่อยู่ใกล้เคียงกันในวันเดียวกัน และต้องพยายามทำงานในแต่ละวันให้เสร็จสิ้น และ ในวงจรที่ 3 : ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ปัญหาที่เกิดขึ้นในวงจรนี้คือ การกลับไปกลับมาของพฤติกรรมเดิม กลวิธีที่ใช้คือ การสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม และการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องวงจรนี้ผู้วิจัยเริ่มสบายขึ้น ไม่เหนื่อยมาก เพราะผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ในการติดตามเป็นเพียงการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมและให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้วิจัยได้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในช่วงเวลาหนึ่งของชีวิต แต่ปัญหายังคงมีอยู่ต่อไปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย คือ การลดน้ำหนักและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จึงเสนอผลการวิจัยและการอภิปรายผลควบคู่กันโดยนำเสนอตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเครื่องมือประกอบการให้ความรู้ ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วย คู่มือการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน แผ่นพับอาหารภาคใต้ แผ่นพับการออกกำลังกาย และแผ่นพับการรักษาโรคเบาหวานชนิดกิน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งมารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2537- เดือนกรกฎาคมพ.ศ. 2538 โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 13 คน ดังรายละเอียดในตาราง 8

ตาราง 8 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 13 คน)

ข้อมูล	จำนวน	ข้อมูล	จำนวน
เพศ		ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน	
ชาย	4	เพียงพอ	9
หญิง	9	เหลือเก็บ	4
อายุ (ปี)		การวินิจฉัยโรค	
40 - 50	7	เบาหวาน	6
51 - 60	6	เบาหวานและความดันโลหิตสูง	7
ศาสนา		ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น	
พุทธ	12	เบาหวาน	
อิสลาม	1	น้อยกว่า 5 ปี	7
สถานภาพสมรส		5 - 10 ปี	5
คู่	12	มากกว่า 10 ปี	1
หม้าย	1	ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา		ปกติ (4.4-6.4)	-
ประถมศึกษาตอนต้น	11	ดี (6.4-8.0)	4
ประกาศนียบัตร	1	พอใช้ (8.1-10.0)	8
ปริญญาตรี	1	ไม่ดี (10.1 ขึ้นไป)	1
อาชีพ		ดัชนีความหนาของร่างกาย (กก/ม ²)	
รับราชการ	4	อ้วนระดับที่ 1 (25-29.9)	6
งานบ้าน	7	อ้วนระดับที่ 2 (30.0-49.9)	7
รับจ้าง (ชักค้า, ล้างจาน)	2	อ้วนระดับที่ 3 (40.0 ขึ้นไป)	-

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1.5-2 เท่า (Vannasaeng, et al., 1986, อ้างตามคุชณีย์, 2531 : 140) อาจเป็นเพราะว่านิสัยการบริโภคและนิสัยการออกกำลังกายของเพศชาย/หญิงแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ศึกษาเกินกว่าครึ่งทำงานบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงานระดับปานกลาง (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารฯ, 2532 : 31) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอกับรายจ่าย

เพราะจากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่มีฐานะปานกลางและดี มีที่อยู่อาศัยเป็นของตัวเอง และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดภูเก็ตมานานกว่า 10 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมานานน้อยกว่า 5 ปี เพราะตามลักษณะของโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จะเริ่มปรากฏเมื่อผู้ป่วยมีอายุประมาณ 40 ปีขึ้นไป (Felig & Bergman, 1995 : 1158) และลักษณะตัวอย่างของกลุ่มที่ศึกษานี้ผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 40-50 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูงเป็นภาวะแทรกซ้อน เพราะการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ทำให้มีการสะสมของสารซอร์บิทอล (Sorbitol) ร่วมกับการที่มีระดับไขมันในเลือดสูงไปเกาะกลุ่มกันที่ผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) (วัดลาและอดิษฐ์, 2534 : 252) และขนาดรูของหลอดเลือดลดลง ทำให้หัวใจต้องเพิ่มแรงในการทำงานมากจึงเกิดความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Myocardial infarction) ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายเฉียบพลัน (Sudden death) ที่พบมากในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Felig & Bergman, 1995 : 1197) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยที่ศึกษาทุกคนมีดัชนีมวลกายของร่างกาย (BMI) มากกว่าปกติหรืออ้วน ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งมีความอ้วนอยู่ในระดับที่ 2 และผู้ป่วยที่ศึกษาทุกคนมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงกว่า 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และเมื่อส่งเลือดตรวจฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) เพื่อประเมินการควบคุมโรคเบาหวานพบว่า ส่วนใหญ่มีการควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในระดับพอใช้ (HbA_{1c} ร้อยละ 8.1-10.0)

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ศึกษามีลักษณะเด่น 3 ประการ คือ 1) ขาดความรู้ 2) รู้แต่ทำไม่ได้และไม่ได้ทำ 3) เพิ่ม/ลดขนาดยาเอง

1. ขาดความรู้ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 13 คน ขาดความรู้เรื่องปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน และขาดความรู้ในการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยเช่น แปรงฟัน ตัดเล็บ การเช็ดตัวให้แห้ง การดูแลบาดแผลตนเอง ผู้ป่วยจำนวน 12 คน ขาดความรู้ในเรื่องพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วย 11 คน ขาดความรู้ในเรื่องความเครียดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วย 4 คน ขาดความรู้ในเรื่องการใช้ยาทำให้เข้าใจผิด และผู้ป่วย 3 คน ขาดความรู้เรื่องการออกกำลังกายจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่ง(สิทธิ์)ได้ให้ความเห็นเรื่องความรู้ในการดูแลตนเองว่า

สิทธิ์ : "ผมไม่เคยได้รับคำแนะนำอะไรมาเลยหมอบอกอะไรบอกแต่ให้ลดของหวานไม่ให้กิน ให้ดื่มน้ำหวานน้ำอัดลมไม่รู้ลดแล้วจะเกิดอะไรขึ้น... ไม่ค่อยออกกำลังกายเพราะถือว่าเดินขึ้นลงบันไดสอนนักเรียนพอแล้ว... ไม่เคยรู้ว่าเวลาเครียดจะทำให้น้ำตาลในเลือดขึ้น"

ดังนั้นในการพัฒนาผู้ป่วยกลุ่มขาดความรู้นี้ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ด้วยการสอนเป็นรายบุคคล ซึ่งใช้หลักการสอนในผู้ใหญ่ (สมจิต, 2536 : 45-47) คือสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ และเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะเรียนรู้ ร่วมกับการฝึกทักษะปฏิบัติโดยเน้นที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ตลอดจนให้ผู้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง นอกจากนี้ได้ใช้วิธีการชี้แนะ (Orem, 1995 : 16-17) ในการพัฒนาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการเสนอทางเลือกในการปฏิบัติหลายๆ ทาง เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาและตัดสินใจปฏิบัติการดูแลตนเอง

2. รู้แต่ทำไม่ได้และไม่ได้ทำ ผู้ป่วยที่ศึกษาทุกคนทำไม่ได้ในเรื่อง การควบคุมอาหาร ให้ต่อเนื่องทำไม่ได้เพราะขัดแย้งกับนิสัยการรับประทานอาหารของตนเอง เช่น เสียหายเมื่อมีอาหารเหลือ ชอบรับประทานของหวานๆ ทอดๆ มันๆ และดื่มสุราเพราะกลัวเสียเพื่อน เช่น แดงและคอเลาะห์ได้ให้ความเห็นว่า

แดง : "จะทำได้ควบคุมอาหารได้ก็เมื่อรู้ว่าเบาหวานขึ้น ส่วนใหญ่จะกินตามใจแต่ก็ยังเลือก ๆ อยู่บ้าง เพราะกลัวตายเหมือนกัน (จากการสังเกต ผู้ป่วยจะรับประทานประเภททอดๆ มาก)...บางทีกิน ๆ เข้าไปไม่อยากให้ของเหลือเสียตาย"

คอเลาะห์ : "ผมกินเหล้าทุกเย็นกับเพื่อนรู้ว่าไม่ควรกินเพราะหมอบอกว่าอย่ากิน แต่หยุดกินคงทำไม่ได้เดี๋ยวเสียเพื่อน"

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ (10 คน) ไม่ได้ทำในเรื่องออกกำลังกาย เพราะเกียจคร้านและเข้าใจว่างานที่ทำอยู่เป็นการออกกำลังกายแล้ว ในกรณีของเสรีฐและกิมได้แสดงความคิดเห็นว่า

เสรีฐ : "ทำงานแบบนี้ (การโรง ปิดเปิดประตู ส่งเอกสาร และทำสวนในโรงเรียน) ก็เป็นการออกกำลังกายแล้ว แต่ผมเดินทั้งวันนะ"

กิม : "ไม่ได้ออกกำลังกาย ชีคร้าน (เกียจคร้าน) มันหนักตัว บางทียกขาที่ปล่อยให้หล่นเอง เดินนิดเดียวแค่เสาไฟฟ้าก็เหนื่อยแล้ว"

ดังนั้นในการพัฒนาผู้ป่วยกลุ่มรู้แต่ทำไม่ได้และไม่ได้ทำ โดยการให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการ และให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและอุปสรรคของตนเอง เพื่อนำมาวางแผนแก้ปัญหาลงมือปฏิบัติตามแผนสะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงวิธีการดูแลตนเองร่วมกับผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการดูแลตนเองได้

3. เพิ่ม/ลดขนาดยาเอง พบว่าผู้ป่วยจำนวน 3 ราย เพิ่มขนาดยาเอง เพราะมีความต้องการให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าครั้งที่ผ่านมา โดยรับประทานยาเพิ่มเฉพาะในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย และผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ลดขนาดยาเพราะคิดว่ายาที่รับประทานอยู่มากพอแล้ว

ควรมีวิธีอื่นที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ลดลงมากกว่าการเพิ่มขนาดยา เช่น ในกรณีของคอเลสเตอรอลซึ่งเพิ่มขนาดยาเองให้ความเห็นว่า

คอเลสเตอรอล : "หมอให้ผมกินยาก่อนอาหารเช้า 1 เม็ด เย็น 1/2 เม็ด ผมกินตอนเย็น 1 เม็ด เพราะซื้อร้านหักยาถ้ายาที่หักเตรียมไว้หมด แต่ถ้าวันรุ่งขึ้นเป็นวันที่หมอสั่งเจาะเลือดผมกิน 1 เม็ด หรือเม็ดครึ่ง อยากทดลองว่าผลเลือดจะลดลงกว่าเดิมที่แล้วหรือไม่ ปรากฏว่าลดลงจริง หมอไม่รู้หรือ เพราะไม่เคยถามอย่างนี้ก็บอกแล้วว่าเดี๋ยวนี้เบาหวานลดนะ..."

และจากผลของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าที่สูงขึ้นตลอดทำให้ผู้ป่วย 4 รายแสวงหาหาสมุนไพรชนิดต่างๆ มารับประทานร่วมกับยาจากโรงพยาบาล เพราะเชื่อว่ายาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมน้ำตาลในเลือด ดังเช่น กรณีของอ๊อ เป็นผู้ป่วยที่ไข้ยาสมุนไพรได้ให้ข้อมูลว่า

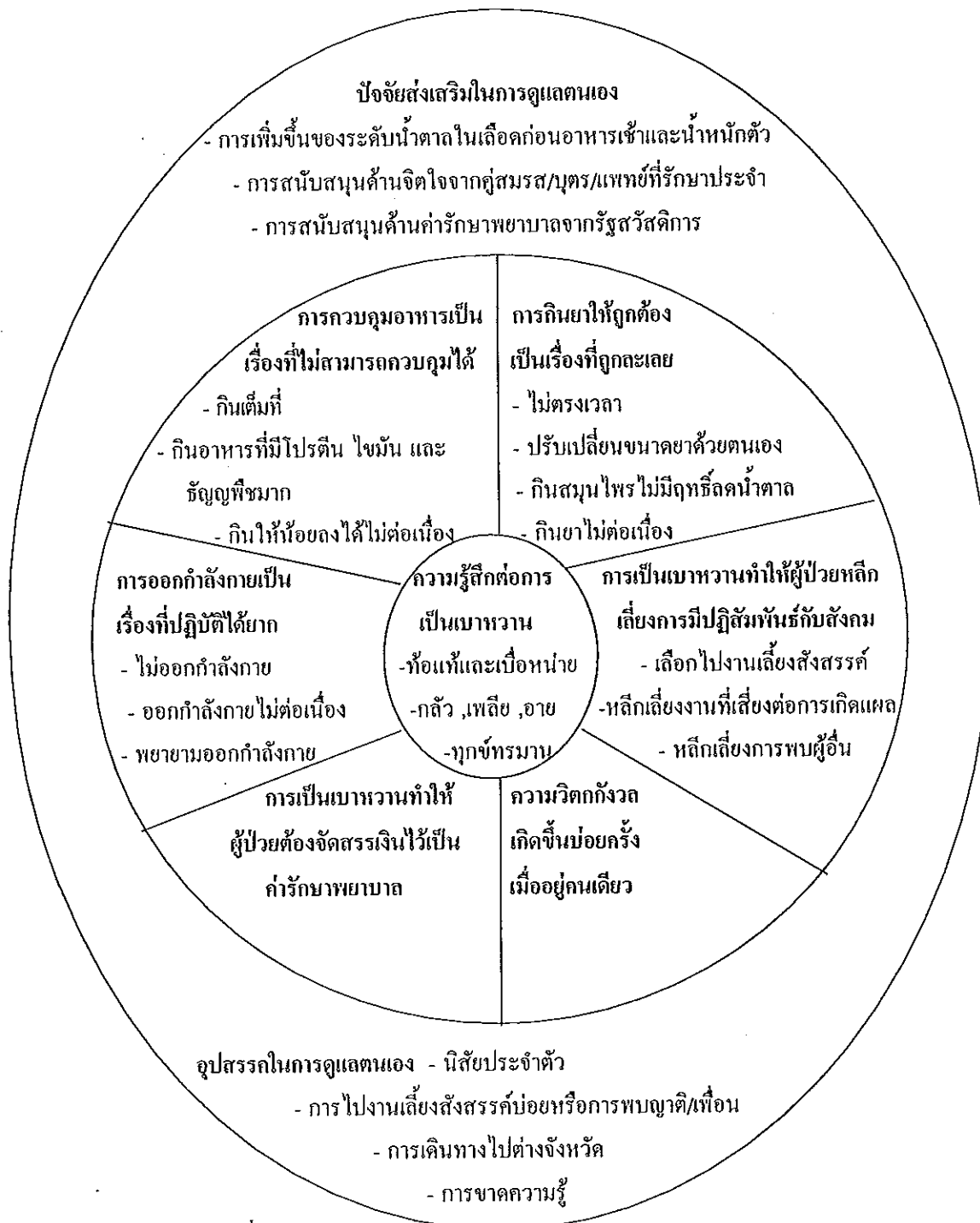
อ๊อ : "พี่ไปทั่วใครบอกว่ายาตรงไหนดีก็ไปเอามากินแค่นั้นใจอยากให้น้ำตาลมันลดแต่ไม่ยอมลด...ยาสมุนไพร ฟ้าทะลายโจร ยาลูกกลอนที่เขาทำเสกให้บ้าง กินเข้าไป แต่ยาโรงพยาบาลก็ไม่ทั้งกินยาเบาหวานของโรงพยาบาลมิชชั่นด้วย กินคู่กันทั้งวัชรระ มิชชั่นและยาสมุนไพรอยากให้น้ำตาลลด แต่ไม่ยอมลดซักทีขึ้นตั้งแต่หน้าทุเรียนปีที่แล้วไม่ยอมลงเลย..."

ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อในการควบคุมโรคและพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วย ผู้วิจัยต้องให้ความรู้เรื่องยาเบาหวานตามที่ผู้ป่วยใช้ รวมถึงสมุนไพรด้วย ความรู้และฝึกทักษะการควบคุมโรคด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองทุกขั้นตอนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนการปฏิบัติด้วยผลของระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

การดำรงชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ : กรณีศึกษา

ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นเบาหวาน ผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่ภายใต้ปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลให้ควบคุมโรคได้จนตลอดชีวิต ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและสรุปผลการศึกษาของการดำรงชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังภาพประกอบ 5 และเสนอรายละเอียดการศึกษาตามลำดับดังนี้คือ ความรู้สึกรู้สีก่อนการเป็นเบาหวาน การดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด การเปลี่ยนแปลงทางสังคม รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง

ภาพประกอบ 5 การมีชีวิตรอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ : กรณีศึกษา



ลักษณะผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษา

- ส่วนใหญ่มีสีโมโกลบิณเอนซินอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 8.1-10.0)
- ทุกคนมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน
- เกินกว่าครึ่งมีดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับที่ 2 (30.0-39.9 กก./ม²)

1. ความรู้สึกต่อการเป็นเบาหวานของผู้ป่วย

ปัจจุบันผู้ป่วยยอมรับว่าตัวเองเป็นเบาหวานและต้องควบคุมตนเองอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเงื่อนไขหรือปัจจัยที่จำเป็นต้องดูแลตนเองตลอดจนความไม่แน่นอนของโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่างๆ ดังนี้คือ

1.1 ท้อแท้และเบื่อหน่าย

ท้อแท้และเบื่อหน่ายเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคนเพราะอีตอัดที่จะต้องควบคุมตนเองจนตลอดชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และมีความรู้สึกที่ไม่แน่นอนต่อการคุกคามของโรคเบาหวาน เช่นในกรณีของ คอเลาะห์และแดงได้แสดงความคิดเห็นว่า

คอเลาะห์ : "ไม่อยากเป็นโรคเบาหวาน พ่อก็ตายด้วยเบาหวาน พี่สาวก็เป็น ผมมาเป็นอีกมันรู้สึกว่่าอ่อนไปหมดเบื่อกินยาไปจนตาย ทำอะไรกินอะไรต้องระวังบางทีก็ทำลืมๆ ไป อยากกินอะไรก็กิน แต่พอผลเลือดขึ้นสูงก็กังวล มันไม่มีความสุขหรอกอีตอัดไปหมด"

แดง : "ยากินไป กินมาไม่หายสักที (ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้) ขึ้น ๆ ลง ๆ อยู่แบบนี้เลยเบื่อก ๆ เซ็ง ๆ ไม่อยากทำอะไร เบื่อไปทุกอย่าง มันท้อไปหมด"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้สึก ท้อแท้/เบื่อหน่าย เพราะอีตอัดที่ต้องจำกัดและควบคุมการดูแลตนเองตลอดชีวิต ตลอดจนมีความรู้สึกที่ไม่แน่นอนในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโรคเบาหวานซึ่งเป็นการรู้สึกที่เกิดขึ้นในการเจ็บป่วยเรื้อรัง เพราะเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ใช้เวลานานในการรักษาซึ่งไม่หายขาดแต่ทำให้ทุเลาได้ และอาจมีอาการกำเริบได้เป็นครั้งคราว มีการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันต่ออวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพขึ้น หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ และต้องให้ความช่วยเหลือรักษาพยาบาลระยะยาว (Stephens, 1992 : 9) สอดคล้องกับการศึกษาของลันด์แมน และคณะ (Lundman, et al., 1988) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเบื่อหน่าย และท้อแท้ในการดูแลตนเองมาก

1.2 กลัว

ผู้ป่วยทุกคนมีความรู้สึกกลัวเพราะได้รับรู้ความรุนแรงของโรคมาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ หรือจากการพูดคุยและเห็นผู้ป่วยอื่น หรือจากประสบการณ์ตรงของตัวเองผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวต่อการฉีดยาเบาหวานทุกวัน กลัวตาบอด กลัวถูกตัดขาหรือเป็นแผลที่เท้า กลัวการรับรู้ผลระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า กลัวตาย กลัวบุตรเป็นเบาหวาน และกลัวผู้อื่นรังเกียจ ซึ่งเป็นความห่วงใยที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่ตนเองรัก ผู้ป่วยได้อธิบายความรู้สึกดังกล่าวว่า

สาว : "ไม่อยากเจาะเลือด กลัวแต่ว่าผลเลือดจะขึ้น...กลัวตาบอด เพราะลำบากเวลามองอะไรไม่เห็นเป็นภาระแก่ลูกหลาน...กลัวฉีดยาเบาหวานทุกวัน เพราะมันเจ็บ และทรมานที่

ต้องทำร้ายตนเองทุกวัน"

ศักดิ์ : "เป็นห่วงแต่ลูกฮ้วนๆ ทั้งนั้น กลัวจะเป็นเบาหวานพอดตอนที่เขา โต ๆ กัน เพราะฮ้วนแล้วก็จะชอบกินหวาน ๆ"

อ้อ : "เวลาไปกินงาน...ไม่กล้าเอามือวางบนโต๊ะ...เพราะอายกลัวคนอื่นรังเกียจ...เลิบบ เป็นเชื้อรา"

กลัวเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกคามจิตใจอยู่ตลอด เพราะผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูล พบเห็นและมีประสบการณ์ตรงกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของคาลเลแกน และวิลเลียม (Callaghan & Williams, 1994 : 133) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้สึกที่สูญเสียความเป็นอยู่แบบสบาย ๆ ของชีวิต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องควบคุมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร กลัวที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงขณะทำงาน และความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งเป็นผลกระทบต่อชีวิตที่เป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยกลัวที่จะเป็นภาระของครอบครัว กลัวความรู้สึกเจ็บปวดและคันที่เท้า และผู้ป่วยที่มีครอบครัวแล้วจะวิตกกังวลและกลัวบุตรเป็นเบาหวานในอนาคต และการศึกษาของอาร์มสตรอง (Armstrong, 1987 : 564-565) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานวิตกกังวลต่อการเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ตาบอด ไตวาย สูญเสียขาหรือการเผชิญกับระดับน้ำตาลที่ขึ้นๆ ลงๆ และเกิดความรู้สึกที่สับสนและความไม่แน่นอนในการดูแลตนเอง

1.3 เพลีย

ความรู้สึกเพลียเกิดในผู้ป่วยส่วนใหญ่ 9 ใน 13 คน โดยเฉพาะเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่ได้กินของหวาน กินได้ให้ข้อมูลว่า

กิม : "ถ้าวันไหนไม่ได้กินของหวาน ๆ หรือชาค้ำเย็นแล้วจะเพลีย ๆ ทำอะไรไม่ได้เลย เอาแต่นอน มันไม่ชุ่มชื้นหัวใจ ทำอะไรก็ไม่มีแรง ดูเหนื่อย ๆ (ซ้ำไม่ร้องไว) ยังไงไม่รู้"

1.4 อาย

อายเป็นความรู้สึกที่พบใหม่ในการศึกษานี้ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพียงคนเดียว คือ แซงซึ่งเป็นเพศหญิง ทำงานบ้านทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการพบปะผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ แซงได้อธิบาย

แซง : "ตั้งแต่เป็นเบาหวานนี้ อายคนไม่กล้าออกไปไหน อายไปหมด บางที ก็กลัวเขาจะรังเกียจเลยอยู่แต่บ้านหรือไม่ก็บ้านพี่น้องบ้านพ่อแล้วๆ นี่ (ชี้ไปทางบ้านที่อยู่ใกล้ๆ กันกับบ้านผู้ป่วย)"

นอกจากนี้ผู้ป่วย 3 ใน 13 คน มีการคิดเชื้อราที่เล็บของนิ้วมือ 2 คน นิ้วเท้า 1 คน ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าให้ใครดูนิ้ว เพราะอายและคิดว่าเล็บตนสกปรก อ้อได้อธิบายความรู้สึกว่า

อี : "(เอาเล็บให้ดู) เล็บเป็นแบบนี้มานาน ๆ แล้ว เมื่อก่อนเป็นทุกนิ้วเลยตอนนี้หาย
ไปเหลือเพียงเล็บเดียว เวลาไปกินงานหรือคุยกับใครไม่กล้าเอามือมาวางบนโต๊ะ เอาแต่กุมมือ
ไว้บนตัก ไม่เอาขึ้นมาเพราะอาจกลัวคนอื่นรังเกียจ และดูแล้วไม่สะอาดตา"

1.5 ทุกข์ทรมาน

ทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ศึกษาเกินกว่าครึ่งมีภาวะแทรกซ้อน
ของโรคเบาหวานต่อระบบหลอดเลือดและประสาท และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้
ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ทุกข์ทรมานต่ออาการชาเจ็บและคันที่ขาจนนอนไม่หลับ ปวดมึนที่ท้ายทอย
บ่อย ตามองเห็นไม่ค่อยชัด อวัยวะเพศอ่อนตัวใช้งานไม่ได้ และรำคาญเพราะตกขาวมาก ดัง
มีรายละเอียด ต่อไปนี้

1.5.1 ชา เจ็บและคันที่ขาจนนอนไม่หลับ

ผู้ป่วยเกินกว่าครึ่ง (7 ใน 13 คน) มีอาการชา เจ็บและคันที่ขาทั้งสองข้าง ซึ่งมัก
เป็นมากในเวลากลางคืน ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ และมีวิธีการบรรเทาอาการดังกล่าว โดยลุก
นั่งห้อยเท้าลง หรือเดิน หรือเอาน้ำเย็นราดขา กิมและใจแสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่า

กิม : "ขาที่มีมือและเท้ามาเป็นปี ๆ แล้ว เป็น ๆ หาย ๆ เวลาเป็นขึ้นมาจะร้อน ๆ คัน
ๆ ที่ขาทั้งสองข้าง ทำให้นอนไม่หลับต้องลุกนั่ง หรือเดิน ถ้าไม่หายก็ต้องเอาน้ำเย็นมาราดขา
โดยมากเป็นตอนกลางคืน บางครั้งก็เจ็บมาจนถึงขาอ่อน ขา ๆ เวลาหยิกก็ไม่รู้สึกเจ็บ..."

ใจ : "ปวดอย่างแรง (ปวดมาก) เจ็บเหมือนมีหนามตำ ที่ฝ่าเท้า เรื่อยมาจนถึงข้อเท้า
เวลาเดินเหมือนเท้าไม่ถึงพื้น เป็นมา 4-5 ครั้งแล้ว เป็น 2-3 วันแล้วหายไป นี่เป็นอีกหนี่ครั้งนี่
จะเจ็บและปวดมากจนนอนไม่หลับ ไม่รู้จะทำอย่างไรแล้ว"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานชาเจ็บและคันที่เท้าจนนอนไม่หลับ
เพราะมีการเสื่อมของเส้นประสาทและหลอดเลือดแดงตีบ การที่เส้นประสาทเสื่อม (Diabetic
neuropathy) เกิดขึ้นได้เพราะมีการทำลายแอกซอน (axon) บางส่วนของเยื่อไมอีลิน(Myelin
sheath) ชวานเซลล์ (Schwann cells) และมีการเพิ่มของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเพราะน้ำตาลกลูโคสที่
อยู่ในเลือดถูกเปลี่ยนเป็นซอร์บิตอล (Sorbitol) ซึ่งเป็นสารที่ดูดน้ำได้ดี ทำให้เซลล์บวม และถูก
ทำลาย (คุชฌี, 2531 : 170) ความชุกของเส้นประสาทเสื่อมพบว่าเท่ากับร้อยละ 7.5 ตั้งแต่เริ่ม
แรกผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (ชัยชาญ, 2536 : 376) เส้นประสาทรับความ
รู้สึกเสื่อมทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาและรู้สึกเหมือนเดินบนหมอกหรือก้อนเมฆ และบางครั้งผิว
หนังก็จะไวต่อความรู้สึกแม้จะถูกกับคำพูดที่นอนก็จะรู้สึกเจ็บมาก เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ
เนื้อเสื่อม ทำให้กล้ามเนื้อขาอ่อนกำลังไม่มีแรงเป็นตะคริวและปวดน่องได้ง่าย เส้นประสาท

อัตโนมัติเสื่อมทำให้เหงื่อออกที่เท้าลดลงผิวหนังจึงแห้งแตกเป็นร่องได้ง่าย นอกจากนี้มีการลัดวงจรของเลือดจากหลอดเลือดแดงสู่หลอดเลือดดำมากขึ้นโดยไม่ผ่านหลอดเลือดฝอย (Arteriovenous shunting) ทำให้อุณหภูมิที่เท้าเพิ่มขึ้นและเลือดแดงไหลผ่านหลอดเลือดฝอยลดลงทำให้การนำอาหารและออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อลดลง และการที่หลอดเลือดแดงตีบจะมีความรู้สึกเจ็บปวดและชา จึงมีอาการปวดแสบ ปวดร้อน ตามกล้ามเนื้อและปวดมากในตอนกลางคืน (ชัยชาญ, 2536 : 376-377) สอดคล้องกับความรู้สึกของเมอร์เรย์ (Murray, 1993 : 36-42) ที่อธิบายว่าเมื่อเส้นประสาทเสื่อมทำให้เธอมีความรู้สึกที่เท้าและขาทั้งสองข้างว่าชาเจ็บ มีความรู้สึกที่ไวต่อสิ่งที่มากระทบทำให้เจ็บเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิที่เท้าปราศจากความรู้สึกและสูญเสียการควบคุม ซึ่งความรู้สึกที่ขาและเท้าทำให้เธอตื่นขึ้นในเวลากลางคืน

1.5.2 ปวดมึนที่ท้ายทอยบ่อย

ผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งหนึ่ง (7 คนใน 13 คน) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงภายหลังการเป็นเบาหวาน และต้องรับประทานยาเบาหวานควบคู่กับยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นสิทธิได้แสดงความรู้สึกต่อการเป็นความดันโลหิตสูงว่า

สิทธิ : "ผมเป็นเบาหวานมาปีกว่า พอรู้ว่าเป็นเบาหวานไม่กี่เดือนถัดมา หมอบอกว่าเป็นความดันโลหิตสูงด้วย ผมงงไปหมดว่าทำไมถึงเกิดขึ้นได้เร็ว สงสัยตัวเองเหมือนกันว่าทำไมปวดมึนที่ท้ายทอยบ่อย พอไปตรวจก็พบว่ามีความดันโลหิตสูงนั่นแหละ...."

จากการที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีความดันโลหิตสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจพบได้ตั้งแต่เริ่มแรก หรือพบในระยะเวลาใกล้เคียงกัน มักเกิดจากการมีหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (Atherosclerosis) จากการเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือด โคเลสเตอรอล ไขมัน (lipoprotein) คอเลสเตอรอล และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน มารวมกันที่ผลของเยื่อเส้นเลือดเกิดเป็น atheroma ในหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อยและหัวใจต้องใช้แรงมากขึ้นในการบีบตัวให้เลือดไหลเวียนไปทั่วตัว (คุชฎี, 2531 : 170) จึงทำให้มีความดันโลหิตสูง และเกิดการปวดมึนท้ายทอยเพราะเลือดไหลเวียนได้ไม่สะดวก ความดันโลหิตสูงนี้จะพบในผู้ป่วยเบาหวานได้ตั้งแต่ร้อยละ 10-68 ส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่าชาย (สาริต, 2536 : 115) ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเป็นเพศหญิง 5 คน และชาย 2 คน

1.5.3 ตามองเห็นไม่ค่อยชัด

ผู้ป่วย 3 ใน 13 คน มีการเปลี่ยนแปลงของการมองเห็นทำให้ตามัวมักเป็นในช่วงเช้า พอสายก็หายไป แต่บางครั้งก็จะอยู่นาน 1-2 วัน ผู้ป่วยต้องไปเปลี่ยนเลนส์แว่นตาหลายครั้งเพราะคิดว่าสายตาสั้น เช่น ในกรณีของนิคได้อธิบายความรู้สึกนี้ว่า

นิต : "อ่านหนังสือก็ไม่ค่อยเห็น ยิ่งถ้าตัวเล็ก ๆ อ่านไม่ออกเลย บางทีพอตื่นมาก็เหมือนเป็นฝ้าขาว มองอะไรมันไม่ชัด ฟาง ๆ มัว ๆ ยังไงไม่รู้ บางทีเป็น 2-3 วัน กว่าหาย เคยไปตัดแว่น มาใส่แล้วก็ยังเหมือนเดิม"

ความรู้สึกที่ตามองเห็นไม่ค่อยชัดเพราะเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเนื้อเยื่อเลนส์ จะเปลี่ยนกลูโคสเป็นซอร์บิตอลและฟรุสโตส ด้วยเอนไซม์อัลโดรีดักเตส (Aldose-reductase) และซอร์บิตอลไฮโดรจีเนส (Sorbitoldehydrogenase) ซึ่งดึงน้ำเข้าเลนส์ ทำให้เลนส์นัยน์ตาเกิดการหักเหแสงเพิ่มขึ้น จะพบอาการสายตามัวและสายตาสายตาจะเปลี่ยนเป็นชนิดสายตาสั้น และเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลงสู่ระดับปกติ ทำให้สายตาสายตาเป็นปกติหรือเป็นสายตาสายตาได้ (คุณผิว, 2522 : 35) ดังนั้นในการให้ความรู้ผู้ป่วยควรใช้วิธีการอธิบายแทนสื่อด้วยแผ่นพับซึ่งมีอักษรขนาดเล็กหรือปรับปรุงแผ่นพับให้โตขนาดที่ผู้ป่วยมองเห็นและอ่านได้

1.5.4 อวัยวะเพศอ่อนตัวใช้งานไม่ได้

ผู้ป่วยเพศชายครึ่งหนึ่ง (2 ใน 4 คน) มีการอ่อนตัวของอวัยวะเพศ ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับภรรยา และเกิดความไม่สบายใจกับตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ในกรณีของคอเลาะห์ ได้อธิบายความรู้สึกนี้ว่า

คอเลาะห์ : "มีปัญหาเหมือนกัน ไม่กล้าบอกกับใคร บางทีทะเลาะกับแฟนเรื่องนี้แหละ ไม่รู้ว่าทำไมถึงอ่อนตัวไปเลย ไม่ค่อยเหมือนเดิม คิดอยู่เหมือนกันไม่ค่อยสบายใจ"

อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในผู้ป่วยเบาหวานมีสาเหตุจากประสาทส่วนปลายอักเสบทำให้ อวัยวะเพศไม่แข็งตัวและหมดความรู้สึกทางเพศ การที่อวัยวะเพศแข็งตัวได้เนื่องจากการกระตุ้นของประสาทพาราซิมพาเธติกที่ 2, 3, 4 อาจเป็นการกระตุ้นทางจิตใจหรือรีเฟล็กซ์ทำให้ หลอดเลือดแดงที่มาสู่อวัยวะเพศขยายตัวเลือดมาหล่อเลี้ยงและกักอยู่ในช่องคาเวอนัส (Cavernus) ซึ่งมีลักษณะเหมือนฟองน้ำ ยึดพองตัวออกแล้วกดหลอดเลือดดำทำให้เลือดไหลกลับได้น้อยลง เป็นเหตุให้อวัยวะเพศแข็งพองอยู่ได้นาน เมื่อประสาทนี้พิการจึงเป็นเหตุให้ หลอดเลือดไม่ขยายตัว และเลือดมาสู่องคชาติน้อย นอกจากนี้ยังอาจเกิดได้จากการตีบของ หลอดเลือดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และมีการศึกษาที่พบว่าโดยเฉลี่ยผู้ป่วยเบาหวานชายจะหมดความรู้สึกทางเพศถึงร้อยละ 50 (สนอง, 2522 : 18-22)

1.5.5 ไอจนเบื่อ

ผู้ป่วยจำนวน 5 คน มีการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันทำให้ไอบ่อยมากขึ้นจนความรู้สึกที่เบื่อหน่าย อาจเกิดจากการได้รับควินบุรีนในครอบครัว หรือที่ทำงานดังความรู้สึกของแดงที่อธิบายว่า

แดง : " (โอ) โออย่างนี้เป็น ๆ หาย ๆ กินยาแก้ไอ ก็ดีขึ้นบ้าง แล้วก็ไออีกเสมหะก็ไม่มี กินยาไอชะเบือเลยเลิกกินยาแก้ไอไป" (สามีของแดงสูบบุหรี่วันละ 2-3 ซอง)

1.5.6 รำคาญเพราะตกขาวมาก

ผู้ป่วยเพศหญิงส่วนน้อย (2 ใน 9 คน) มีการคันที่ช่องคลอดและตกขาวบ่อยมาก ทำให้ผู้ป่วยรำคาญ เพราะการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เชื้อราเจริญเติบโตได้ดีในที่อับชื้น ผู้ป่วยต้องระวังความสะอาดร่างกายเพิ่มขึ้น จึงได้อธิบายความรู้สึกว่า

กิม : "บอกไม่ถูกว่าคันยังไง คันจนเกาแทบไปหมดอยากเกาให้หายคันแต่บางที่ก็คัน บางที่ก็ไม่คัน ตกขาวก็มีเยอะ ไปหาหมอได้ยามาสอด ดีขึ้นสักระยะหนึ่งก็คันช่องคลอดอีกเป็น ๆ หาย ๆ แบบนี้น่ารำคาญ"

การไอบ่อย อาจเกิดจากการระคายเคืองของทางเดินหายใจจากควันบุหรี่ที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลในครอบครัวหรือที่ทำงาน การมีตกขาว ก่อให้เกิดความรำคาญและเบื่อหน่ายแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะโรคเบาหวานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยา มีการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดแดง คือเม็ดเลือดแดงมีการจับกลุ่มกันง่ายเพราะผู้ป่วยมีอัลฟาโกลบูลิน (Alpha-globulin) อัลฟาวันแอนตี้ทริปซิน (Alpha 1-antitrypsin) และ ไฟบริโนเจน (Fibrinogen) ในเลือดสูงจึงทำให้เลือดไหลเวียนช้าเพราะมีความหนืดเพิ่มขึ้น อายุของเม็ดเลือดแดงสั้นลงซึ่งจะกลับมาเป็นปกติเมื่อควบคุมเบาหวานได้ดี มีฮีโมโกลบินเอวันซีสูงขึ้นทำให้การปล่อยออกซิเจนให้กับเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลง มีภาวะโลหิตจางจากไตวายเรื้อรังหรือการดูดซึมธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 และกรดโฟลิกบกพร่อง มีการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดขาว ทำให้เกิดความผิดปกติในหน้าที่ของนิวโทรฟิล (Neutrophil) หรือลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย มีการเปลี่ยนแปลงของเกร็ดเลือด คือ เกร็ดเลือดมีจำนวนลดลง อาจเป็นผลมาจากการขาดวิตามินบี 12 และมีการเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการแข็งตัวของเลือด ซึ่งทำให้เกร็ดเลือดเกาะกลุ่มกันเพิ่มขึ้น (สุรพล, 2532 : 70-72) ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงมีการติดเชื้อได้ง่าย เพราะมีความผิดปกติในหน้าที่ของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล และลิมโฟไซต์ และเลือดไหลเวียนช้าเพราะมีความหนืดมาก

✓ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความรู้สึกต่อการเป็นเบาหวานเป็นไปในด้านที่ถูกต้องจิตใจเช่น ท้อแท้ เบื่อหน่าย กลัวและทุกข์ทรมาน อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาทุกคนเป็นผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และเกินกว่าครึ่งมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้กลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่อ้วน ซึ่งมีนิสัยชอบรับประทานอาหาร การควบคุมอาหารจึงทำให้ผู้ป่วยท้อแท้และคับข้องใจ

ผลการศึกษาจึงเป็นไปด้านที่ถูกต้องตามจิตใจ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่คิดว่าโรคเบาหวานมีผลดีกับชีวิตของเขาเพราะทำให้ผู้ป่วยสนใจเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเองมากขึ้นและทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายมากขึ้น (Lundman, et al., 1990 : 258) ผู้วิจัยคาดว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนตั้งแต่การวางแผนแก้ปัญหา นำแผนมาปฏิบัติและสะท้อนการปฏิบัติ อาจจะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความรู้สึกต่อการเป็นเบาหวานไปในทางที่ดี

2. การควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่ไม่สามารถปฏิบัติได้

ผู้ป่วยทั้งหมดไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารของตนเองได้ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดังนี้ คือผู้ป่วยทุกคนรับประทานอาหารเต็มที่ ผู้ป่วย 6 คน พยายามที่จะควบคุมปริมาณอาหารให้รับประทานน้อยลงแต่ทำไม่ได้ไม่ต่อเนื่อง และจากการบันทึกอาหารประจำวันพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดรับประทานอาหารที่มีโปรตีน ไขมันและธัญพืชสูง

2.1 กินเต็มที่

ผู้ป่วยทั้งหมดควบคุมการรับประทานอาหารไม่ได้เพราะมีความต้องการรับประทานมาก จึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเต็มที่ รับประทานอาหารตามสบาย และรับประทานทุกชนิดตามความต้องการของตน เช่นกรณีของสิทธิและแดงซึ่งควบคุมการรับประทานอาหารไม่ได้เพราะมีความสุขในการรับประทานอาหารได้ให้ข้อมูลว่า

สิทธิ : "เวลาผมอยากกิน ผมกินเต็มที่เลย อยากกินแต่กินไม่ได้ (อยากควบคุมอาหารแต่ทำไม่ได้) งดไม่ได้ เลยกินตามสบาย อยากกินอะไรก็กิน"

แดง : "ชอบกินทุกอย่าง เวลาได้กินแล้วมีความสุข เวลากินเบรคไม่อยู่ทุกที"

2.2 กินอาหารที่มีโปรตีน ไขมันและธัญพืชสูง

จากการบันทึกอาหารประจำวันครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ที่ติดมันเล็กน้อยและมาก มากกว่าเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ใช้น้ำมันและน้ำตาลมากในการปรุงอาหาร ข้าวต้องรับประทานในปริมาณมากๆ จึงจะอิ่มท้อง และชอบรับประทานขนมมากกว่าผลไม้ ผักเป็นอาหารที่ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดไม่ใช้ในการปรุงอาหารยกเว้นรับประทานเป็นผักสดนมเป็นอาหารที่ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดไม่ดื่ม เมื่อคำนวณแคลอรีเฉลี่ยต่อวัน ผู้ป่วยได้รับแคลอรีเกินความต้องการของร่างกายค่อนข้างมากประมาณ 800-2,000 แคลอรี ผู้วิจัยได้นำเสนออาหารที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานตามหมวดรายการอาหารแลกเปลี่ยน ดังนี้

หมวด นม : ผู้ป่วยดื่มนมพร่องมันเนยเพียง 1 คน

หมวด ผัก : แดงกวา ถั่วอก สะตอ ลูกเนียง คื่นห้าน้ำ ผักบุ้ง กวางตุ้ง ถั่วฝักยาว

หมวดผลไม้ : ส้ม สับปะรด ลำไยกระป๋อง

หมวดธัญพืช : ข้าว ขนมหิน ก๋วยเตี๋ยว และขนมต่าง ๆ เช่น ปาท่องโก๋ ข้าวเหนียว หม้อแกง ข้าวต้มมัด บ๊ะจ่าง เปาต่าง จิงโจ้

หมวดเนื้อสัตว์ : มักเป็นเนื้อสัตว์ประเภท ข (เนื้อสัตว์ติดมันเล็กน้อย) และค (เนื้อสัตว์ติดมันมาก) เช่น หมูเนื้อแดงติดมัน ไก่รวมหนังด้วย ขาหมู และอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปลา

หมวดไขมัน : ส่วนใหญ่ใช้น้ำมันที่ผลิตจากถั่วเหลือง มีส่วนน้อย (4 คน) ที่ใช้น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม

นอกจากนี้อาหารที่ผู้ป่วยนิยมรับประทานเป็นส่วนใหญ่ในมื้อเช้าคือ ขนมหินน้ำพริก ขนมหินน้ำยา กาแฟดำกับขนมต่าง ๆ มื้อกลางวันเป็น ข้าวและกับข้าว เช่น หมูฮอง ผักเผ็ด ปลาทอด แกงส้มปลา มื้อบ่ายเป็น ขนมหินหรือก๋วยเตี๋ยวน้ำ ก๋วยเตี๋ยวผัดซีอิ้ว หรือผลไม้ มื้อเย็น เป็น ข้าวและกับข้าว เช่น น้ำพริกภูเก็ต แกงส้มปลา ปลาทอดเครื่องแกง หมูฮอง ผักสด และ แกงจืด มื้อค่ำหรือก่อนนอนเป็นพวกขนมหรือผัดหมี่ชกเกียน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารพื้นเมืองภูเก็ต

2.3 กินให้น้อยลง แต่ทำได้ไม่ต่อเนื่อง

ผู้ป่วยจำนวน 6 คน พยายามที่จะลดปริมาณอาหารที่รับประทานให้น้อยลงแต่ทำได้ไม่ต่อเนื่อง เพราะขัดแย้งกับนิสัยการรับประทานอาหารของตนเองที่ชอบรับประทานในปริมาณมาก นอกจากนี้การพบเพื่อนญาติมิตรหรือการรับประทานอาหารนอกบ้าน เป็นแรงเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น โดยซึมได้แสดงความคิดเห็นว่า

ซึม : "เวลาอยู่คนเดียว ทำได้ (งดกินอาหารได้) แล้วไม่ค่อยอยากกิน แต่ถ้ามีใครอยู่ด้วย หรือมีคนมาหาจะกินได้มาก แล้วก็อย่าได้เห็นของกิน เห็นอะไรอยากกินนั้น"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เพราะขัดแย้งนิสัยการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ค่านิยมที่ให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารมาก อาหารพื้นเมืองและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนภูเก็ตซึ่งสนับสนุนให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อหมูสามชั้นหรือเนื้อแดงติดมัน นิยมปรุงเป็นอาหารพื้นเมืองที่เรียกว่า หมูฮอง ปลาทะเลนิยมนำมาปรุงเป็นปลาทอด ปลาเจียน

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่า การที่ผู้ป่วยควบคุมอาหารไม่ได้เพราะผู้ป่วยไม่รู้ปริมาณอาหารแต่ละชนิดที่เหมาะสมกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา (2535 : 53) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยหลายคนให้ความเห็นว่าการควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่ยุ่งยากซับซ้อน และก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายมาก จากการศึกษาเชิงคุณภาพของแมคคีน (Maclean, 1991 :

690) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่อินซูลินมีเพียงร้อยละ 30 ที่ควบคุมอาหารได้อย่างเคร่งครัด เพราะมีความเชื่อว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้เขามีสุขภาพดีและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ควบคุมอาหารไม่ได้ เพราะขัดแย้งกับนิสัยการรับประทานอาหารและขาดความรู้ในปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งในปัจจุบันการควบคุมอาหารเน้นที่การควบคุมพลังงานของอาหารที่ได้รับต่อวันให้เหมาะสมกับความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดที่ใกล้เคียงปกติ ระดับไขมันในเลือดและความดันโลหิตที่ปกติ และน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น (ADA, 1995 : 16-19) ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงนิสัยการรับประทานอาหารและปัจจัยอื่นๆ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นผู้วิจัยต้องประเมินการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกอาหารประจำวันให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกเป็นเวลาติดต่อกัน 3 วัน สังเกตและสัมภาษณ์นิสัยการรับประทานอาหารของผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนควบคุมอาหารให้ได้ แคลอรีต่ำ ไขมันต่ำ และเพิ่มความรู้ พร้อมทั้งทักษะในการกำหนดปริมาณอาหารแต่ละชนิดตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

3. การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก

การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายผู้ป่วยเกินกว่าครึ่ง (7คน) ไม่ออกกำลังกาย ผู้ป่วย 5 คน ออกกำลังกายแต่ไม่ต่อเนื่อง และมีผู้ป่วย 1 คน พยายามออกกำลังกายทุกวัน

3.1 ไม่ออกกำลังกาย

ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลว่าไม่ออกกำลังกายเพราะผู้ป่วย 3 คน ไม่รู้ว่าการออกกำลังกายจะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ผู้ป่วย 4 คน รู้ว่าต้องออกกำลังกายแต่ขี้เกียจและคิดว่างานที่ทำประจำเพียงพอแล้ว เช่น กิมแสดงความคิดเห็นที่ตนเองไม่ออกกำลังกายว่า

กิม : "ไม่ออกกำลังกายเลย รู้แต่ว่าขี้คร้าน (ขี้เกียจ) มันหนักตัว เดินนิดเดียวก็เหนื่อยแล้ว"

3.2 ออกกำลังกายแต่ไม่ต่อเนื่อง

ผู้ป่วย 5 คน ออกกำลังกายแต่ไม่ต่อเนื่องให้ข้อมูลว่าออกกำลังกายเพราะหมอสั่งให้ทำที่ทำไม่ต่อเนื่องเพราะเบื่อ ไม่เห็นผลของการออกกำลังกายที่ชัดเจน และขาดการสนับสนุนจากครอบครัว เช่นแดงให้ข้อมูลว่า

แดง : "หมอบอกให้ทำก็ทำ ทำไปก็แค่นั้น ไม่เห็นมีอะไร นี่หยุดออกกำลังกายมาเป็นเดือน ๆ แล้ว...ออกกำลังคนเดียวบางทีเบื่อไม่สนุก"

3.3 พยายามออกกำลังกายทุกวัน

นิคเป็นผู้ป่วยเพียงคนเดียวที่พยายามออกกำลังกายทุกวันติดต่อกันมาเดือนกว่า เพราะบุตรชายและสามีกระตุ้นให้ออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของร่างกาย ซึ่งนิคให้ข้อมูลว่า

นิค : "ลูกชายบอกให้ไปออกกำลังกายบ้างเพราะเห็นพี่นั่งไม่สบายใจ ลูกเตรียมรองเท้าให้ไปวิ่ง แพนชนวนและวิ่งเป็นเพื่อน ก็ทดลองดู...พอได้เดินเร็ว ๆ วิ่งบ้าง เหงื่อออกแล้วรู้สึกสบายตัว เลยวิ่งมาจนทุกวันนี้เดือนกว่าได้แล้ว"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ยากเพราะผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ไม่เห็นประโยชน์ที่ชัดเจนซึ่งเกิดขึ้นกับตนเองภายหลังออกกำลังกาย ขัดแย้งกับนิสัยและขาดการสนับสนุนจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา และคณะ (2536 : 21) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถปฏิบัติตามที่สอนในเรื่องการออกกำลังกายเป็นอันดับที่สองรองจากการรับประทานอาหาร เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้จึงทำให้เข้าใจผิดคิดว่างานอาชีพที่ทําอยู่เป็นการออกกำลังกายแล้ว และการศึกษาของลันด์แมน แอสปลัด และนอร์เบิร์ก (Lundman, Asplund & Norberg, 1990 : 257) พบว่า การออกกำลังกายเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความวิตกกังวลมากในชีวิตประจำวันรองจากเรื่องอาหาร ซึ่งการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเพียงพอในความหนัก ความนาน ความติดต่อกันและความบ่อย จะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้เพราะการออกกำลังกายทำให้ตัวรับอินซูลินมีความไวเพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับอินซูลินในเลือดลดลง นอกจากนี้การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะลดปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด และลดความดันโลหิตและช่วยให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานได้ดีขึ้น (Ignatavicius, et al., 1995 : 1892) โดยจะต้องออกกำลังกายแบบแอโรบิก นานอย่างน้อย 20-45 นาที สัปดาห์ละ 3 วันเป็นอย่างน้อย ต้องมีระยะเตรียมร่างกายให้อบอุ่นก่อนออกกำลังกายประมาณ 5 นาที และผ่อนคลายเมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกายประมาณ 5 นาที ทั้งนี้การออกกำลังกายต้องเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วย (ADA, 1995 : 28) ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยที่ศึกษาผู้วิจัยต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และชี้แนะทางเลือกในการออกกำลังกายแบบแอโรบิกหลาย ๆ ชนิดให้ผู้ป่วยพิจารณา ตลอดจนฝึกทักษะในการจับชีพจรให้ผู้ป่วยเพื่อใช้ประเมินความหนักในการออกกำลังกายตามความเหมาะสมแต่ละบุคคล

4. การกินยาให้ถูกต้องเป็นเรื่องที่ถูกละเลย

การให้ยาเบาหวานชนิดรับประทานของผู้ป่วยมีดังนี้ ผู้ป่วย 12 คน รับประทานยาไม่ตรงเวลา ผู้ป่วย 4 คน รับประทานสมุนไพรที่ไม่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาล ผู้ป่วย 4 คน ปรับเปลี่ยนขนาดยาด้วยตนเอง และผู้ป่วย 1 คน รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

4.1 กินยาไม่ตรงเวลา

ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (12 คน) รับประทานยาไม่ตรงเวลาเพราะลืมหรือกลัวจะเป็นอันตรายต่อตนเองเมื่อเลยเวลารับประทานยา ซึ่งแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล เช่น บางคนลืมหาก่อนอาหารเช้า บางคนลืมหาก่อนอาหารเย็น และบางครั้งเมื่อนึกได้จะไม่กล้ารับประทานเพราะรับรู้ว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเองเมื่อรับประทานยาผิดเวลา เช่นกรณีของแดงรับประทานยาไม่ตรงเวลาเพราะลืมได้ให้ข้อมูลว่า

แดง : "ยาก่อนอาหารก็กินก่อนอาหารเป็นชั่วโมง ยาหลังอาหารก็เหมือนกับ บางทีไปกินก่อนนอนเลยทีเดียว กินแบบนี้มาตั้งนานแล้ว บางทีก็ลืมหากินไปเลย ยายังเหลือมาก (เอายาที่เหลือให้ดู ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาเมตฟอร์มิน (Metformin) พอลบวันนัดก็ไปตรวจหมอก็ให้ยามาอีก ยามีเยอะแต่ไม่ได้กินมันลืมนะ (หัวเราะ)"

4.2 กินสมุนไพรที่ไม่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาล

ผู้ป่วย 4 คน รับประทานฟ้าทะลายโจรเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดควบคู่กับยารักษาเบาหวานของโรงพยาบาล เพราะได้รับรู้สรรพคุณของยาจากเพื่อนบ้าน ญาติ หรือพระที่ตนเองนับถือจึงเกิดความเชื่อและอยากทดลองสรรพคุณของยา หมวยได้แสดงความคิดเห็นเรื่องสมุนไพรว่า

หมวย : "กินฟ้าทะลายโจร 5 เม็ด เช้า เย็น หลังอาหาร มันขมเหมือนกัน แต่เขาว่าเบาหวานกินของขม ๆ ดี แล้วก็ดื่มยาหม้อของโต๊ะ (หมอเจ้าทรงอิสลาม) แก่เบาหวานกินแทนน้ำใครว่ายาไหนดีก็หามากิน อยากหาย (ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่อเนื่อง)"

4.3 ปรับเปลี่ยนขนาดยาด้วยตนเอง

ผู้ป่วย 4 คน ปรับเปลี่ยนขนาดยาด้วยตนเอง โดยที่ผู้ป่วย 3 คน เพิ่มขนาดยาในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียเป็น 2 เท่า และผู้ป่วย 1 คน ปรับลดขนาดยาในกลุ่มไบกัวโนลด้วยตนเอง ดังนี้

4.3.1 เพิ่มขนาดยาเบาหวานกลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย เป็น 2 เท่าด้วยตนเอง

ผู้ป่วย 3 คน เพิ่มปริมาณยาในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย เป็น 2 เท่าด้วยตนเอง เพราะต้องการให้ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลงสู่ระดับใกล้เคียงปกติ จึงทำให้เพิ่มยาเป็น 2 เท่าในตอนเย็นของวันก่อนเจาะเลือด นอกจากนี้บางรายรับประทานยาเพิ่มขนาดด้วยตนเอง ตลอด

การรักษาโดยซื้อยาเพิ่มตามร้านขายยา เช่นคอลาเซห์ได้แสดงความคิดเห็นว่า

คอลาเซห์ : "หมอให้กินยาก่อนอาหารเช้า 1 เม็ด เย็น 1/2 เม็ด ตอนเย็นผมกิน 1 เม็ด บางทีก็ 1 1/2 เม็ด ถ้ารุ่งขึ้นเป็นวันที่หมอสั่งเจาะเลือด เพราะอยากให้ผลเลือดคลด พอผลเลือดออกมาก็ลดลงกว่าเดือนที่แล้ว"

4.3.2 ลดขนาดยาเบาหวานกลุ่มไปกัวโนด์ด้วยตนเอง

สาวเป็นผู้ป่วยคนเดียวที่ลดขนาดยาในกลุ่มไปกัวโนด์ เพราะว่าแพทย์สั่งเพิ่มกิน จากเดิมรับประทานวันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้า เย็น เป็น 3 ครั้งหลังอาหารเช้า เทียง เย็น ซึ่งผู้ป่วยคิดว่าปริมาณยาที่รับประทานมากพอแล้ว น่าจะมีวิธีอื่นที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ สาวให้ข้อมูลว่า

สาว : "หมอให้กินยาเพิ่มเป็น 3 เวลาหลังอาหาร เราคิดว่ายาที่กินแค่เช้า เย็นก็มาก อยู่แล้ว แต่หมอบอกว่าไม่มาก ไม่กินตามที่หมอบอกหรอก กินแค่เช้าเย็น น่าจะมีวิธีอื่นนะ"

4.4 กินยาไม่ต่อเนื่อง

ใจเป็นผู้ป่วยคนเดียวที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยจะรับประทานยาตามความพอใจ ของตนเอง หยุดบ้างรับประทานบ้าง เมื่อยาหมดก็ไปเอาบ้าง ไม่เอาบ้าง จะไปเอายาต่อเมื่อมี อาการแทรกซ้อน เช่น ชาที่เท้า หรือตามัว เมื่ออาการเหล่านี้ทุเลาผู้ป่วยก็หยุดยาเอง ซึ่งใจได้ แสดงความคิดเห็นว่า

ใจ : "ที่กิน ๆ หยุด ๆ จี๊คร้านไปเอายาที่โรงพยาบาล ซ้ำ บางทีก็ไปเอาคลินิก พอยา หมดก็จี๊คร้านไปเอาต่อ...เพื่อนข้างบ้านเอาฟ้าทะลายโจรมานำฝาก เขาบอกว่ากินแล้วหาย ก็กินตาม ที่เขาว่า.. แต่ที่แม่ ๆ ทั้งแม่และพี่ชายตาย ด้วยเบาหวานนี่แหละ..ไหน ๆ คนเราก็ต้องตายไม่รู้จะ กำ (อดอาหารที่ชอบ) ไปทำอะไร รักษาไปก็ไม่หายกินอยู่แบบสบาย ๆ ดีกว่า"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการรับประทานยาเบาหวานให้ถูกต้องเป็นเรื่องที่ ผู้ป่วยละเลย เพราะผู้ป่วยเกือบทั้งหมดรับประทานยาไม่ตรงเวลาจากการมีนิสัยที่ชอบลืม รับประทานยาสมุนไพรที่ไม่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลที่นิยมมากที่สุดคือ"ยาลูกกลอนฟ้าทะลายโจร" เพราะผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจว่า ฟ้าทะลายโจรมีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดตามการบอกต่อ ๆ กันมาของเพื่อนบ้านและภิกษุสงฆ์ประกอบด้วยฉลากยาระบุไว้ว่า เป็นยาสารพัดโรค รักษาโรค เบาหวานได้ ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าเมื่อใช้ยาฟ้าทะลายโจรควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน จะช่วยให้ตนเอง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และที่สำคัญคือสามารถรับประทานอาหารได้ตามชอบเมื่อ รับประทานฟ้าทะลายโจร ซึ่งฟ้าทะลายโจรมีฤทธิ์ในการแก้หวัด ระวังการอักเสบ แก้กิดเชื้อ และเป็นยาเจริญอาหาร (สุพจน์, 2528 : 7) แต่ไม่มีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือด (Admed, et al.,

1978, อ้างตามสุพจน์, 2528 : 25) สอดคล้องกับการศึกษาของอาทรและคณะ (2536 : 232-238) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานใช้สมุนไพรซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาต้มสมุนไพรหลายชนิดควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบันจากโรงพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ร้อยละ 88.5 เชื่อว่าสมุนไพรที่ใช้มีสรรพคุณในการรักษาเบาหวาน ร้อยละ 11.5 อยู่ระหว่างการทดลองใช้ และผู้ให้คำแนะนำในการใช้สมุนไพรประพาทนฟ้าทะเลจรร้อยละ 95.1 คือ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและผู้ป่วยเบาหวาน การศึกษาของสมศักดิ์ (2536 : 33-42) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ 46.8 ลืมรับประทานยาเป็นประจำ ส่วนใหญ่เป็นยาเมตฟอร์มิน (Metformin) เปลี่ยนแปลงขนาดยาด้วยตนเองร้อยละ 11.1 และใช้สมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบันร้อยละ 37.4 ซึ่งให้เหตุผลในการใช้สมุนไพรว่าต้องการทดลองใช้ และการศึกษาของภวานา (2537 : 100-101) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินร้อยละ 36.67 ใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน เพราะคิดว่าช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และร้อยละ 26.67 เคยใช้ยาสมุนไพรแต่ปัจจุบันใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยให้เหตุผลที่เลิกใช้ยาสมุนไพรไม่สามารถรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดและยุ่งยากในการเตรียม ในการรับประทานยากกลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย ส่วนใหญ่ให้รับประทานก่อนอาหาร เพราะจะพบระดับยาในกระแสเลือดหลังรับประทาน 1 ชั่วโมง ถ้ารับประทานยาในกลุ่มนี้พร้อมอาหารหรือหลังอาหาร การดูดซึมของยาจะลดลง ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นเบต้าเซลล์ให้หลั่งอินซูลินออกมาเพิ่มขึ้น ช่วยให้อินซูลินออกฤทธิ์ดีขึ้น และลดการรวมตัวของเกร็ดเลือด (ชวัชชัย, 2535 : 37) ส่วนยาในกลุ่มไบทัวไนด์ จะออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมของกลูโคสและกรดอะมิโนจากลำไส้เล็ก ขัดขวางการสร้างกลูโคสจากตับและเนื้อเยื่อ ทำให้กลูโคสเข้าสู่เนื้อเยื่อได้มากขึ้น และทำให้เบื่ออาหาร แต่เมื่อใช้ไปนาน ๆ จะมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย จึงต้องรับประทานหลังอาหาร (สุขสวัสดิ์, 2532 : 243) ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา ผู้วิจัยต้องให้ความรู้เรื่องการออกฤทธิ์ของยา และร่วมกับผู้ป่วยเพื่อหากลวิธีที่ช่วยให้ไม่ลืมรับประทานยา

5. ความวิตกกังวลเกิดขึ้นบ่อยครั้งเมื่ออยู่คนเดียว

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (9 คนใน 13 คน) คิดมากและหวั่นไหวผู้ใกล้ชิดโดยเฉพาะบุตรและครอบครัวของตนเอง โดยกังวลว่าบุตรจะเป็นเบาหวานหรือครอบครัวอยู่ได้อย่างไรถ้าผู้นำครอบครัวเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ เช่น คอเลาะห์เป็นผู้หนึ่งที่วิตกกังวลมากในเรื่องการเจ็บป่วยและเศรษฐกิจของครอบครัว ได้แสดงความรู้สึกว่า

คอเลาะห์ : "บ่อยนะ ที่นั่งคิด โดยเฉพาะนั่งเลย ๆ ตอนทำงานนี้ว่า ถ้าเกิดเราตายขึ้น

มา ลูกก็ยังเรียนอยู่ใครจะช่วยเหลือได้บ้าง...นี่ก็กลัวใจไม่รู้จะคุยกับใคร บางครั้งใช้งานไม่ได้ (อวัยวะเพศ) แพนก็หงุดหงิด ทะเลาะกันบ่อย"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่คนเดียวหรือว่างจากกิจกรรมต่างๆ จะคิดและวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองการดำเนินชีวิตและเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางซึ่งมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้ดูแล และอยู่ในวัย ทำงานสร้างฐานะ (Cadogan, 1984) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วและมีบุตรจะเป็นห่วงและวิตกกังวลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเป็นเบาหวานของบุตรบ่อยครั้ง (Callaghan & Williams, 1994 : 135) และกลัวอนาคตเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง (Kelleher, 1988, cited by Callaghan & Williams, 1994 : 135)

6. การเป็นเบาหวานทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

ภายหลังจากการเป็นเบาหวาน ผู้ป่วยได้ปรับการดำเนินชีวิตของตนเองให้สอดคล้องกับการดูแลตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในเรื่องการเลือกที่จะไปงานเลี้ยงสังสรรค์ หลีกเลี่ยงงานที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลและหลีกเลี่ยงการพบผู้อื่น

6.1 เลือกที่จะไปงานเลี้ยงสังสรรค์

ผู้ป่วยเลือกที่จะไปงานเลี้ยงสังสรรค์เฉพาะกรณีที่เป็นญาติ หรือเพื่อนสนิท เพราะในการไปงานเลี้ยงสังสรรค์จะมีอาหารมากมายมีการรับประทานอาหารและพูดคุยร่วมกับผู้อื่นหรือเพื่อนสนิท ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มาก เช่น คอเลาะให้ได้แสดงความคิดเห็นว่า

คอเลาะห้ : "ช่วงนี้มีงานบ่อย (เดือนมกราคม)...ไม่ยอมไปเพราะเวลาเห็นของกิน มันอยากกิน กินได้และกินอิ่มทุกที เลยเลือกไปเฉพาะงานที่สนิทหรือจัด ไม่ได้บางที่เจ้างานก็มาว่า"

6.2 หลีกเลี่ยงงานที่เสี่ยงต่อการเกิดแผล

ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลว่าผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเป็นแผลแล้วจะหายช้าและรักษายาก โดยเฉพาะที่ขาและมีโอกาสที่จะสูญเสียอวัยวะส่วนนั้นได้จากการที่เห็นหรือพูดคุยกับผู้ป่วยซึ่งสูญเสียขาหรือนิ้วเท้า จากการเป็นแผลส่งผลให้ผู้ป่วยมีวิธีการที่จะดูแลตนเองให้เกิดแผลน้อยที่สุด ดังคำอธิบายของหมวยที่หลีกเลี่ยงงานฉางหญ้าว่า

หมวย : "ระวังอย่างแรง (ระวังมาก) เวลาทำอะไรต้องระวัง บางที่ฉางหญ้าหน้าบ้าน แต่ถ้าแฟนที่ว่าง แฟนที่จะทำเอง พี่เลี้ยงไปเสียไม่ต้องทำ"

6.3 หลีกเลี่ยงการพบผู้อื่น

ผู้ป่วยเมื่อรับรู้ว่าเป็นเบาหวานได้เกิดความรู้สึกอาย ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง

เลี้ยงการพบผู้อื่น ซึ่งแข่งได้อธิบายพฤติกรรมนี้ว่า

เซ็ง : "อายคน ไม่กล้าออกไปไหน อายกลัวเขาจะรังเกียจ อยู่แต่บ้านกับบ้านพี่น้อง หรือบ้านพ่อใกล้ ๆ กัน (ซึ่งไปทางบ้านซึ่งอยู่ใกล้กับบ้านผู้ป่วย)"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการเป็นเบาหวานทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพราะกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษานี้ผู้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยทำงานและเป็นวัยที่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมสูงมาก (Cadogan, 1984) นอกจากนี้ผู้ป่วยได้หลีกเลี่ยงงานที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของคอลลาแกน และวิลเลียม (Callaghan & Williams, 1994 : 135) พบว่า การป่วยเป็นเบาหวานทำให้ผู้ป่วยมีผลกระทบต่อชีวิต โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ 1) สูญเสียความเป็นอยู่โดยทั่วไป (Loss of spontaneity) รวมถึงการทำงานและการจ้างงานเพราะผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารและฉีดอินซูลินตามเวลาและกลัวที่จะเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำขณะทำงาน สัมพันธภาพในครอบครัวที่ทำงานและการดำเนินชีวิตในแต่ละวันเปลี่ยนไป 2) มีความไม่แน่นอน (Uncertainty) ในการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องระวังและกลัวเป็นภาระแก่ครอบครัวเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของลัดแมนและคณะ (Lundman, et al., 1990 : 258) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องปฏิบัติตามการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

7. การเป็นเบาหวานทำให้ผู้ป่วยต้องจัดสรรเงินไว้เป็นค่ารักษาพยาบาล

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลไปจนตลอดชีวิต ทำให้สูญเสียค่ารักษาพยาบาลมาก ในแต่ละครั้งที่ไปตามนัดของแพทย์ผู้ป่วยต้องเตรียมเงินไว้เป็นค่ารักษาพยาบาล ทั้งในรายที่เบิกได้หรือไม่มีสิทธิพิเศษต่าง ๆ สิทธิเป็นผู้หนึ่งที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ให้ข้อมูลว่า

สิทธิ : "ค่ายาแพง เดือน ๆ หนึ่งไปหาหมอจ่ายค่ายาทีละ 300-400 บาท บางเดือนก็ 500-600 บาท ต้องเตรียมเงินไว้เพราะต้องสำรองจ่ายก่อนค่อยมาเบิกทีหลังกว่าจะเบิกค่ารักษาได้ก็ประมาณ 1-2 เดือน"

นิตซึ่งเป็นผู้ที่ไม่มีสิทธิพิเศษต่าง ๆ ปัจจุบันได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพเมื่อไปรับยาจึงไม่ต้องเสียเงิน ได้ให้ข้อมูลว่า

นิต : "ค่ายาเดือน ๆ 200-300 บาท แต่ก่อนบางเดือนถ้าลูกไม่ได้ให้ไว้ก็ไม่ได้ไปเอายาขาดยาบ่อย มีเงินพอซื้อกับข้าว ถ้าไปซื้อยา ก็ไม่ต้องใช้อะไร (นิตเป็นแม่บ้านไม่มีรายได้ส่วน

ตัว นอกจากการได้เงินจากลูกและสามี) ตอนนี้ลูกซื้อบัตรสุขภาพให้จึงไม่ต้องเสียเงิน"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลไม่เป็นปัญหากับผู้ป่วยเว้นแต่ในผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ต้องจัดสรรเงินทอดรองจ่ายไปก่อนแล้วเบิกคืนในภายหลัง เนื่องเพราะระบบบริการของรัฐได้จัดทำบัตรรายได้น้อยสำหรับผู้มีรายได้ต่ำ บัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้พ่ผู้มีรายได้ซึ่งรัฐจัดจำหน่ายใบละ 500 บาท นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมดมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายหรือเหลือเก็บ ดังนั้นค่ารักษาพยาบาลจึงไม่成为ปัญหากับผู้ป่วยที่ศึกษา

8. ปัจจัยส่งเสริมในการดูแลตนเอง

จากการศึกษาพบว่า การได้รับรู้ถึงการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และน้ำหนักตัว การสนับสนุนด้านจิตใจจากคู่สมรส/บุตรหรือแพทย์ที่รักษาประจำ และการสนับสนุนด้านค่ารักษาพยาบาลจากรัฐสวัสดิการ เป็นปัจจัยส่งเสริมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

8.1 การเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและน้ำหนักตัว

ผู้ป่วยที่ศึกษาทุกคนสนใจและต้องการที่จะรับรู้ผลของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของตนเองเพื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ผ่านมา และเมื่อรับรู้ว่าผลเลือดสูงกว่าครั้งที่ผ่านมาผู้ป่วยจะควบคุมอาหารประมาณ 1 อาทิตย์ เพราะกลัวจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ตาบอด หรือกลัวที่จะได้รับการรักษาด้วยการฉีดยา ร่วมกับการได้รับคำตำหนิจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ดังเช่นสาวได้ให้ข้อมูลว่า

สาว : "พอเบาหวานขึ้น คือ หมอบอกว่าเบาหวานขึ้นนะเดี๋ยวนี้ขึ้นกว่าครั้งที่แล้ว (น้ำตาลในเลือดเดือนนี้สูงกว่าเดือนที่แล้ว) กลับถึงบ้านก็พยายามทำใจว่านี่กินไม่ได้นะ.. (หัวเราะ) ทำอยู่ได้ไม่กี่วันหรือประมาณเกือบอาทิตย์ได้ แล้วก็กินเหมือนเดิมก็มันอยากกินนี่"

ผู้ป่วยที่ศึกษาทุกคนสนใจและแสดงความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว และประเมินการที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเพราะรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นจากการเดินทางไปต่างจังหวัด หรือการพบญาติพี่น้องและเพื่อนตลอดจนการไปงานเลี้ยงสังสรรค์ในสังคม และหาหนทางแก้ไขน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นด้วยการหยุดรับประทานอาหาร เช่น ลิทธิได้แสดงความคิดเห็นว่า

ลิทธิ : "น้ำหนักขึ้นอีก 1 โล ช่วงนี้ผมกินมากไปงานบ่อยทั้งงานแต่ง งานศพ งานขึ้นบ้านใหม่ พบคนมาก ๆ กินได้คุยไปกินไป... น้ำหนักขึ้นเลยต้องพยายามหยุดกินบ้างแล้วเดี๋ยวน้ำตาลขึ้นมากเกินไป กลัวเป็นแผลที่ขา" (ลิทธิได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานเพราะเป็นแผลที่ขาเรื้อรัง)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าที่สูงขึ้นกว่าครั้งที่ผ่านมา และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณาตัดสินใจหาแนวทางการควบคุมอาหารด้วยตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ภายใน เชื่อมโยงเหตุการณ์ได้ด้วยการใช้เหตุผล และเกิดความห่วงใยในสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991 : 67) ที่เชื่อว่าบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เป็นผู้มีศักยภาพที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ มีความสามารถที่จะเรียนรู้พัฒนาและปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามความต้องการของตนและสามารถจัดการกับชีวิตและจัดระเบียบปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองได้แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยขาดแรงจูงใจและมีเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะควบคุมตนเองได้

8.2 การสนับสนุนด้านจิตใจจากกลุ่มสมรส บุตร หรือแพทย์ที่รักษาประจำ

ผู้ป่วยจำนวน 11 คนได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากกลุ่มสมรส หรือบุตร ซึ่งเป็นบุคคลที่รักและใกล้ชิดของผู้ป่วย ในกรณีของนิคที่สามีและบุตรให้การสนับสนุนด้านการออกกำลังกายได้แสดงความคิดเห็นว่า

นิค : "ลุง (สามี) ขวนไปออกกำลังกายตอนเย็น ๆ ทุกวันเลย ถ้าไม่ไปแกก็ว่า.. พอตักข้าวมากแก (สามี) จะเตือนว่าอย่าตักมาก...พอนั่งซิม ๆ ลูกชายก็ขวนไป ร้องเพลงคาราโอเกะให้สบายใจ พอร้องสัก 2-3 เพลงก็เริ่มสบายใจที่นี้ร้องต่อไปได้เป็นม้วนเลย"

ผู้ป่วยจำนวน 8 ใน 13 คน ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากแพทย์ที่รักษาประจำ ซึ่งนิคได้ให้ข้อมูลว่า นิค : "หมอยอ (ชม) ป้าว่าเก่งที่คุมได้ แกแลตินเลขาป้า ชมประจำ...บางทีบอกว่า คุมให้ดี ถ้าขึ้นตาแล้วตาจะบอดก็เลยลดการกินลงมาตั้งแต่หมอสั่ง.. แล้วป้าซัดล้างตีนประจำ (เอาขาและเท้าให้ผู้วิจัยดูสะอาด และไม่มีบาดแผล) และดูว่ามีแผลหรือไม่ ถ้ามีใช้ยาแดงทาไม่กี่วันก็หาย"

ผู้ป่วย 2 ใน 13 คน ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากโต๊ะ (หมอเข้าทรงอิสลาม) ให้งดอาหารบางชนิดเมื่อกินยาสมุนไพรของโต๊ะ หมวยเป็นผู้หนึ่งซึ่งรักษากับหมอพื้นบ้านให้ข้อมูลว่า

หมวย : "หมอสั่งหมอบอกให้งดพวกแกงกะทิของมันห้ามกิน พี่ก็งดตั้งแต่นั้น ถ้าไม่เชื่อหมอยังไม่รู้จะไปรักษาทำไร...เขาแนะนำ เขาสอนถ้าฟังแล้วไม่ทำ ก็ไม่มีประโยชน์ไร...โต๊ะสั่งว่าถ้าไม่ทำของกิน หารอดไม่ (ไม่มีชีวิตรอด) ต้องทำให้กินแต่ผัก อย่ากินปลาไม่มีเกล็ดพี่ก็กำมาตลอด เพราะโต๊ะว่ามันแสดงกับโรค"

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากคู่สมรส/บุตรหรือแพทย์ที่รักษาประจำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่ปฏิบัติกรดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ระยะหนึ่ง เพราะตระหนักในความรู้สึกที่ตนเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อครอบครัว และเป็นบุคคลสำคัญของแพทย์ที่รักษาประจำ

8.8 การสนับสนุนด้านคำรักษาพยาบาลจากรัฐสวัสดิการ

ผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 8 คน เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เพราะตนเองรับราชการ หรือมีบุตร/คู่สมรสรับราชการ แต่ผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลนี้ต้องจัดสรรเงินส่วนหนึ่งไว้สำรองจ่ายค่ายา ก่อน สิทธิได้ให้ข้อมูลว่า

สิทธิ : "ไปโรงพยาบาลเสียค่ายาเดือนละ 700-800 บาท ยังดีที่เบิกได้ แต่ก็เตรียมเงินสำรองเพราะหลายวันกว่าเบิกได้" (สิทธิอาชีพรับราชการ)

ผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 3 คน มีบัตรประกันสุขภาพ ผู้ป่วย 1 คน มีบัตรรายได้ น้อย และผู้ป่วย 1 คน มีสิทธิรักษาฟรีที่ได้จากสภากาชาดไทยเพราะบริจาคเลือดมากกว่า 72 ครั้ง ในกรณีนี้ได้แสดงความคิดเห็นที่มีต่อบัตรประกันสุขภาพว่า

นิด : "ซื้อบัตรสุขภาพไว้ใช้ดีกว่าแต่ก่อน เพราะถ้าไม่มีเงินก็ไม่ได้ไปหาหมอตามที่นัด ขาดยาไม่ได้กิน รอจนมีเงินจึงไปเอายากินต่อ ค่ายาตกเดือนละ 200-400 บาท ตั้งแต่ ซื้อบัตรสุขภาพไปละ 500 บาท ไม่เสียเงินและไม่ขาดยา ยากินก็เหมือนเดิมทุกอย่าง" (นิตทำงานบ้านสามีเป็นยามรักษาความปลอดภัย)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยซึ่งได้รับการสนับสนุนด้านคำรักษาพยาบาลจากรัฐสวัสดิการทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดยาและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

9. อุปสรรคในการดูแลตนเอง

จากการศึกษาได้จัดกลุ่มอุปสรรคในการดูแลตนเองดังนี้คือ นิสัย การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า การขาดความรู้ การไปงานเลี้ยงสังสรรค์บ่อยหรือการพบญาติ/เพื่อน และการเดินทางไปต่างจังหวัด

9.1 นิสัย ในที่นี้ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลด้านนิสัยการรับประทานอาหาร ถิ่นรับประทานยา และเกียจคร้านโดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย

9.1.1 นิสัยการรับประทานอาหาร จะพบว่าผู้ป่วย 9 คน ชอบขนมหรืออาหารรสหวาน ๆ ผู้ป่วย 6 ใน 13 คน ชอบซื้อและรับประทานอาหารในปริมาณมาก ๆ ผู้ป่วย 7 ใน

13 คน มีความรู้สึกที่เสียขายจนเป็นนิสัยที่ต้องรับประทานอาหารที่เหลือให้หมดและผู้ป่วย 1 คน มีนิสัยที่เครียดแล้วต้องรับประทานอาหาร

ชิมได้ให้ข้อมูลที่ชอบซื้ออาหารครั้งละมาก ๆ เพราะชอบของหวานมาก ซื้อได้ง่ายและอร่อย และศักดิ์ได้ให้ข้อมูลที่รับประทานข้าวมาก เพื่อให้อ้วนเพราะได้รับการฝึกฝนมาตั้งแต่เด็ก

ชิม : "ที่ชอบของหวานมาก เวลาซื้อต้องซื้อมาก ๆ ซื้อน้อย ๆ ไม่เป็น พอซื้อถึงไม่มีใครกิน เหลือตั้งไว้ที่ต้องกินเอง ไม่ใช่ต้องไปซื้อที่ไหน แม่แดง (คนขายขนม) เขามาขายถึงบ้านเลย ขนมหวานทำกินอร่อย หวานชื่นใจ ซื้อทุกวัน วันไหนไม่ยากซื้อพอแม่แดงมาเรียก ก็ซื้อไว้อีก ซื้อทีละมาก ๆ ซื้อถุงสองถุงไม่เป็น"

ศักดิ์ : "...ข้าวต้องกินมาก ๆ จึงอ้วนและอยู่ท้อง ไม่เช่นนั้นจะรู้สึกหิวและต้องหาอะไรกินตลอด ตอนผมเด็ก ๆ ลำบากแม่ให้กินข้าวมาก ๆ แล้วกินกับข้าวชนิดเดียวจนเป็นนิสัยแล้ว เมื่อก่อนกิน 2-3 จาน ตั้งแต่เป็นเบาหวานนี้ลดลงเหลือ 2 จานแล้ว"

ความรู้สึกที่เสียขายซึ่งเกิดขึ้นจนเป็นนิสัยที่ให้ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารที่เหลือให้หมด พบในผู้ป่วย 7 ราย ดังแดงที่ให้ข้อมูลว่า

แดง : "บางทีกับข้าวเหลือ เหลือแล้วต้องทิ้ง เสียขายเลยเก็บกินให้หมด บางทีข้าวเหลืออีกนิดเดียว ก็ได้แหย่มื้อล่างหม้อได้ จะทิ้งไปก็เสียขาย เลยกินให้หมด แฟนบอกว่าของเหลือแล้วกินหมดทุกทีให้ทิ้ง ๆ บ้าง แต่เราทำไม่ได้"

กิม เป็นผู้มีนิสัยเมื่อเวลาเครียดหรือไม่สบายใจแล้วผ่อนคลายความเครียดด้วยการรับประทานอาหาร เพราะการรับประทานอาหารทำให้รู้สึกสบายใจ

กิม : "เวลาไม่สบายใจหรือเครียดคิดมาก ก็หาอะไรกิน พอเครียดแล้วก็กิน พอกินแล้วก็จะดีขึ้น ถ้าไม่กินก็เข้าไปนอนอยู่คนเดียว นอนเถย ๆ..."

9.1.2 นิสัยที่ชอบลิ้มรับประทานยา พบในผู้ป่วยจำนวน 10 คน ซึ่งผู้ป่วย 6 คน จะลิ้มรับประทานยาหลังอาหารกลางวันหรือหลังอาหารเย็น ผู้ป่วย 4 คน ลิ้มกินยาก่อนอาหารเช้าหรือก่อนอาหารเย็น และยาที่เหลือเป็นยาในกลุ่มเมตฟอร์มินมากที่สุด ซึ่งแจ้งให้ข้อมูลว่า

แจ้ง : "ลิ้มกินยาหลังอาหารเย็นทุกทีเลย กว่าจะนึกได้กินนอนแล้ว หรือไม่ก็เข้าอีกวันหนึ่ง"

9.1.3 นิสัยเกียจคร้านในการออกกำลังกาย พบในผู้ป่วย 4 คน เพราะว่าไม่เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย และจัดแบ่งเวลาในการออกกำลังกายไม่ได้ เช่นดอเลาะห์ได้แสดงความคิดเห็นว่า

คอเลสเตอรอล : "เมื่อก่อนออกกำลังกายบ้างช่วงก่อนป่วยตั้งนานแล้ว เคยวิ่งแต่มาช่วงหลังไม่ว่าง ไม่มีเวลาเลยไม่ได้ออกกำลังกาย...นี่ก็เลยนะ"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่านิสัยเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารที่ชอบรับประทานของหวานๆ มันๆ ซึ่งอาหารในปริมาณที่มาก เสียหายและเครียดแล้วต้องรับประทาน ทำให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา (2535 : 53-56) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ปฏิบัติการควบคุมอาหารไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ คือเลือกรับประทานอาหารที่มีลักษณะไม่เหมาะสมกับโรค คือค่อนข้างมันและมีน้ำตาลผสมอยู่นิสัยชอบรับประทานจุบจิบ มีความอยากรับประทานอาหารนั้น และพลังงานที่ได้รับไม่สมดุลกับพลังงานที่ร่างกายต้องการ เพราะขัดแย้งกับนิสัยการรับประทาน ขาดความรู้ รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายยุ่งยากในการควบคุมอาหาร และมีนิสัยที่ดื่มรับประทานยาเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ (2536 : 36-38) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานดื่มรับประทานยาเป็นประจำร้อยละ 46.8 ส่วนมากดื่มรับประทานยามื้อเที่ยงและมื้อเย็น ซึ่งยาที่ดื่มบ่อยคือเมตฟอร์มิน (Metformin) และบุคคลที่ช่วยเตือนผู้ป่วยในการรับประทานยา หรือหยาบยาให้เป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 60.2 นิสัยเกี่ยวกับร้านที่จะออกกำลังกายร่วมกับขาดความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา และคณะ (2536 : 24) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถปฏิบัติการออกกำลังกายได้ตามคำแนะนำเพราะเข้าใจผิดคิดว่างานอาชีพที่ทำอยู่เป็นประจำคือการออกกำลังกาย ประกอบด้วยกับไม่มีเวลาและให้ความสำคัญของการออกกำลังกายน้อย

9.2 การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า

การรับรู้ผลของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลงกว่าครั้งที่ผ่านมาเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าเพิ่มขึ้น ซึ่งพบในผู้ป่วย 7 ราย เช่น หมวยให้ข้อมูลว่า

หมวย : "พอรู้ผลว่าน้ำตาลลด อยากกินอะไร ก็กิน พอน้ำตาลขึ้นก็หยุดกินอีก"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ผ่านมาเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร เพราะผู้ป่วยดีใจและพึงพอใจ จึงให้รางวัลกับตนเองด้วยการรับประทานอาหารตามที่ตนเองต้องการ ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้เปรียบเทียบกับค่าปกติเพราะไม่รู้ค่าปกติของน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า

9.3 การขาดความรู้ พบในผู้ป่วยจำนวน 13 คน ขาดความรู้ในเรื่องปริมาณสารอาหารที่ควรได้ 12 คน ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน 11 คนขาดความรู้

เรื่องการผ่อนคลายความเครียด 4 คน ขาดความรู้เรื่องการใช้จ่ายให้ถูกต้อง และ 3 คน ขาดความรู้เรื่องการออกกำลังกายดังผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลว่า

สว : "เขบอกว่ไม่กินนั้น จดไอ้นี้ กินข้าวน้อย ๆ เราอยากรู้ว่แล้วที่กินได้นั้น แค่ไหน ขนาดไหน เพราะคิดว่าตัวเองไม่ค่อยกินเท่าไร แต่ไม่รู้ทำไมน้ำหนักก็ยังขึ้น"

ใจ : "พี่ซา ๆ เหน็บ ๆ ที่ตื่น 3 นี้นี้ (ชี้ให้นู้นี้ นู้นกลาง นู้นาง) ไม่รู้เป็นไร บางวันก็ตามัว บางวันแข็งดี"

แดง : "ไม่เคยรู้ว่ออกกำลังกายแล้วน้ำหนักลด ไม่รู้ว่เครียดแล้วน้ำหนักขึ้น.. ยากิน ไม่ตรงเวลาหรอก บางทีกินยาก่อนอาหารตั้งชั่วโมงกว่า บางทียาหลังอาหารกินหลังกินข้าว ชั่วโมงกว่า เพราะไม่รู้ละ"

จากข้อมูลดังกล่าวขาดความรู้ในเรื่องการควบคุมโรคและการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติอยู่ประจำ เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองที่สำคัญมาก เพราะการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิสภาพและการรักษาของโรคเป็นข้อมูลที่จำเป็นในการพิจารณาตัดสินใจปฏิบัติ การดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991 : 134) ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนด้วยสื่อความรู้ เช่น วีดีโอ เพื่อให้เห็นเป็นรูปธรรมและพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

9.4 การไปงานเลี้ยงสังสรรค์บ่อยหรือการพบญาติ/เพื่อน พบในผู้ป่วยทุกคน เพราะว่าการไปงานเลี้ยงสังสรรค์บ่อยหรือไปช่วยงานศพ งานบวช การพบญาติหรือเพื่อนเป็นอุปสรรคในการควบคุมอาหาร เพราะการไปร่วมงานต่าง ๆ หรือการพบญาติมิตรจะมีการรับประทานอาหารร่วมกันและการได้พบปะพูดคุยระหว่างการรับประทานอาหารเป็นการเสริมแรงให้รับประทานได้มากขึ้น เช่น หมวยเป็นผู้หนึ่งซึ่งไปงานเลี้ยงบ่อยแสดงความคิดเห็นว่า

หมวย : "ไปงานบ่อย นี่ต่อเช้า (พุงนี้) ก็ไปกินงานแต่งอีก ข้างบ้านแค่กัน (บ้านใกล้กัน) ก็มีงานศพ ไปช่วยไปกินน้ำอ้อดลก็กินเวลาไปงานเพราะมีแต่น้ำอ้อดล ออกงานนี้กินได้นะ บางทีถูกมาพร้อมหน้ากันวันเสาร์-อาทิตย์นะเขาจะมานอนที่บ้านนี้ ก็ทำอะไรกินกันสนุกดี กินกินได้อีก"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การไปงานเลี้ยงสังสรรค์ และการพบญาติ/เพื่อนเป็นอุปสรรคในการควบคุมอาหารของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมีความพอใจและสนุกเป็นการเสริมแรงให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น ประกอบกับอาหารได้มีผู้จัดเตรียมไว้สำเร็จแล้วจึงเลือกชนิดอาหารรับประทานไม่ได้แต่สามารถจำกัดปริมาณในการรับประทานอาหารแต่ละชนิดได้ถ้าผู้ป่วยเข้าใจและมีทักษะ

9.5 การเดินทางไปต่างจังหวัด เป็นอุปสรรคในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยจำนวน 3 คน เพราะการเดินทางทำให้ได้พบสิ่งใหม่ ๆ และอาหารต่างท้องถิ่น เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสนุกและเกิดความต้องการที่จะทดลองรับประทานอาหารเหล่านั้น เช่น หมวดยให้ข้อมูลว่า

หมวย : "พี่กลัวแรง (กลัวมาก) ถ้าถูกใช้ยาฉีดเบาหวาน พี่ยอมทำ (ยอมควบคุมอาหาร) พี่ทำได้ 4 เดือน หยุดเมื่อไปเที่ยวเชียงใหม่ ไปเที่ยวกับทัวร์ คนข้างบ้านจัด พี่ไปด้วยไปกินประจำ กินกันอึม ไม่ทันเหนื่อย (ไม่หิว) ก็ถึงเวลากิน กินกันอีก กินตลอดทาง เจออะไรที่บ้านเราไม่มีกิน ก็ลองกินกับข้าวและขนมทางเหนือ อยากรู้อะไร กินนั่น พี่กินเก่ง"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการเดินทางไปต่างจังหวัดเป็นอุปสรรคในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยที่เดินทาง เพราะผู้ป่วยมีความสบายใจที่ได้เดินทางท่องเที่ยวหรือไปต่างจังหวัด และทดลองรับประทานอาหารที่มีชื่อเสียงของจังหวัดนั้น ๆ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หลังจากที่ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังภาพประกอบ 6 และสรุปขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นสะท้อนคิดพิจารณานำไปสู่การแก้ปัญหา ขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และขั้นสามารถดูแลตนเองได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

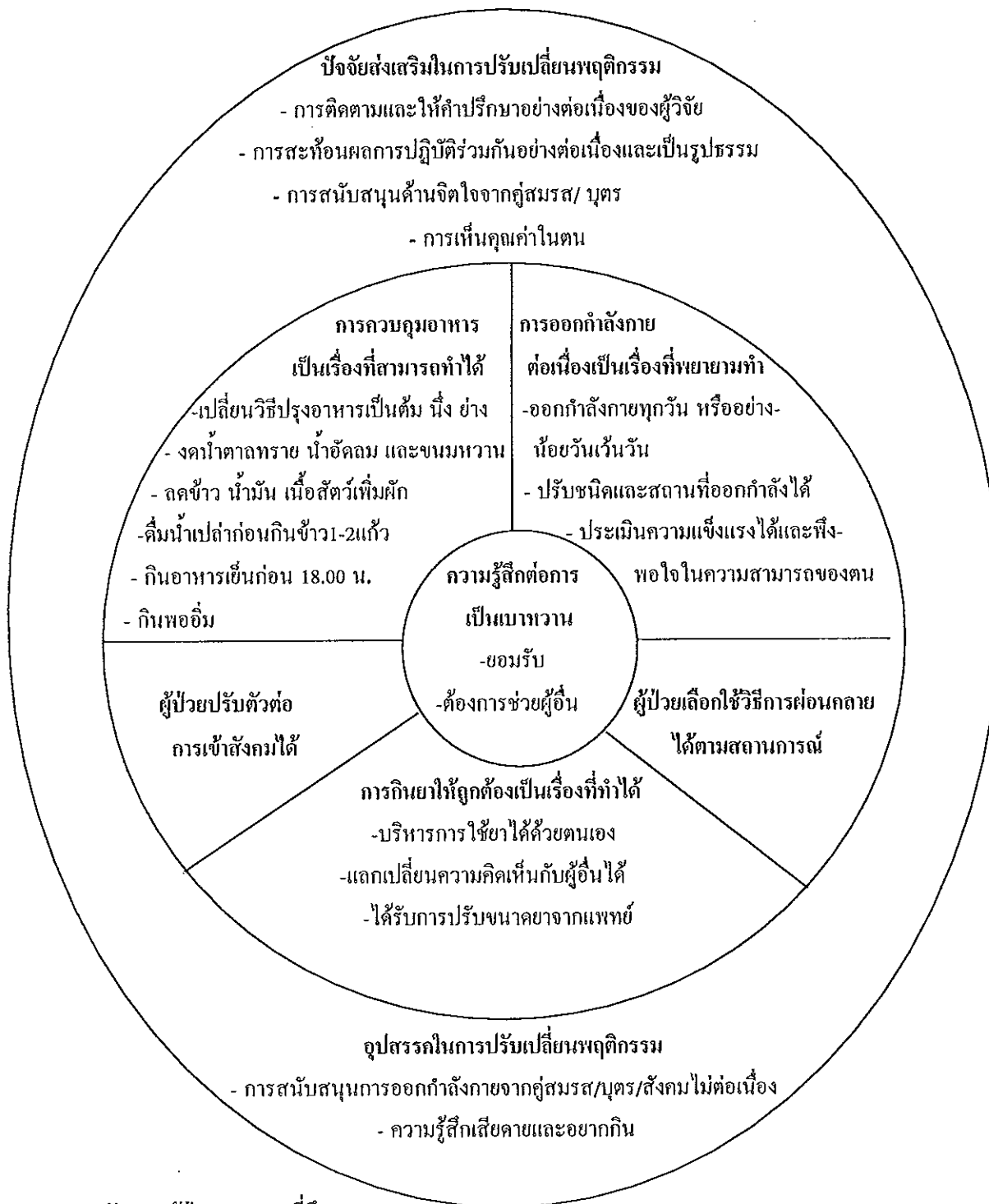
1. ขั้นสะท้อนคิดพิจารณานำไปสู่การแก้ปัญหา

ในขั้นนี้ผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันคิดค้นปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการสะท้อนการดูแลตนเองและแสดงความคิดเห็นร่วมกันในการวางแผนเพื่อแก้ปัญหา

จากการสะท้อนการสังเกตพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสนใจและกระตือรือร้นที่จะพบผู้วิจัย กล่าวพูดเล่าแสดงความคิดเห็นเพิ่มมากกว่าการพบกันครั้งแรก จากการสังเกตในครัวและตู้เย็นของผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่มีขนมหวานเช่น โดนัท ทองหยอด ขนมปังกรอบหวาน ลัปรดแช่อิ่ม ผู้ป่วย 4 รายใช้น้ำมันปาล์มและน้ำมันหมูในการปรุงอาหาร ซึ่งชิมได้แสดงความคิดเห็นว่า

ชิม : "ชอบของหวาน ๆ พวกขนมหวานห้ามใจไม่ได้มันอยากกิน แล้วกินทีละมาก ๆ ด้วย จะห้ามใจไม่ให้กินอย่างไร" เมื่อได้พูดคุยร่วมกับผู้วิจัย ชิมได้วางแผนแก้ปัญหา

ภาพประกอบ 6 การมีชีวิตร่วมอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ : กรณีศึกษา



ลักษณะผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษา

- ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 4.4-6.4) 3 คน และเกณฑ์ดี (ร้อยละ 6.5-8.0) 10 คน
- น้ำหนักตัวลดลงประมาณ 2 กิโลกรัมต่อคน จำนวน 8 คน
- ดัชนีความหนาของร่างกายส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลง และอยู่ในเกณฑ์ปกติ 1 คน

ด้วยการซื้อขนมเพียงอย่างเดียวภายในวงเงินจำกัด ซึ่งทำให้ลดปริมาณขนมได้ที่ละน้อย

ผลการสะท้อนปัญหาที่ทำให้ตนเองควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยทั้งหมดยอมรับว่าควบคุมอาหารไม่ได้เพราะขัดแย้งกับนิสัยการรับประทานและไม่รู้ปริมาณที่เหมาะสมกับตนเอง ใช้จ่ายไม่ถูกวิธีเพราะไม่สามารถออกฤทธิ์ได้เต็มที่เนื่องจากลิ้มรับประทานยาก ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่องเพราะขัดแย้งกับนิสัยและขาดความรู้ ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านการจัดการกับความเครียด ขาดแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองต่อเนื่องเพราะความไม่แน่นอนของโรค ต่อจากนั้นผู้ป่วยได้คิดพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยพิจารณาตามความยากง่ายและเลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ตามลำดับของการแก้ปัญหา การที่ผู้ป่วยสามารถสะท้อนคิดพิจารณาปัญหาของตนเองได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการดูแลตนเอง มีทักษะในการปฏิบัติซึ่งจะเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีเป้าหมายและผลลัพธ์ในการปฏิบัติ และมีทางเลือกหลายทางซึ่งง่ายต่อการปฏิบัติ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดและแสดงความคิดเห็นต่อการแก้ปัญหาอย่างอิสระ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นและชี้แนะผู้ป่วย ด้วยคำถามว่าอย่างไรเพราะอะไร เช่น จะลดปริมาณข้าวที่รับประทานได้อย่างไร เมื่อมีความรู้สึกหิวจะทำอย่างไร เพราะอะไรจึงซื้อขนมในวงเงินที่จำกัด คำตอบที่ได้คือแนวทางในการแก้ปัญหา และผู้ป่วยได้ให้สัญญากับผู้วิจัยและหรือครอบครัวที่จะปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องสะท้อนความรู้สึกรับรู้ของตนเอง (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 5) และกลวิธีที่ใช้ในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการคิดพิจารณาแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งพบว่ากลวิธีที่ใช้ เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจริงใจและมีเป้าหมาย ตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการ (รายละเอียดอยู่ในรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง) โดยเชื่อว่าถ้าผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาและมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหาของตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและเห็นความหมายในการมีส่วนร่วมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเกิดการตัดสินใจที่จะลงมือปฏิบัติภายหลังได้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้และมีแนวทางในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991 : 117) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีศักยภาพริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง มีเป้าหมายเพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตนเอง

2. ขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

ภายหลังผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สะท้อนคิดพิจารณา ตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง นำเสนอพฤติกรรมที่ปรับ-

เปลี่ยนตามลำดับดังนี้ การกินยาให้ถูกต้องเป็นเรื่องที่ทำได้ การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ การออกกำลังกายต่อเนื่องเป็นเรื่องที่พยายามทำ ผู้ป่วยเลือกวิธีการผ่อนคลายได้ตามสถานการณ์ ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเข้าสังคม และความรู้สึกต่อการเป็นเบาหวานได้ ซึ่งกลวิธีส่งเสริมที่ใช้ในขั้นนี้ได้นำเสนอในรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง

2.1 การกินยาให้ถูกต้องเป็นเรื่องที่ทำได้

ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาได้เร็วที่สุด และพฤติกรรมรับประทานยาที่เปลี่ยนไปคือ บริหารการใช้จ่ายได้ด้วยตนเอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ และได้รับการปรับเปลี่ยนขนาดหรือชนิดของยาเบาหวานจากแพทย์ ซึ่งกลวิธีที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้คือ ดัดข้อความช่วยเหลือจนจำและกระตุ้นเตือนจาก คู่สมรส/บุตร

2.1.1 บริหารการใช้จ่ายได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาชนิดที่ตนเองใช้อยู่ร่วมกับใช้กลวิธีส่งเสริม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการบริหารการใช้จ่ายได้ด้วยตนเองในเรื่อง เตรียมยาให้พอดีในแต่ละมือและเมื่อเดินทางไปต่างจังหวัด หรือออกนอกบ้าน กินยาต่อเนื่อง และกินยาถูกขนาดถูกเวลา

2.1.1.1 เตรียมยาให้พอดีในแต่ละมือและเมื่อเดินทางไปต่างจังหวัดหรือออกนอกบ้านผู้ป่วยได้ริเริ่มและจัดเตรียมยาให้สะดวกและเหมาะสมกับตนเอง เช่น หักแบ่งเม็ดยารึ่งหนึ่งเตรียมไว้ในกรณีของคอเลาะห์ซึ่งได้อธิบายถึงการเตรียมยาของตนว่า

คอเลาะห์ : "ผมพกยามาด้วยตลอดเวลา เอามาทั้งถุง แล้วนี่หักครึ่งไว้แล้ว เวลากินจะได้ง่าย แบ่งเป็นถุงหักครึ่งกับถุงที่ไม่ได้หักเม็ดยา (เอายาให้ดู)" (แพทย์สั่งยาให้รับประทานก่อนอาหารเช้า 1 เม็ด และเย็น 1/2 เม็ด)

และหมวยได้เล่าถึงวิธีที่ตนเองใช้เมื่อไปต่างจังหวัดว่า

หมวย : "เวลาที่ไปต่างจังหวัด จะเตรียมยาเป็นอันดับแรก นับวันและนับเม็ดยาไปให้พอดีกับวัน แล้วเอากินไปสัก 4-5 เม็ด เพื่อหล่นหายขณะหยิบยากิน"

2.1.1.2 รับประทานยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะจำหรือเขียนวันที่แพทย์นัดไว้ที่ปฏิทินทุกครั้งเมื่อกลับจากโรงพยาบาล และเมื่อถึงวันนัดก็ไปตรวจที่โรงพยาบาลตามเวลาวันแต่ วันนัดติดธุระไปตรวจก่อนวันนัด 1 อาทิตย์ เพราะต้องการพบแพทย์ที่ตรวจรักษาประจำ หมวยได้วางแผนในการรับประทานยาว่า

หมวย : "ที่จะจดวันหมอนัดไว้ที่ปฏิทิน บางทีไม่ได้ตามที่นัดไปก่อนยาหมด เพราะวันที่หมอนัดที่ไม่อยู่ไปเกี่ยวกับทัวร์ แต่ยากินไม่เคยขาดเลย"

และพฤติกรรมการรับประทานยาที่เปลี่ยนไปของใจ เพราะตระหนักในคุณค่าการมีชีวิตของตน

ใจ : "แต่ก่อนขาดยาประจำ ก็เคยไปโรงพยาบาลซ้ำ รอนานเสียเวลาไปตรวจคลินิกเร็วดี พอยาหมดก็ซื้อไป กินยาบ้างไม่กินบ้าง แต่เดี๋ยวนี้ดูยาอยู่เรื่อย ๆ พอใกล้จะหมดก็ไปเอายามากินต่อ"

2.1.1.3 รับประทานยาถูกขนาดถูกเวลา ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ เรื่องยาเบาหวานชนิดรับประทานจากการอธิบายของผู้วิจัย และการศึกษาในแผ่นพับ ผู้ป่วยได้ปรับขนาดยาและรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่งเพราะกลัวจะเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อรับประทานยาเกินขนาด และการออกฤทธิ์ของยาไม่เต็มที่ได้ตามเวลา อีเป็นผู้หนึ่งที่รับประทานยาเกินขนาดติดต่อกันมานานเพราะต้องการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ข้อมูลว่า

อี : "พี่กินทั้งยาโรงพยาบาล และยาจากร้านขายยาไปซื้อมาเอง เอาตัวอย่างยาไปซื้อ กินคู่กันไป กินมา 1-2 เดือนแล้ว เบาหวาน (ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า) ก็ยังไม่ลด แต่ตอนนี้พี่กินเฉพาะยาโรงพยาบาลอย่างเดียวกับยาสมุนไพร ไม่กินยาเพิ่มแล้ว กลัวเป็นลม เคยเป็นลมแล้ว พี่เลยหยุดยาที่ซื้อจากร้านขายยาเอง"

2.1.2 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ ผู้ป่วยได้นำความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบาหวานชนิดเม็ดและสมุนไพรที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลได้ไปแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยอื่น ในกรณีของดอละห์ ได้แสดงความคิดเห็นว่า

ดอละห์ : "ผมรู้อะไรก็ไปบอกพี่สาว บางทีพี่ถามผมตอบไม่ได้ก็มาถามคุณ (ผู้วิจัย) แล้วไปบอกที่... เวลาไปโรงพยาบาลก็ถามคนที่นั่งใกล้ ๆ กันว่ากินยาอย่างไร ถ้าไม่ถูกผมก็แนะนำคุยกับเขา เขาชอบคุยผมใหญ่เลย ผมดีใจจัง..."

กรณีของสิทธิ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการใช้สมุนไพร ดังนี้

สิทธิ : "แต่ก่อนผมใช้ฟ้าทะลายโจร พอรู้ว่าไม่มีฤทธิ์ลดน้ำตาล ผมก็หยุดแล้วก็ไปบอกคนใช้คนอื่นด้วย นี่เพื่อนผมอยู่กระบี่ส่งใบอินทนิลน้ำมาให้ ผมก็เอามาต้มกินแทนน้ำกินได้ 2 วันแล้ว"

2.1.3 ได้รับการปรับเปลี่ยนขนาดหรือชนิดของยาเบาหวานจากแพทย์ ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และแพทย์ได้พิจารณาปรับขนาดหรือชนิดของยาเบาหวานในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียให้เหมาะสมกับผู้ป่วย มีผู้ป่วยจำนวน 4 คน ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนยาเบาหวานจากแพทย์ และผู้ป่วย 1

คน ที่ได้รับการปรับลดขนาดขาดความดันโลหิตสูง เสรีรัฐเป็นผู้หนึ่งซึ่งได้รับการปรับเปลี่ยนยาเบาหวานและขาดความดันโลหิตสูง ได้ให้ข้อมูลว่า

เสรีรัฐ : "หมอให้ยาเบาหวานลดลงจาก 1 1/2 เม็ดเหลือ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า เย็นเหมือนเดิม แล้วลดยาความดันลดลงเหลือ 1/2 เม็ดจากเดิม 1 เม็ด คุม เบาหวานได้นี้ ความดันก็ลดลงด้วย"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาเบาหวานให้ถูกต้องเพราะผู้ป่วยเข้าใจประสิทธิภาพของยาที่ใช้ อยู่ ร่วมกับมีวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยาด้วยการติดข้อความเตือนจำ และกระตุ้นเตือนจากคู่สมรส/บุตรของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถปฏิบัติการใช้ยาได้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1995 : 216-219) คือเมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเอง วิเคราะห์พฤติกรรมด้วยเหตุผลและคาดผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประเมินความสามารถและแหล่งช่วยเหลือของตนเมื่อพร้อมก็ปฏิบัติการดูแลตนเองตามที่ต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของภาวนา (2537 : 91) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานก่อนเข้าโครงการ 24 ใน 30 คน มีความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องยาอยู่ในระดับยังไม่พัฒนาเมื่อหลังเข้าโครงการแล้วผู้ป่วยได้พัฒนาไปอยู่ในระดับพัฒนาแล้วและมีเสถียรภาพ 7 คน และในระดับพัฒนาแล้วแต่ไม่มีเสถียรภาพ 17 คน นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงเหตุผลและความสัมพันธ์ของการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่ออธิบายการเชื่อมโยงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้

2.2 การควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ การควบคุมอาหารเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยทุกคนมีความพร้อมและเป็นพฤติกรรมที่มีปัญหามากในการปรับเปลี่ยนเนื่องจากขัดแย้งกับนิสัยการรับประทานและไม่สามารถประยุกต์คำแนะนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีการปรับเปลี่ยนปริมาณสารอาหาร และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารคือ เปลี่ยนวิธีปรุงอาหารจากทอดมาเป็นต้ม นึ่ง และย่าง งดน้ำตาลทราย น้ำอัดลม และขนมหวาน ลดข้าว น้ำมัน เนื้อสัตว์ เพิ่มผัก ดื่มน้ำเปล่าก่อนกินข้าว 1-2 แก้ว กินอาหารเย็นก่อน 18.00 น. และกินพวอิม มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 เปลี่ยนวิธีปรุงอาหารจากทอดมาเป็นต้ม นึ่งและย่าง ผู้ป่วยหรือคู่สมรสของผู้ป่วยได้ปรับวิธีการปรุงอาหารจากทอดมาเป็นต้ม นึ่งหรือย่าง ซึ่งลดปริมาณการได้รับแคลอรีจากไขมัน ดังเช่นสิทธิได้แสดงความคิดเห็นว่า

สิทธิ : "ตั้งแต่เซอรี่(นามสมมุติของผู้วิจัย)พูดคุยให้ผมและภรรยาช่วยกันคุม

เบาหวาน ภรรยาผมเลือกซื้อกับข้าวถุงเป็นพวกแกงส้มปลาแกงเลียง น้ำพริก หรือไม่กี่แกงจืด และพวกของทอด ๆ ที่ผมชอบ เช่น ปอเปี๊ยะ กลัวยทอด หมูทอด นี่หยุดไปได้ยกเว้นอยากกินจริง ๆ จึงกินให้หายอยากทีเดียว"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีปรุงอาหารจากทอดมาเป็นต้ม นึ่ง อย่างเพราะว่าการทอดจะใช้น้ำมันในปริมาณมาก น้ำมัน 1 ช้อนชาให้พลังงาน 45 แคลอรีดังนั้นจึงทำให้ได้แคลอรีจากไขมันเกินความต้องการของร่างกายและเกินปริมาณที่กำหนดให้ ตามรายการอาหารแลกเปลี่ยน ส่วนการปรุงอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ยังไม่ได้เพิ่มแคลอรีในอาหาร

2.2.2 งدنน้ำตาลทราย น้ำอืดลม และขนมหวาน ผู้ป่วยหรือคู่สมรสของผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะลดปริมาณการใช้น้ำตาลในการปรุงอาหาร โดยค่อย ๆ ลดปริมาณลงเรื่อย ๆ บางคนได้ใช้น้ำตาลเทียมผสมเครื่องดื่มน้ำตาลทราย ในกรณีของศักดิ์ ซึ่งเดิมภรรยาชอบรส-หวานอาหารที่เตรียมให้ผู้ป่วยก็มีรสหวานเช่นกันได้แสดงความคิดเห็นว่า

ศักดิ์ : "เดี๋ยวนี้กินธรรมดา น้ำตาลไม่ค่อยใส่แล้วในถ้วยเดียว น้ำอืดลมก็หยุดแล้ว พวกขนมก็เปลี่ยนเป็นผลไม้พวกฝรั่ง ชมพู่มากขึ้น แพนเค้กก็ไม่ใส่น้ำตาลมากแล้วในกับข้าว เพราะอยากให้ผมอยู่นานๆ เวลาไปกินข้าวนอกบ้านก็จะบอกเขาว่าไม่ใส่น้ำตาลในอาหารที่สั่ง"

และแดงเป็นผู้หนึ่งซึ่งหยุดเติมน้ำตาลในโอวัลติน หรือใช้น้ำตาลเทียมแทน

แดง : "เวลาชงโอวัลตินเดี๋ยวนี้ไม่ใส่น้ำตาลแล้ว ชงกับน้ำร้อนเลย ๆ บางทีก็ใส่น้ำตาลเทียม 1 เม็ด"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยพยายามลดปริมาณการใช้น้ำตาลทรายในการปรุงอาหารหรือผสมเครื่องดื่มน้ำ เพราะว่าน้ำตาลทรายหรือซูโครส (Sucrose) เป็นสารรสหวานที่ใช้กันมากในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีความสำคัญมากกับผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากซูโครสอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงมากเพราะซูโครสจะถูกย่อยที่ลำไส้เล็กด้วยเอนไซม์ซูเครส (Sucrase) ได้กลูโคสและฟรุคโทส (Fructose) กลูโคสจะถูกเปลี่ยนเป็นซอร์บิทอล (Sorbitol) ซึ่งทั้งซอร์บิทอลและฟรุคโทสเมื่ออยู่ในเซลล์จะมีแรงดันออสโมซิสดึงน้ำเข้าเซลล์ทำให้เซลล์บวมและผนังเซลล์มีรอยร้าวเพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานของเซลล์ผิดปกติไป และการมีน้ำตาลในเลือดสูงนานๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดด้วย (วรณี, 2535 : 90-93) และซูโครสให้พลังงานมากซึ่งมีผลต่อการควบคุมน้ำหนัก (Tschanz, et al., 2538 : 32) น้ำตาล 1 ช้อนชาให้พลังงาน 15 แคลอรี แต่น้ำตาลเทียมหรือเอสปาร์เทม

(aspartame) เป็นสารซึ่งให้รสหวานกว่าน้ำตาลทราย 180 เท่า และไม่ให้พลังงาน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักตัวได้ดีและรักษาน้ำหนักได้ระยะยาว (Kanders, et al., 1991, cited by Tschanz, et al., 2538 : 33)

2.2.3 ลดข้าว น้ำมัน เนื้อสัตว์ เพิ่มผัก ผู้ป่วยปรับลดปริมาณอาหารในหมวด

ธัญพืชที่ลดปริมาณข้าวที่รับประทานจากเดิมเหลือปริมาณที่ใกล้เคียงกับที่ควรรับประทานเปลี่ยนแปลงหรือเลือกที่จะบริโภคเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน หรืออาหารทะเลเพิ่มขึ้นกว่าเดิมเปลี่ยนน้ำมันที่ผลิตจากปาล์มไปเป็นน้ำมันที่ผลิตจากถั่วเหลือง และเพิ่มอาหารพวกผักหรือพืชที่มีเส้นใยมาก

อึ้งเป็นผู้หนึ่งที่สามารับประทานข้าวในปริมาณที่เหมาะสมและจากบันทึกอาหารประจำวันครั้งที่ 2 และ 3 ของอึ้งพบว่า แคลอรีที่ได้รับใกล้เคียงกับแคลอรีที่ต้องการต่อวัน ซึ่งอึ้งได้ให้ข้อมูลว่า

อึ้ง : "ข้าวกินเท่าที่เคยดื่กให้ดูมาตลอด กับข้าวก็เป็นผักต้ม น้ำพริก หรือไม่กี่ปลาต้ม ทำทีเดียวก็เป็นหม้อใหญ่เลยได้กิน 2-3 วัน นี่ของหวานไม่กินมา 2-3 เดือนแล้ว ขนก็ลดลงมาก มีแต่ผักนี้แหละที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่ก็เป็นผักจิ้มน้ำพริก"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยพยายามลดปริมาณอาหารที่ได้รับและบริโภคผักเพิ่มขึ้นเพราะต้องการควบคุมพลังงานที่ได้รับให้ใกล้เคียงกับพลังงานที่ร่างกายต้องการ และการให้อาหารแคลอรีต่ำ ไขมันต่ำ ในผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะลดน้ำหนักได้ดีและคงน้ำหนักได้เมื่อติดตามหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 ปี (Wing, et al., 1993 : 140A) การให้อาหารที่มีแคลอรีต่ำใยพืชสูง มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดน้ำหนักผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน สามารถลดน้ำหนักได้ถึง 1 กก.ต่อสัปดาห์ (Hamilton, et al., 1992 : 407) นอกจากนี้ใยพืชที่ได้รับโดยเฉพาะใยพืชพวก pectic substance มีคุณสมบัติอุ้มน้ำได้โดยจับเข้าโมเลกุลแล้วเกิด gel formation ทำให้ลดการดูดซึมของสารอาหารต่างๆ โดยเฉพาะน้ำตาล (ประภาศรี, 2532 : 72)

2.2.4 ดื่มน้ำเปล่าก่อนกินข้าว 1-2 แก้ว ผู้ป่วยได้คิดวิธีให้ตนเองรับประทานอาหารลดลงโดยการดื่มน้ำเปล่าก่อนรับประทานอาหาร 1-2 แก้ว ทุกครั้ง เพราะน้ำจะเข้าไปแทนที่ว่างในกระเพาะอาหาร ช่วยให้ตนเองอิ่มเร็วขึ้น ซึ่งอึ้งได้อธิบายว่า : "ก่อนกินข้าว กินน้ำก่อนสัก 1-2 แก้ว พอกินข้าวไปได้สักงานก็อิ่ม อิ่มเร็วกว่าเมื่อก่อนนะ"

2.2.5 กินอาหารเย็นก่อน 18.00 น. ผู้ป่วย 4 คน ได้ข้อสรุปว่า ควรรับประทานอาหารเย็นก่อนหกโมงเย็น และหลังอาหารเย็นกินได้เฉพาะน้ำเปล่าจนเข้านอน ซึ่งทำให้

ผู้ป่วยลดน้ำหนักและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แดงได้ให้ข้อมูลว่า "กินข้าวเย็นก่อนดี หก (หกโมงเย็น) หลังจากนั้นไม่กินอะไรอีก ยกเว้นน้ำ อยู่ได้ไม่หิว ใจไม่สั่นด้วย น้ำหนักเริ่มลดลงแล้วนะ"

2.2.6 กินพ้ออัม ผู้ป่วยได้เตือนตนเองทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหารให้กินพ้ออัมเพื่อจะได้ควบคุมปริมาณพลังงานที่ได้รับของตนเอง

สาว : "เวลากินข้าวจะนึกอยู่ตลอดเวลาว่ากินพ้ออัม กินน้ำก่อน 1-2 แก้ว แล้วกินข้าวพ้ออัมก็หยุดกิน กินยาแล้วก็กินน้ำตาม 1-2 แก้ว ทำแบบนี้ พ้ออัมรู้สึกหิวก็จะกินน้ำและผลไม้พวกฝรั่ง หรือไม่ก็สลัดผัก แต่ไม่ราดน้ำสลัด ใช้ซอสพริกแทน" (ข้อสรุปเขาทอง)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยได้คิดวิธีให้ตนเองลดปริมาณการรับประทานอาหารลงโดยดื่มน้ำเปล่าก่อนกินข้าว 1-2 แก้ว กินอาหารเย็นก่อน 18.00 น. และกินพ้ออัม เพราะต้องการควบคุมปริมาณอาหารและให้ร่างกายได้ใช้พลังงานของอาหารเมื่อเย็นก่อนนอน (ปัญญา, 2534 : 27) และการหยุดรับประทานอาหารเมื่ออิ่มแล้วเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินลดน้ำหนักได้ดีและนาน (Guare, et al., 1989 : 503)

ดังนั้นการควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยมีพฤติกรรมการรับประทานตามที่กล่าวมาอย่างต่อเนื่อง และจากบันทึกอาหารประจำวันพบว่า พลังงานที่ได้รับของผู้ป่วยเกือบทั้งหมดลดลงกว่าแรกเริ่มวิจัย ซึ่งส่วนใหญ่ (9 คน) ได้รับพลังงานเกินความต้องการของร่างกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 600 แคลอรี และเมื่อรับรู้ผลระดับฮีโมโกลบินเอวันซีครั้งที่ 2 ซึ่งลดลงทุกคน ทำให้ผู้ป่วยคาดการณ์และคงพฤติกรรมการรับประทานเช่นเดิม แสดงว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง เพราะหลังจากเข้าใจและมีทักษะในการกำหนดปริมาณอาหาร คาดการณ์ถึงผลของระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการและมีกรอบครัวให้การสนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยพิจารณาตัดสินใจลดปริมาณสารอาหารที่รับประทาน และได้สะท้อนการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องด้วยผลฮีโมโกลบินเอวันซีซึ่งลดลง สนับสนุนให้ผู้ป่วยคาดการณ์และพิจารณาตัดสินใจไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ปรับเปลี่ยนไป ให้สอดคล้องกับความต้องการในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Orem, et al., 1995 : 216-222) เพราะผู้ป่วยมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานทั้งทางกายและจิตใจที่ต้องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีพลังความสามารถในการคิดพิจารณาด้วยเหตุผลและมีเป้าหมายซึ่งเป็นแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิบัติการควบคุมอาหารด้วยตนเองในการศึกษาของภาวนา (2537 : 90) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานก่อนเข้าโครงการ 16 ใน 30 คน

มีความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องอาหารอยู่ในระดับยังไม่พัฒนา และเมื่อสิ้นสุดงานวิจัย (4 เดือน) ผู้ป่วย 2 คน ได้รับการพัฒนาความสามารถถึงระดับพัฒนาแล้วและมีเสถียรภาพ ผู้ป่วย 14 คน ได้รับการพัฒนาถึงระดับพัฒนาแล้วแต่ไม่มีเสถียรภาพ

2.3 การออกกำลังกายต่อเนื่องเป็นเรื่องที่พยายามทำ

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดไม่ได้ปฏิบัติ เพราะขัดแย้งกับนิสัย ขาดความรู้ ไม่สามารถจัดลำดับกิจกรรมที่ทำได้ และขาดผู้สนับสนุน ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลการออกกำลังกาย และพิจารณาตัดสินใจออกกำลังกาย พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยคือ ออกกำลังกายทุกวันหรือวันเว้นวัน ปรับเปลี่ยนชนิดและสถานที่ออกกำลังกายได้ตามสถานการณ์ และประเมินความแข็งแรงของตนได้ ดังนี้

2.3.1 ออกกำลังทุกวันหรือวันเว้นวัน ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยการเดินหรือวิ่งเหยาะๆทุกวัน เพราะมีความตั้งใจที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้และพึงพอใจกับความรู้สึกที่สบายภายหลังออกกำลังกาย อีเป็นผู้ป่วย 1 ใน 4 คน ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพยายามออกกำลังอย่างต่อเนื่องตลอดการวิจัยให้ข้อมูลว่า

อี : "เดินได้ทุกวัน เดินบ้าง วิ่งเหยาะ ๆ บ้างทุกวัน รอบ ๆ บ้าน พอถึงเวลาช่วงเย็น แล้วอยู่ไม่ได้ ต้องเดินจนเหงื่อออก แล้วจะรู้สึกสบาย เบาตัว อยากให้น้ำตาลในเลือดลดลงด้วย เดินวันหนึ่งประมาณ 20-30 นาทีได้"

2.3.2 ปรับเปลี่ยนชนิดและสถานที่ออกกำลังกายได้ตามสถานการณ์ บางวันมีฝนตกหรือไปธุระนอกบ้านในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยตั้งใจไว้สำหรับออกกำลังกาย แต่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจออกกำลังกายในบ้านโดยวิ่งอยู่กับที่หรือเปลี่ยนเวลาออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง

ในกรณีนี้ซึ่งเป็นผู้ที่ออกกำลังกายตลอดการวิจัย เพราะได้รับกำลังใจอย่างต่อเนื่องจากสามีให้ข้อมูลว่า

นิค : "ช่วงนี้ฝนตกเกือบทุกวัน แต่ก็ออกกำลังกายได้ บางทีเปิดเพลงเดินเหยียดตัวไปจาก (บิดตัวไปมา) ตามเพลง แล้วก็วิ่งอยู่กับที่ในบ้าน จนเหงื่อออกทั้งตัว หัวใจเต้นแรง จึงค่อย ๆ หยุด ทำทุกวันแฟนที่ก็ชมว่าเก่ง แล้วจะได้อยู่ด้วยกันนาน ๆ บริหารเท่าทำทุกวันตอนตื่นนอนและก่อนนอนทำมาตั้งแต่เอาเอกสารให้นั้นแหละ เดี่ยวนี้ก็ยังทำ"

2.3.3 ประเมินความแข็งแรงของตนได้ ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และพึงพอใจในความแข็งแรงที่เพิ่มขึ้นของตน เพราะเกิดจากการออกกำลังกายที่ตนเองปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ในกรณีของแซ่ ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเองว่า

เซ็ง : "เมื่อก่อนไม่ออกกำลังกายเลย หลังคุยกับคุณ (ผู้วิจัย) ที่ก็เริ่มเดินรอบ ๆ บ้าน วันแรกเดิน 1-2 รอบต่อมาเดินเร็ว ๆ ได้ 3-4 รอบ ตอนนี้เดินเร็ว ๆ ได้ 10 รอบแล้ว เหนื่อยก็ ออกดี ทำอะไรก็ไม่ค่อยเหนื่อย ผิดกับแต่ก่อนมาก"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าก่อนเข้าโครงการวิจัยผู้ป่วยไม่ออกกำลังกาย 7 คน ออกกำลังกายแต่ไม่ต่อเนื่อง 5 คน และพยายามออกกำลังกาย 1 คน เมื่อสิ้นสุดโครงการ วิจัย มีผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกาย 2 คน เพราะผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นความต้องการการดูแลตนเอง แต่ต่อมาทัศนคติเปลี่ยนไปโดยให้สัญญาด้วยวาจาว่าจะ เริ่มต้นด้วยการเดิน เพราะได้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้มีแรงจูงใจ และเมื่อได้รับการ สนับสนุนจากสังคมเพิ่มขึ้นอีก 7 คน ออกกำลังกายแต่ไม่ต่อเนื่อง เพราะขาดการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอจากครอบครัวหรือสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดูแลตนเอง และ ส่วนที่เหลือ 4 คน พยายามออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เพราะพึงพอใจที่ได้ออกกำลังกาย และมี เป้าหมายที่ต้องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภวานา (2537 : 92) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานก่อนเข้าโครงการ อยู่ในขั้นยังไม่พัฒนา 21 คน กำลังพัฒนา 6 คน และ พัฒนาแล้วแต่ ไม่มีเสถียรภาพ 3 คน เมื่อสิ้นสุดโครงการแล้วอยู่ในขั้นพัฒนาแล้วและมีเสถียรภาพ 9 คน และพัฒนาแล้วแต่ไม่มีเสถียรภาพ 21 คน

2.4 ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายได้ตามสถานการณ์ ผู้ป่วยทุกคนไม่รู้ว่าความเครียด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เพียงแต่รับรู้ว่าการเครียดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ภายหลังที่ได้รับรู้ข้อมูลผู้ป่วยมีความสามารถในการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่มีความขัดแย้ง เพราะไม่ต้องการให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเมื่อไม่สบายใจ เช่น เสริฐได้อธิบาย การผ่อนคลายที่ใช้คือ การหลีกเลี่ยงจากที่มีความขัดแย้งว่า

เสริฐ : "ตอนนี้ถ้าเขามีเรื่องกัน ทะเลาะกัน ผมจะเดินหนีไปก่อน แล้วค่อยเข้าไปแก้ ปัญหาที่หลัง บางทีก็ไม่ใส่ใจ แต่ก่อนอารมณ์ร้อนมาก ตอนนี้ดีขึ้นแล้ว ไม่อยากคิดมาก ทำ ใจให้สบาย ๆ ถ้าเครียดมากเดี๋ยวความดันจะขึ้นอีก นี่เบาหวานก็ลงแล้ว ความดันก็ลง ผมพอ ใจแล้ว" (เสริฐเป็นเบาหวานและมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย)

นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกคนมีวิธีการผ่อนคลายอยู่แล้วเมื่อไม่สบายใจ โดยการอยู่คนเดียว ฟังเพลง เป็นต้น ผู้วิจัยได้เสนอแนะวิธีการทำสมาธิด้วยการควบคุมจิตใจให้สงบ โดยการควบคุมลมหายใจเข้า-ออก บริกรรมพอง-ยุบ ตามการเคลื่อนไหวของผืนผ้าทอ เมื่อ ผู้ป่วยนำไปใช้สามารถทำให้จิตใจสงบและนอนหลับได้ เช่น จิมเป็นผู้หนึ่งที่คิดมากและ

กังวลเรื่องลูก เมื่อได้นำวิธีนี้ไปปฏิบัติ ทำให้ระงับใจตนเองไม่ให้คิดหรือโมโหได้ ซึ่งอธิบายความรู้สึกของตนเองดังนี้

ฉิม : "เวลาเห็นบ้านไม่สะอาด แล้วไม่สบายใจ หงุดหงิด หรือเวลาลูกทำอะไรให้ขัดใจก็จะโมโหได้ง่าย เดี่ยวนี้ดีขึ้นมากไม่ค่อยคิดแล้ว สวดมนต์บ้าง นึก ๆ จะโมโหก็สะกดไว้ด้วยพอง-ยุบนี้แหละ เดี่ยวนี้ทำก่อนนอนทุกคืนเลย"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าก่อนเข้าโครงการผู้ป่วยทุกคนไม่รู้ว่าความเครียดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ต่อมาสามารถลดความเครียดของตนได้ เพราะได้ความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นจากการให้คำปรึกษาและได้ทดลองปฏิบัติการณ์ผ่อนคลายด้วยตนเองแล้ว รับรู้ว่าจิตใจสงบ ทั้งนี้เพราะเมื่อรับรู้ว่ามีสิ่งเร้าเป็นความเครียด ความเครียดจะไปกระตุ้นซิมพาเทติกให้หลั่งฮอร์โมนเอพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อีพิเนฟริน (Nor-epinephrine) กระตุ้นต่อมไฮโปทาลามัสให้หลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติคอร์โทรฟิน (Adrenocorticotrophine) กระตุ้นต่อมหมวกไต และตับอ่อนให้หลั่งแคทีคอลามีน (Catechoramine) คอร์ติซอล (Cortisol) กลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) และกลูคากอน (Glucagon) ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะสลายไกลโคเจนให้เป็นกลูโคส ด้วยกระบวนการไกลโคลิซิส (Glycogenolysis) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้ความเครียดทำให้เกิดภาวะกรดจากสารคีโตนได้ง่ายด้วย (Giacca, et al., 1991 : 243-248) เมื่อสิ้นสุดโครงการผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายได้ตามสถานการณ์ และมีการศึกษาที่พบว่า การผ่อนคลายจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานลดลง (McGrady, et al., 1991 : 360) ดังนั้นผู้ป่วยจึงสนับสนุนวิธีการผ่อนคลายต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเมื่อเกิดความรู้สึกเครียดต่อสถานการณ์นั้นๆ เพื่อลดการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากกลไกความเครียด

2.5 ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเข้าสังคมได้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 9 ใน 13 คน ปรับตัวต่อการเข้าสังคมได้ หลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าโดยเฉพาะในการไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ และการพบญาติหรือเพื่อน ในกรณีของหมวยซึ่งไปงานเลี้ยงบ่อยได้ให้ข้อมูลว่า

หมวย : "ตอนนี้พี่ไปงานแต่ง งานศพ ก็เลือกที่จะกินและกินพออิ่ม จะเลือกพวกผัก หรือแต่น้ำ ๆ น้ำไม่ค่อยกิน เวลาเขาให้กินน้ำก็ขอน้ำเปล่าแทนน้ำขวด (น้ำอัดลม) ขนมหวานพวกลำไยก็ดักกินแต่น้ำ ไม่กิน..ลูก ๆ มาบ้านก็ทำกับข้าวให้ พี่กินเท่าที่กินทุกทีไม่ได้เพิ่มขึ้นลูก ๆ เข้าใจและคอยเตือนด้วย"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าภายหลังที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารแล้ว ผู้ป่วยสามารถควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานได้เมื่อไปงานเลี้ยงได้ เพราะมีความตั้งใจที่จะควบคุมเบาหวานให้ได้ ประกอบกับได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส บุตร และผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมออีกทั้งพอใจที่ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของตนลดลงจริงหลังจากควบคุมการดูแลตนเอง นั่นคือผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมและรับรู้การสะท้อนผลการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.6 ความรู้สึกต่อการเป็นเบาหวาน ภายหลังที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีให้บรรลุตามเป้าหมายของตนได้ ความรู้สึกต่อการเป็นเบาหวานได้เปลี่ยนไปเป็นความรู้สึกที่ยอมรับ และต้องการช่วยเหลือผู้อื่น เพราะผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ต่อเนื่องจนสามารถควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติและดีได้ และมีความรู้สึกที่ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2.6.1 ยอมรับ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ยอมรับต่อการเป็นเบาหวาน โดยยอมรับในความไม่แน่นอนของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และยอมรับในการมีภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อระบบหลอดเลือดและระบบประสาท ในกรณีของคอเลสเตอรอล ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทได้แสดงความรู้สึกว่า

คอเลสเตอรอล : "ผมเฉย ๆ แล้ว รู้แล้วว่าเบาหวานเป็นอย่างไร ตอนนี้แค่ประคองอาการไม่ให้เป็นมากกว่านี้เท่านั้น" (ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการอ่อนตัวของอวัยวะเพศ)

2.6.2 ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความพร้อมและความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถช่วยเหลือผู้อื่น พบในผู้ที่ควบคุมโรคได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

จิม : "มีคนไข้เบาหวานอีกหลายคนที่คุณ้ำตาลไม่ได้ อยากช่วยอยากคุยให้เขาฟัง เหมือนกับที่ได้คุยกันตอนเข้ากลุ่ม" (จิมเป็นผู้ที่สามารถลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีจากร้อยละ 8.7 เป็นร้อยละ 6.4 ในการเจาะครั้งที่ 2 และ 3)

3. ขึ้นสามารถดูแลตนเองได้ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยคือ ประเมินตนเองได้

ประเมินตนเองได้ ในการประเมินนี้ หมายถึง การประเมินตัวชี้วัดการดูแลตนเองคือ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี น้ำหนักตัว และดัชนีความหนาของร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยสามารถสะท้อนการดูแลตนเองอย่างเป็นรูปธรรม

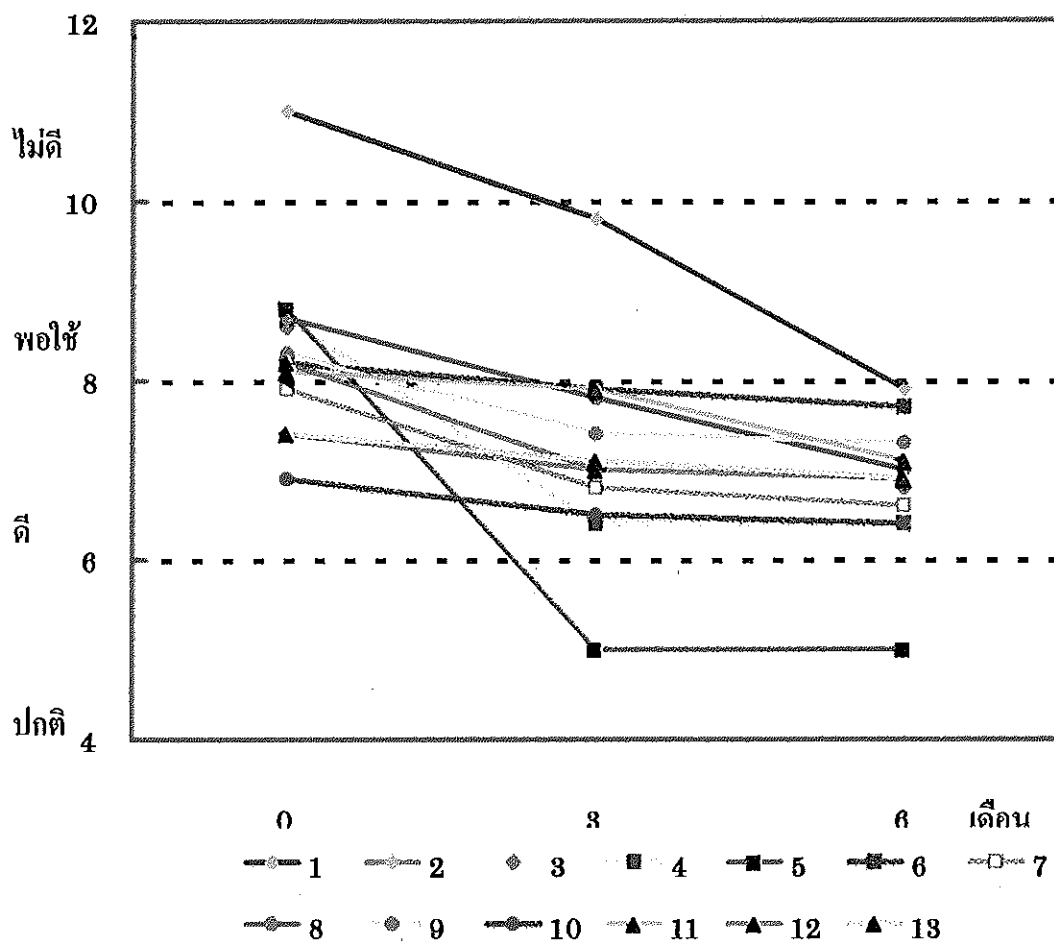
การเปลี่ยนแปลงของระดับฮิโมโกลบินเอวันซี เมื่อสิ้นสุดการวิจัย พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮิโมโกลบินเอวันซี ดังนี้ แรกเริ่มเข้าร่วมงานวิจัยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (8 คน) มีระดับฮิโมโกลบินเอวันซีอยู่ในระดับการควบคุมโรคพอใช้ ต่อมาระหว่างร่วมการวิจัยแล้ว 2 1/2-3 เดือน นั้นผู้ป่วยมีระดับการควบคุมโรค ปกติหรือดีมาก 2 คน และดี 10 คน และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับการควบคุมโรคปกติหรือดีมาก 3 คน และดี 10 คน ดังตาราง 9 และกราฟ 1

ตาราง 9 ระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยจำแนกตามระดับฮิโมโกลบินเอวันซี

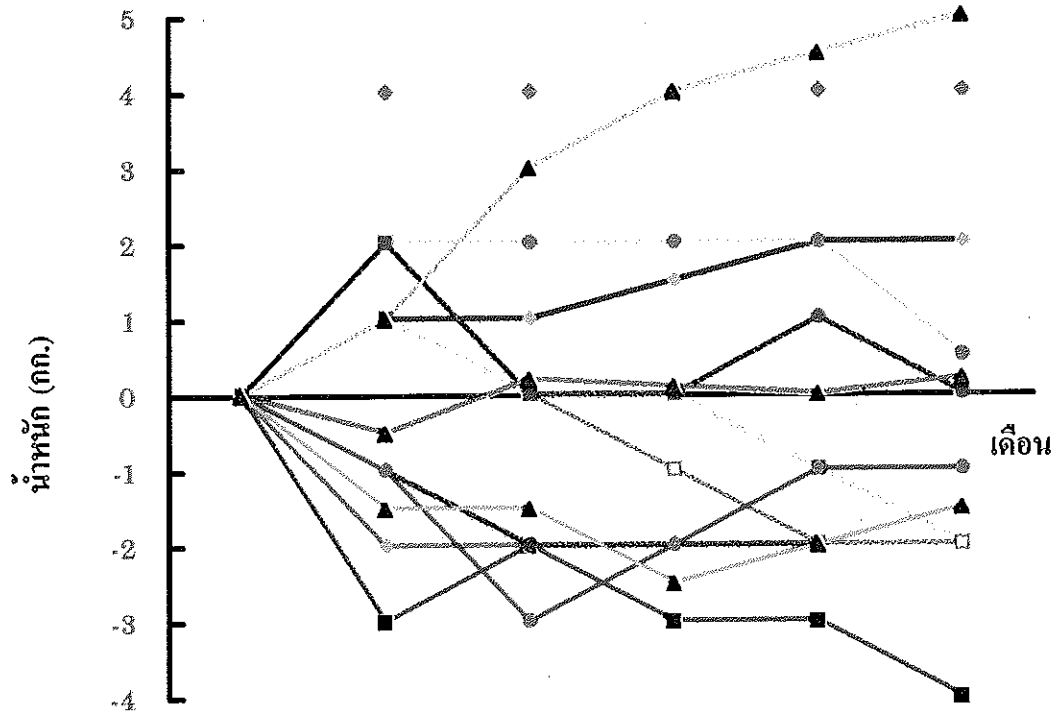
ระดับฮิโมโกลบิน- เอวันซี	ระดับการควบคุมโรค (จำนวน)			
	ปกติหรือดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
	(4.4-6.4%)	(6.5-8.0%)	(8.1-10.0%)	(>10.1%)
เจาะเลือดครั้งที่ 1 (เริ่มการวิจัย)	-	4	8	1
เจาะเลือดครั้งที่ 2 (2 1/2-3 เดือน)	2	10	1	-
เจาะเลือดครั้งที่ 3 (สิ้นสุดการวิจัย)	3	10	-	-

กราฟ 1 การเปลี่ยนแปลงระดับการควบคุมโรคเบาหวาน

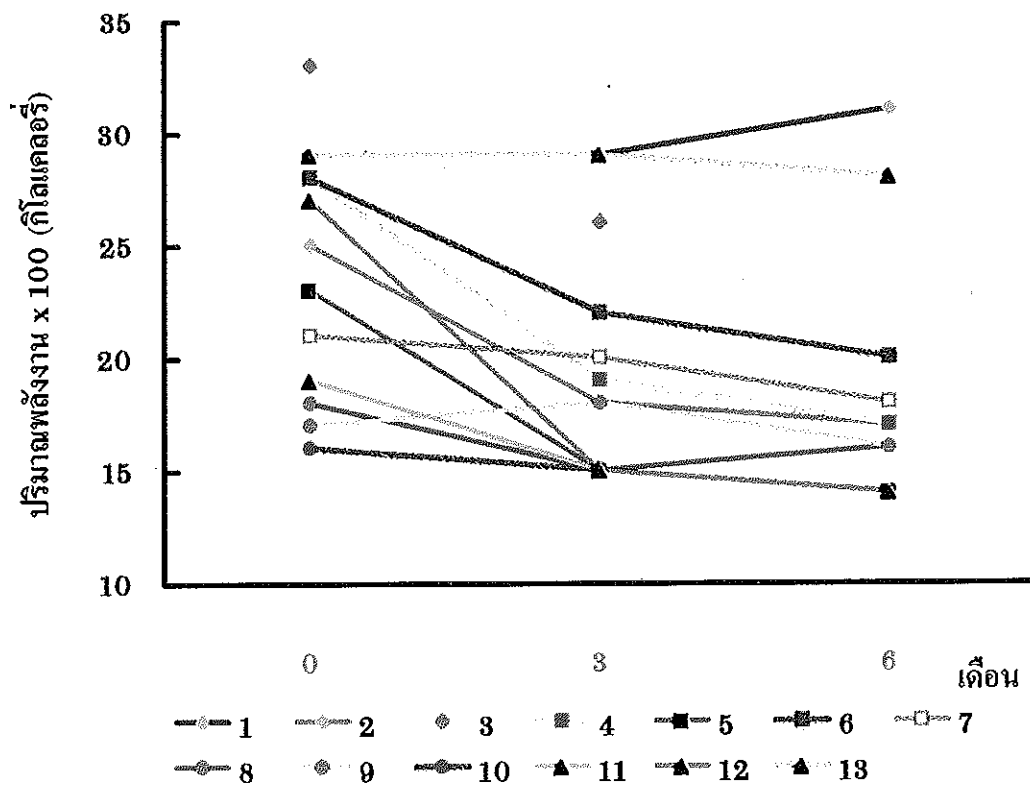
HbA1c (%)



กราฟ 2 การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว



กราฟ 3 ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน



จากตาราง 10 กราฟ 2 และกราฟ 3 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวลดลงเพราะผู้ป่วยควบคุมปริมาณสารอาหารที่รับประทานเพื่อควบคุมพลังงานที่ได้รับให้ใกล้เคียงกับความต้องการของร่างกาย (แนวโน้มของกราฟ 3 ซึ่งแสดงพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันลดลงเกือบทั้งหมด) และจากการบันทึกอาหารประจำวันครั้งที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยทุกคนยังคงได้รับพลังงานมากกว่าความต้องการของร่างกายแต่ส่วนใหญ่ (9 คน) ได้พลังงานมากกว่าความต้องการของร่างกายประมาณ 600 แคลอรี และจากกราฟ 2 พบว่า น้ำหนักตัวของแต่ละคนมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ เพราะการควบคุมน้ำหนักทำได้ยากมาก แต่ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถลดน้ำหนักได้เพราะมีความตั้งใจและเป็นผลจากการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การลดน้ำหนักของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการรักษาโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพราะจะช่วยให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพของตัวรับอินซูลินทำให้ควบคุมโรคได้ง่ายลดอัตราการเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด (Coronary heart disease) ความดันโลหิตลดลง ระดับของ LDL และไตรกลีเซอไรด์ และเพิ่มระดับ HDL (Vinik, 1989 : 235) มีการศึกษาที่พบว่า การลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหารอย่างเดียวจะทำให้ลดน้ำหนักภายใน 3 เดือนได้ร้อยละ 2.4 ของน้ำหนักตัวและเมื่อติดตามระยะยาวมีผู้ป่วยส่วนน้อยที่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ (Vinik, 1989 : 236) ซึ่งการควบคุมน้ำหนักให้ได้ดังนั้นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร แต่ในบางกรณีเช่น ผู้ป่วยคนที่ 3 (คอเลาะห์) จะเห็นว่าเมื่อแรกเข้าวิจัยในเดือนที่ 1 ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 4 กิโลกรัม (กก.) แต่ต่อมาผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำหนักได้ตลอด 5 เดือน และปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวันลดลงเรื่อยๆ (จากบันทึกอาหารครั้งที่ 3 พลังงานที่ได้รับเกินความต้องการของร่างกายอยู่ 570 แคลอรี) เพราะผู้ป่วยได้เข้าใจและพยายามควบคุมปริมาณสารอาหารและรับประทานยาได้ถูกต้องแต่การออกกำลังกายเพิ่งเริ่มต้นและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การติดตามครั้งที่ 9 (ซึ่งน้ำหนักเดือนที่ 4) เพราะผู้ป่วยต้องการรับประทานทุเรียน และในกรณีของผู้ป่วยคนที่ 13 (เสรีฐ) มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 5 กก. แต่เมื่อพิจารณาน้ำหนักเป็นรายเดือนพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นในเดือนที่ 1-2 อาจเนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต่อมาในเดือนที่ 3-5 (ติดตามครั้งที่ 5 -10) ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเดือนละ 0.5 กก. ในขณะที่พลังงานที่ได้จากการรับประทานอาหารของผู้ป่วยทั้ง 3 ครั้ง ลดลงประมาณ 100 แคลอรีแต่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีจากร้อยละ 7.4 มาเป็นร้อยละ 6.9 .เพราะผู้ป่วยเลือกประเภทของอาหารที่รับประทานแบ่งมื้ออาหารเป็นหลายๆ มื้อ (4-5 มื้อ) โดยรับประทานครั้งละ

น้อยๆ ส่วนใหญ่เป็น ข้าวต้ม ปลาต้ม และจับจ่าย ในการติดตามครั้งที่ 8 ผู้ป่วยได้รับยา Glibizide จาก 1 1/2 เม็ด เป็น 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า เย็น และ Atenolol จาก 1 เม็ด เป็น 1/2 เม็ด หลังอาหารเช้า ในการติดตามครั้งที่ 10 ผู้ป่วยเริ่มต้นออกกำลังกายเพราะต้องการที่จะควบคุมให้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีอยู่ในระดับปกติ

การเปลี่ยนแปลงดัชนีความหนาของร่างกาย พบว่าแรกเข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์อ้วน ซึ่งผู้ป่วยเกินกว่าครึ่ง (7 คน) มีดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ในประเภทอ้วนระดับที่ 2 และเมื่อสิ้นสุดงานวิจัย ผู้ป่วยมีดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ในระดับปกติ 1 คน ดังแสดงตามตาราง 11

ตาราง 11 การเปลี่ยนแปลงดัชนีความหนาของร่างกายจำแนกตามประเภทน้ำหนักตัว

ประเภทน้ำหนักตัว	ดัชนีความหนาของร่างกายของผู้ป่วย (จำนวน)	
	เริ่มเข้าร่วมวิจัย	สิ้นสุดร่วมวิจัย
ปกติ (BMI 20-24.9 กก./ม ²)	-	1
อ้วนระดับที่ 1 (BMI 25-29.9 กก./ม ²)	6	5
อ้วนระดับที่ 2 (BMI 30-39.9 กก./ม ²)	7	7

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีดัชนีความหนาของร่างกายเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มลดลง เพราะว่าดัชนีความหนาของร่างกายได้จากการคำนวณ ระหว่างส่วนสูงและน้ำหนักตัว เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวจึงส่งผลให้ดัชนีความหนาของร่างกายเปลี่ยนแปลงด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีความอ้วนอยู่ในระดับที่ 1 และ 2 ควรได้รับการรักษาด้วยการควบคุมอาหารให้มีแคลอรีต่ำมากร่วมกับการปรับพฤติกรรมการกิน (Stunkard, 1984) มีการศึกษาพบว่าผู้หญิงในวัยผู้ใหญ่เป็นโรคอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 90.5 โรคอ้วนระดับที่ 2 ร้อยละ 9 และโรคอ้วนระดับที่ 3 ร้อยละ 0.5 และเมื่อได้รับการรักษาด้วยการควบคุมอาหาร 1,200-1,500 แคลอรีต่อวัน ร่วมกับการปรับพฤติกรรมสามารถลดน้ำหนักได้ 1.5-2.3 กก.ต่อสัปดาห์ และเมื่อติดตามอีก 1 ปี พบว่าสามารถควบคุมน้ำหนักได้ถึงร้อยละ 99 (Stunkard, 1984)

ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. ปัจจัยส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม การเห็นคุณค่าในตนและการสนับสนุนด้านจิตใจจากคู่สมรส/บุตรอย่างต่อเนื่อง

การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง พบในผู้ป่วยที่ศึกษา 13 คน เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยคิดพิจารณาตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ เช่น แดง อธิบายว่า “เมื่อก่อนไม่ค่อยได้สนใจหรอก แต่พอคุณมาตามมาพูดมาคุยเข้าใจขึ้นเยอะ จึงสนใจตัวเองและพยายามทำตามที่ได้ตกลงกันไว้ตามแผนเพราะเป็นต่อตัวเราเอง ไม่มีใครช่วยหรอกถ้าไม่ทำเอง”

การสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม พบในผู้ป่วยที่ศึกษา 13 คน เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้การกระทำของตนเอง เช่น ศักดิ์ ได้อธิบายว่า “การได้พูดคุยกันทำให้ผมคิดอยู่เรื่อยและทดลองทำแบบโน้นแบบนี้ไปเรื่อยจนทำได้จริง และพอได้เห็นกราฟ ที่มันลดลง ทำให้ผมดีใจอยากทำต่อให้มีดเลือดแดงลงมาปกติเลย”

การสนับสนุนด้านจิตใจจากคู่สมรส /บุตรอย่างต่อเนื่อง พบในผู้ป่วยที่ศึกษา 6 ใน 13 คน ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเห็นคุณค่าในตน เช่น นิด ได้อธิบายว่า “แฟนที่คอยบอกคอยเตือนอยู่เรื่อยๆอย่ากินมาก พอดักข้าวแกงก็เตือนอยู่เรื่อยๆชวนไปวิ่งทุกวันเลย วันไหนที่ไม่ไปแฟนก็ว่าขี้เกียจมีแกกคอยเตือนคอยให้กำลังใจตลอด”

การเห็นคุณค่าในตน พบในผู้ป่วยที่ศึกษา 10 ใน 13 คน ซึ่งเห็นความสำคัญในการมีชีวิตอยู่ต่อไปตามเป้าหมายชีวิตของแต่ละคนและเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จึงแสดงความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยคนอื่น ใจได้อธิบายความรู้สึกของตนว่า “แต่ก่อนไม่สนใจตนเองเลย..พอมายุกับคุณ (ผู้วิจัย) บอกให้ฟังทีละเรื่อง ๆ ก็คิดได้ว่า เราต้องมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกนานและเป็นที่รักของลูกแฟน จึงหันกลับมาสนใจตนเองซึ่งไม่เคยเป็นมาเลย”

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเพราะมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับโอเร็ม (สมจิต, 2536 : 35-36) ที่ระบุให้เห็น

คุณค่าในตนเป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนจะมีความพร้อมที่จะพัฒนาพลังความสามารถและความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อบรรลุเป้าหมายการดูแลตนเองที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือความภาคภูมิใจในตนเองและการสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิด (Smolenski, 1988)

2. อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองคือ ความรู้สึกเสียายและอยากกิน และการสนับสนุนการออกกำลังกายจากคู่สมรส/บุตร/สังคมไม่ต่อเนื่อง

2.1 ความรู้สึกเสียายและอยากกิน เป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการควบคุมอาหารซึ่งพบในผู้ป่วยที่ศึกษาทุกคน เช่นคอเลาะห้ได้อธิบายความรู้สึกที่เสียายและอยากกินว่า

คอเลาะห้ : "เห็นกับข้าวเหลือแล้วไม่ได้ มันเสียายต้องกินให้หมดทุกที อิ่มแล้วก็ยังกิน ผลไม้ชอบๆ ทั้งนั้น ทูเรียน ลีนจี จำปาละ แพนชื้อไปขายเรามากินอยากกินนะ"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความรู้สึกเสียายและอยากกินซึ่งเป็นนิสัยการรับประทานอาหารที่ปรับเปลี่ยนได้ยากที่สุด เพราะผู้ป่วยพึงพอใจในการบริโภค ซึ่งส่วนใหญ่เป็นขนมหวานและผลไม้ที่มีรสหวานจัด ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมปริมาณที่รับประทานอาหารหรือหยุดรับประทานอาหารชนิดนั้นตลอดไป

2.2 การสนับสนุนการออกกำลังกายจากคู่สมรส/บุตร/สังคมไม่ต่อเนื่อง เป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบในผู้ป่วย 7 คน แต่เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือการเสริมแรงก็เริ่มทำพฤติกรรมใหม่ได้ ดังเช่นสิทธิและจิมได้ให้ข้อมูลว่า

สิทธิ : "พอแข่งกีฬาเสร็จ ผมก็ไม่ออกกำลังกายจะทำคนเดียวมันยังงี้ก็ไม่รู้"

จิม : "ช่วงงานบ้านเยอะ ฝนก็ตกทลานไม่ใครดู เลยไม่ได้เดินออกกำลังกายมา 2-3 อาทิตย์แล้วนะ พอได้คุยก็จะออกกำลังกายต่ออีก"

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยออกกำลังกายไม่ต่อเนื่องเพราะการสนับสนุนจากครอบครัวผู้วิจัยหรือสังคมของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง หรือการออกกำลังกายของผู้ป่วยเกิดจากการสนับสนุนมากกว่าความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนด้วยตนเองหรือมีเหตุการณ์อื่นเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้จัดลำดับกิจกรรมการดูแลตนเองไม่ได้ มีการศึกษาที่พบว่า การออกกำลังกายเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับรองจากอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก เพราะปฏิบัติได้ไม่ต่อเนื่อง (Lundman, et al., 1990) ดังนั้นในการสนับสนุนทางสังคมให้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องควรมีการจัดตั้งชมรมเบาหวานขึ้นในโรงพยาบาลและสถานีนามัย

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

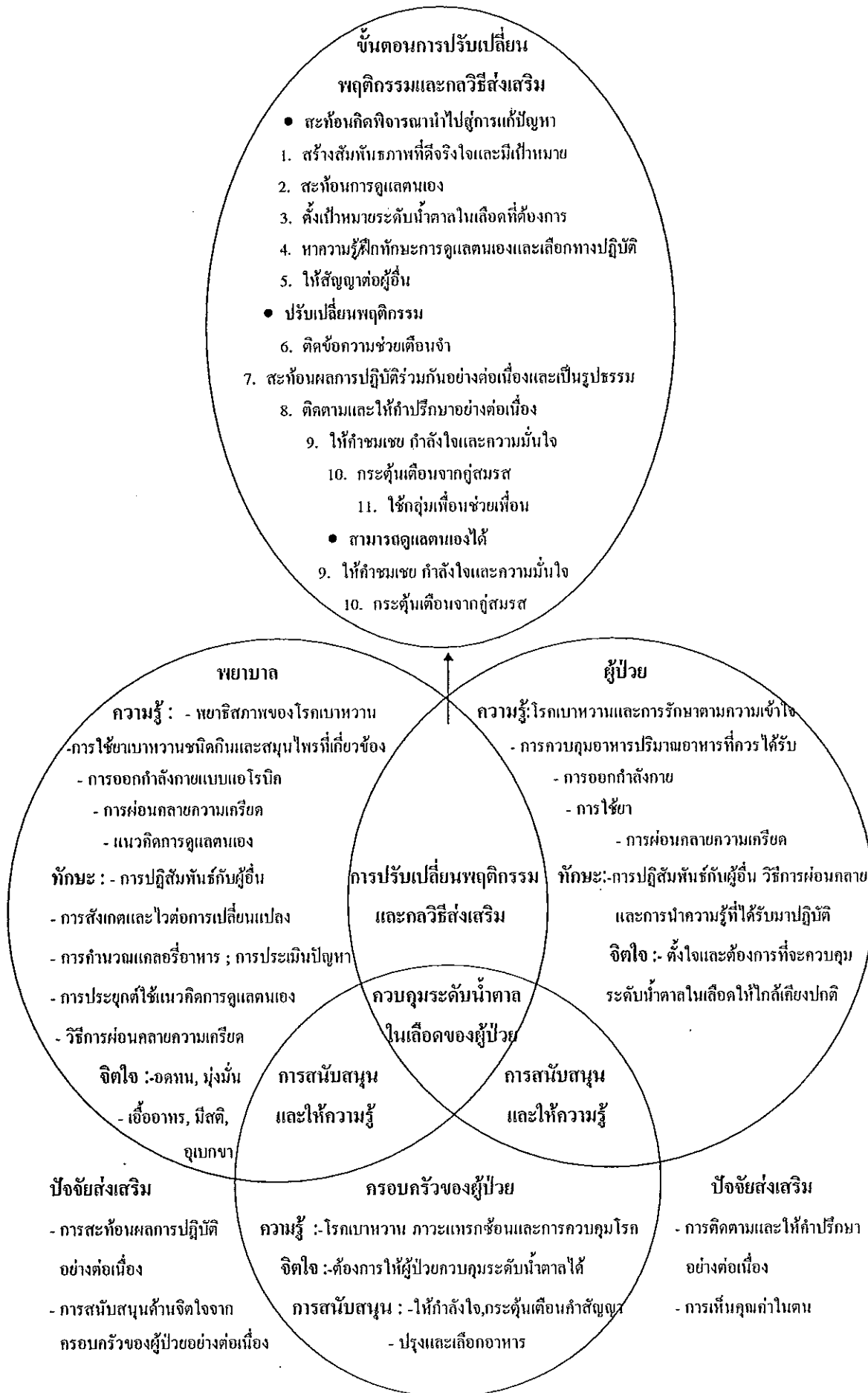
จากผลการวิจัยสามารถสรุปรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้ ดังภาพประกอบ 7 ซึ่งรูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การเตรียมตัวของพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกลวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปัจจัยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ มีความสัมพันธ์โดยรวมร่วมกันในเป้าหมายเดียวกัน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โดยผ่านการสนับสนุนและให้ความรู้ ทั้งนี้ต้องอาศัยปัจจัยส่งเสริมเป็นตัวกระตุ้นในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย ส่วนสำคัญของรูปแบบนี้คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นสะท้อนคิดพิจารณานำไปสู่การแก้ปัญหา ขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และขั้นสามารถดูแลตนเองได้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ อาศัยกลวิธี 11 วิธี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเตรียมตัวของพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วย ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น พยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วยต้องเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ ทักษะและจิตใจ เพื่อจะให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยตามสถานการณ์ที่เป็นจริงในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ดังต่อไปนี้

1.1 พยาบาล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยพยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญที่ต้องให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลควรมีความพร้อมในด้านความรู้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวาน มีทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และต้องอดทน มุ่งมั่น เอื้ออาทรและมีความตั้งใจที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

1.1.1 ความรู้ พยาบาลจะต้องมีความรู้ในเรื่องพยาธิสภาพ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานและสมุนไพรที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด อาหารและจำนวนแคลอรีรวมถึงการคำนวณพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ความเครียดและการผ่อนคลาย ความเครียด และแนวคิดการดูแลตนเอง เช่น ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การเจ็บป่วยเรื้อรัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีผู้ใหญ่ (Adult

ภาพประกอบ 7 รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด



Theory) แนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจในตน (Empowerment)

1.1.2 ทักษะ ทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ การมีปฏิสัมพันธ์หรือการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การสะท้อนปัญหา การสังเกตและเฝ้าต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมหรือความรู้สึกของผู้ป่วย การคำนวณแคลอรีของอาหารตามรายการอาหารแลกเปลี่ยน วิธีการผ่อนคลายความเครียด การประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองตามความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินปัญหาและทักษะการใช้สื่อในการให้ความรู้ เช่น แผ่นพับ และวีดีโอ ซึ่งทักษะเหล่านี้ต้องได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะที่สำคัญที่สุดคือ ทักษะการสะท้อนปัญหา

1.1.3 จิตใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความอดทนสูง เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเรื่องที่ยาก พยาบาลต้องมีความมุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแน่วแน่และจริงจัง มีความเมตตาและเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยที่สำคัญคือ พยาบาลจะต้องมีสติ "รู้" อยู่ตลอดเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น พยาบาลต้องรู้ว่าตนเองกำลังทำอะไร ต้องสังเกตอะไร และตั้งใจฟังคำตอบและคำถามของผู้ป่วย และต้องทำจิตใจให้เป็นอุเบกขา คือการปล่อยวางจิตใจให้เป็นกลางหรือการปล่อยวางเรื่องนั้นไว้ชั่วคราว การวางตัวเป็นกลางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะในพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก รวมถึงไม่ติเตียนผู้ป่วยด้วย เช่น เมื่อพบว่าผู้ป่วยกลับไปทำพฤติกรรมเดิมก็ไม่ควรตำหนิเพราะผู้ป่วยทุกคนไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ทุกอย่าง ผู้วิจัยต้องทำใจและปล่อยวางชั่วคราวแล้วเริ่มสะท้อนการปฏิบัติ วางแผนแก้ปัญหาร่วมกันและตั้งเป้าหมายระยะสั้นใหม่ นอกจากนี้บางครั้งผู้ป่วยจะปรึกษาปัญหาส่วนตัวที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง พยาบาลต้องพยายามใช้คำถามที่สะท้อนหรือย้อนกลับให้ผู้ป่วยได้คิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง ไม่กำหนดวิธีแก้ปัญหามาให้ผู้ป่วย

1.2 ผู้ป่วย ผู้ป่วยควรมีการเตรียมตัวให้พร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญ คือ การเตรียมพร้อมในด้านจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยต้องมีความมุ่งมั่นและต้องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และผู้ป่วยต้องเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น ความรู้ในเรื่องอาหาร หรือยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ซึ่งทำให้เกิดการคิดพิจารณาหาทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง และผู้ป่วยควรเตรียมความพร้อมในทักษะที่จำเป็น เช่น การกำหนดปริมาณอาหารที่ควรรับประทานด้วยอุปกรณ์ในครัวเรือน ดังต่อไปนี้ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความมุ่งมั่นหรือไม่มีความต้องการที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พยาบาลต้องพัฒนาความรู้ให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ อันจะนำไปสู่การตัดสินใจมุ่ง

มันแก้ปัญหา)

1.2.1 ความรู้ ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรักษา การควบคุมอาหารปริมาณอาหารที่ควรได้รับต่อวัน การออกกำลังกาย การใช้ยา และการผ่อนคลายความเครียดตามการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย

1.2.2 ทักษะ ผู้ป่วยต้องมีทักษะในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อที่จะได้แสวงหาความรู้และวิเคราะห์การดูแลตนเองได้ วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ใช้อยู่ประจำ การประเมินปัญหา และมีทักษะในการนำความรู้ที่ได้รับมาปฏิบัติด้วยตนเอง

1.2.3 จิตใจ ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจและต้องการที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ใกล้เคียงปกติ เช่น ความตั้งใจของหมวย "อยากให้ระดับเม็ดเลือดแดงเข้มมีลดลงมาอยู่ในระดับปกติ"

1.3 ครอบครัวของผู้ป่วย เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุด เพราะกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดที่บ้าน และส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่กับครอบครัว ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วยควรมีความพร้อมในด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เช่น การเลือกซื้ออาหารหรือการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ในด้านจิตใจ ควรมีความต้องการให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ดังต่อไปนี้

1.3.1 ความรู้ ครอบครัวของผู้ป่วยต้องมีความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนและการควบคุมโรค ซึ่งได้รับจากพยาบาลหรือจากสื่อความรู้อื่น ๆ เช่น แผ่นพับ วีดีโอ โทรทัศน์ หรือวิทยุ

1.3.2 ทักษะ ครอบครัวของผู้ป่วยต้องมีทักษะให้การสนับสนุนด้านกำลังใจ กระตุ้นเตือนคำสัญญาที่ผู้ป่วยให้ไว้ ตลอดจนปรุงและเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

1.3.3 จิตใจ ครอบครัวของผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจและต้องการให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ใกล้เคียงปกติ

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกลวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด ในการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นสะท้อนคิดพิจารณานำไปสู่การแก้ปัญหา ขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และขั้นสามารถดูแลตนเองได้ และมีกลวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 11 กลวิธี คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ด้วยความจริงใจและมีเป้าหมาย 2) การสะท้อน

การดูแลตนเอง 3) การตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการ 4) การหาความรู้ / ฝึกทักษะการดูแลตนเองและเลือกทางปฏิบัติ 5) การให้สัญญาต่อผู้อื่น 6) การติดข้อความช่วยเตือนจำ 7) การสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม 8) ติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง 9) การให้คำชมเชย กำลังใจ และความมั่นใจ 10) การกระตุ้นเตือนจากกลุ่มสมรส และ 11) การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ขั้นตอนการคิดพิจารณาไปสู่การแก้ปัญหา

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยต้องเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการดูแลตนเอง แล้วผู้ป่วยจะนำความเข้าใจมาเปรียบเทียบและคิดพิจารณาและประยุกต์ใช้กับตนเอง ในขั้นนี้มีกลวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 วิธี คือ

2.1.1 กลวิธีที่ 1 : สร้างสัมพันธภาพที่ดีจริงใจและมีเป้าหมาย ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นขั้นแรกของการปฏิบัติเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ไว้วางใจ จริงใจและเป็นกันเอง ยิ้มทักทายและประสานสายตากับผู้ป่วยให้เกียรติในความเป็นผู้อาวุโสของผู้ป่วย ผู้วิจัยแสดงความจริงใจและยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา โดยให้นามบัตรของผู้วิจัยแก่ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา ซึ่งผลสะท้อนของการมีสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่เป็นกันเอง กล้าพูด กล้าถาม และผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นว่า

ดอละห์ : "สบายใจ เวลาได้พูดคุยกับคุณ เหมือนพบคนที่รู้ใจ ปกติไม่ค่อยพูดกับใครที่ไม่สนิท แต่ถ้าถูกใจคุยได้นาน"

ใจ : "เชิญคุณไปงานแต่งงานของลูกสาว ไปให้ได้นะถ้ารักกันจริง"

: "ไปกินข้าวกันในครัว กินไป คุยไปดีกว่า"

เชิง : "แฟนที่เก็บมะม่วงเขียว ลูกเนียง ยอดสะเดาไว้ให้ตั้งแต่เช้าแล้ว พอที่บอกว่าวันนี้คุณมา"

หมาย : "กล้วยไม้บานแล้ว ปีนึงออกดอกครั้งเดียว ห่วงมากเลย แต่ตั้งใจตัดให้คุณสัก 5-6 ช่อ แล้วนี้พอฝนตกจะแยกหน่อไว้ให้"

นิต : "บอกไม่ถูกนะ คุณเป็นกันเอง สบาย ๆ พี่ไม่เกร็งเวลาพูดคุย คุยได้เรื่อย ๆ เหมือนรู้จักกันมานาน"

2.1.2 กลวิธีที่ 2 : สะท้อนการดูแลตนเอง ในการสะท้อนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยมีหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นของตนเองด้วยคำถาม ทำอะไร ทำอย่างไร รู้สึกอย่างไร อะไรที่ช่วยให้ทำได้ ที่ทำไม่ได้เพราะอะไร และมีวิธีแก้ไขอย่างไร เช่น การ

ออกกำลังกายไม่ได้ทำเพราะฝนตกคุณทำอะไร ยังลืมกินยาอยู่เราจะแก้ไขอย่างไรกันดี การใช้คำถามดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหา พิจารณาทางแก้ไขด้วยตนเอง และเกิดความคิดที่อยากทดลองปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา เช่น การวางแผนการดื่มสุราของคอเลาะห์หลังจากที่รับรู้ว่าคุณเองได้รับพลังงานมากเกินไปความต้องการของร่างกายจากสุรา

คอเลาะห์ : "เพิ่งรู้ว่าเหล้าให้พลังงานมาก (ผู้วิจัยอธิบายว่าเหล้า 1 กรัม ให้พลังงาน 7 แคลอรี) สงสัยอยู่ว่าทำไมหมอให้อดเหล้า คิดว่าเสียสุขภาพอย่างเดียว นี่ผมต้องลดเหล้าลงแต่หยุดกินคงไม่ได้นะ" (คอเลาะห์ดื่มสุราเพราะเกรงใจและกลัวไม่มีเพื่อน)

ใจได้วางแผนบริหารเท้าของตนเอง หลังจากได้ความรู้และมีทักษะในการบริหารเท้า ดังนี้

ใจ : "ทำตามตามรูปในนี้ (แผ่นพับ) ทำไม่ยากคิดว่าคงช่วยให้ไม่เจ็บเท้า จะทำก่อนนอน และตอนเช้าก่อนลุกจากเตียง" (ใจเป็นเบาหวานมานาน 1 ปีกว่า มีภาวะแทรกซ้อนของเส้นประสาท ทำให้ขาและเท้าเป็นระยะ ๆ)

2.1.3 กลวิธีที่ 3 : ตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการ การตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาล ในเลือดที่ต้องการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังตัวอย่างในกรณีของอี สามารถควบคุมฮีโมโกลบินเอวันซี จากระดับพอใช้มาอยู่ในระดับดีมากหรือปกติได้ติดต่อกันในการเจาะเลือดครั้งที่ 2 และ 3

นางอี อายุ 50 ปี หม้าย อาชีพรับจ้างล้างจาน สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 3 เป็นเบาหวานมานาน 10 ปี ส่วนสูง 1.58 เมตร แรกรับมีน้ำหนัก 74 กิโลกรัม ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีร้อยละ 8.8 ได้รับยา (ชค.37) Diamicon (80 mg) 2 x 2 ac Metformin 2 x 2 pc ผู้ป่วยได้สะท้อนการดูแลตนเองเมื่อรับรู้ปัญหาได้ตั้งเป้าหมายที่จะควบคุมฮีโมโกลบินเอวันซี จากระดับพอใช้ให้ลงมาถึงระดับดีในการเจาะตรวจครั้งที่ 2 ผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยและเมื่อเจาะเลือดตรวจครั้งที่ 2 พบว่าผลฮีโมโกลบินเอวันซีเท่ากับร้อยละ 5.0 ซึ่งอยู่ในระดับดีมากหรือปกติ และผลจากการที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทำให้แพทย์ปรับเปลี่ยนยาจาก Diamicon 2x2 ac เป็น Daonil (5 mg) 1 x 2 ac ซึ่งราคาถูกกว่าทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคน้อยลง ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายที่จะคงระดับฮีโมโกลบินเอวันซีให้อยู่ในเกณฑ์ดีมากหรือปกติในการตรวจครั้งที่ 3 ซึ่งผู้ป่วยปฏิบัติได้จริงโดยมี HbA_{1c} ร้อยละ 5.0 ในการตรวจครั้งที่ 3 ผู้ป่วยพึงพอใจในตนเองมากที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย ซึ่งจุดเด่นที่สุดคือ การ

ควบคุมอาหาร เพราะผู้ป่วยสามารถควบคุมพลังงานที่ได้รับจากประมาณ วันละ 2,300 แคลอรี ลดเหลือ 1,500 และ 1,400 แคลอรี ตามลำดับในระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งแคลอรีที่ควรได้รับต่อวันของผู้ป่วยเท่ากับ 1,320 แคลอรีน้ำหนักเมื่อสิ้นสุดการวิจัย 70 กิโลกรัม ลดลง 4 กิโลกรัม แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างจริงจังผู้ป่วยก็สามารถพัฒนาการดูแลตนเองได้ แม้จะสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา เป็นโรคเบาหวานมานานและเป็นหม้าย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยกล่าวว่า "มันอยู่ที่ตัวเราเองว่าจะทำหรือไม่"

2.1.4 กลวิธีที่ 4 : หาความรู้ / ฝึกทักษะการดูแลตนเองและเลือกทางปฏิบัติ ผู้วิจัยต้องประเมินและสอดคล้องความรู้ด้วยการอธิบาย แผ่นพับหรือวีดีโอตามความสนใจและต้องการของผู้ป่วย ตลอดระยะเวลาของงานวิจัย พร้อมกับฝึกทักษะเรื่องการชั่งตวงปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับตนในแต่ละวัน การบริหารเท้า การจับชีพจร การผ่อนคลาย ให้แก่ผู้ป่วย ดังเช่น

คอเลาะห์ : "คุณมาพูด มาแนะนำเข้าใจดี แล้วผมเอาไปทำได้จริง ผมมั่นใจ เพราะคุณจะให้ทำให้ดูก่อนจนผมจับชีพจรเป็น....."

: "หายใจเข้าออกแล้วเอามือวางหน้าท้อง นึกพอง-ยุบตามมือที่เคลื่อนไหว พอทำตามแล้วสบายใจ กลับได้....."

: "ดักข้าวก็จำปริมาณที่ดักได้ ผมดัก 2 วัค พูน ๆ เวลาบอกให้ลูกดักก็ดักถูก"

2.1.5 กลวิธีที่ 5 : ให้สัญญาต่อผู้อื่น เป็นการแสดงออกอย่างเปิดเผยของผู้ป่วยต่อผู้วิจัยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยปฏิบัติตามสัญญาที่ให้ไว้ด้วยความรับผิดชอบและเตือนตนเอง ดังเช่น

ซิม : "สัญญากับคุณและตัวเองไว้ว่า วันนี้จะเริ่มออกกำลังกาย โดยการเดินรอบสนามหน้าบ้านสักรอบ." (เมื่อติดตามในวันรุ่งขึ้นผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามสัญญาที่ให้ไว้จริง)

ศักดิ์ : "ผมว่าอาทิตย์นี้จะไม่กินขนม บอกเมียกับลูก ๆ เมื่อวานไปตลาดกับลูกสาวคนเล็ก ซื้อของเสร็จแล้วจะซื้อขนมมากินที่บ้าน ลูกสาวเดือน จึงไปซื้อฝรั่งมากินแทนไม่ได้ จิ้มพริกเกลือ กินเลย ๆ"

2.2 ขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในขั้นนี้มีกลวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 วิธี คือ

2.2.1 กลวิธีที่ 6 : ติดข้อความช่วยเตือนจำ การเขียนข้อความช่วยเตือนจำ เป็นการเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสัญญาและแผนที่วางไว้ร่วมกัน เช่น กินยาก่อนอาหารเช้าหรือยังคะ กินยาหลังอาหารเที่ยงด้วยนะ กินยาหลังอาหารเย็นหรือยัง ดักเบา ๆ มือหน่อย ช้อนขนมน้อยๆ หน่อย เย็นนี้เดินรอบบ้านเพิ่มขึ้นอีกรอบดีกว่า และให้ผู้ป่วยติดไว้ตามที่เหมาะสม เช่น ติดไว้ที่ข้างผนังห้องครัว ฝากระเป๋าสตางค์ ผนังตู้เย็น ขวดน้ำตาล ข้างประตูบ้าน และข้างที่วางรองเท้า ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นที่มีต่อข้อความช่วยเตือนจำว่า

นิค : "พอหยิบจานจะดักข้าว เห็นอะไรขาว ๆ ที่ผนังข้างที่วางหม้อ พอเห็นก็นึกได้ วางจานไปกินยาก่อน บางทีลูกดักข้าวให้ ลูกถามว่าแม่กินยาหรือยัง พอหลาย ๆ วันเข้าเราจำได้ไม่ลืมแล้ว"

ภรรยาของศักดิ์ : "พี่ชอบกินหวาน ทำกับข้าวก็หวานนะ พอเอาไปติดไว้ที่ฝาขวดน้ำตาล พี่หยิบมาใส่กับข้าวเห็นป้ายทุกทีดักไม่มากแล้วตอนนี้กับข้าวบางอย่าง เช่น ผัก ผักที่ไม่ใส่น้ำตาลแล้ว"

แดง : "พอจะหยิบรองเท้าเห็นสติ๊กเกอร์พี่เลยเดินเพิ่มขึ้นอีกรอบนี้รู้สึกว่าคุณเองผสมลงนะทางเก่งหลวม"

นอกจากนี้ ชิมได้นำวิธีนี้ไปใช้กับสามี เพราะสามีดื่มเหล้าก่อนออกจากบ้าน จึงด้วยเขียนด้วยปากกาไว้ที่กระจกหน้าโต๊ะเครื่องแป้งว่า "แต่งตัวแล้วหิวผมด้วย" ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยเรียนรู้กลวิธีนี้แล้ว สามารถนำไปประยุกต์ใช้แก้ปัญหาอื่นๆ ได้ แสดงให้เห็นถึงวิธีการที่คิดเป็น ทำเป็นของผู้ป่วย

2.2.2 กลวิธีที่ 7 : สะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม เป็นการเสริมแรงและเป็นตัวกระตุ้นในขณะปฏิบัติการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย นอกจากนี้การเห็นเป็นรูปธรรมของกราฟเส้นตรงแสดงระดับฮีโมโกลบินเอวันซีทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ตั้งไว้ร่วมกันดังเช่นกรณีของชิม

นางชิม อายุ 54 ปี อาชีพงานบ้าน เป็นเบาหวานมานาน 11 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น แรกรับมีน้ำหนัก 70 กิโลกรัม ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีร้อยละ 8.7 ขณะรับเข้าร่วมงานวิจัย ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวที่ได้รับการวางแผนจากแพทย์จะใช้ยาฉีด

อินซูลินเพื่อควบคุมโรค ถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดครั้งต่อไปไม่ได้ จากการสัมภาษณ์ เจาะลึกและการสะท้อนการดูแลตนเองพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการเรื่องการควบคุมอาหาร ขณะได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สะท้อนการปฏิบัติร่วมกันตลอด และผู้ป่วยได้คิดวิธี ควบคุมปริมาณอาหารของตน เช่น กินพอส้ม กินอาหารเย็นก่อน 18.00 น. พยายามลด ปริมาณข้าวลงมาให้ใกล้เคียงกับปริมาณที่เหมาะสมกับตน เมื่อได้รับการเจาะเลือดครั้งที่ 2 ได้ ผลของ HbA_{1c} ร้อยละ 6.4 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้วิจัยได้ให้กราฟเส้นตรงแสดงระดับการ ควบคุมโรคแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยพึงพอใจที่กราฟเส้นตรงลดระดับการควบคุมโรคจากพอใช้ลงมา เป็นปกติ และในการเจาะเลือดครั้งที่ 3 ได้ HbA_{1c} ร้อยละ 6.4 เช่นเดิม ผู้ป่วยได้ลากเส้น กราฟด้วยตนเอง นำหนักตัวผู้ป่วยลดลง 2 กิโลกรัม และจากบันทึกอาหารประจำวันจำนวน แคลอรีลดลงจาก 2,800 แคลอรี (ครั้งที่ 1) เป็น 1,700 แคลอรี (ครั้งที่ 3) ตามลำดับ (แคลอรี ที่ผู้ป่วยควรได้รับเท่ากับ 1,320 แคลอรีต่อวัน) ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นต่อการปฏิบัติการ ดูแลของตนว่า "ที่ที่ควบคุมโรคได้ ไม่ต้องใช้ยาฉีด เพราะได้รู้ว่าตนเองทำอะไรตลอดเวลา และพอเห็นเส้นกราฟลงมามีอยู่ในระดับปกติที่มีแรงทำต่อ" แสดงว่าผู้ป่วยสามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นผลจากการสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องและมีกราฟ เส้นตรงแสดงระดับการควบคุมโรคซึ่งเป็นรูปธรรมที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย

นอกจากนี้การสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ยังมีผลทำให้สามีของ ผู้ป่วย (หมวย) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มสุราได้ด้วย (หมวยไม่ชอบและโมโหบ่อย ครั้งถ้าสามีดื่มสุรา) โดยผู้ป่วยได้ใช้กลวิธีการสะท้อนผลการปฏิบัติกับสามี ทำให้สามีเกิด ความเข้าใจว่าความเครียดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นสูงได้ ด้วยความรักและต้องการที่จะ ให้ภรรยาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สามีจึงพยายามลดการดื่มสุราจนสามารถ หยุดได้ในที่สุด หมวยดีใจมากและบอกกับผู้วิจัยว่า "ตอนนี้สามีหยุดเหล้าแล้ว"

2.2.3 กลวิธีที่ 8 : ติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เป็นวิธีที่ใช้ตลอดระยะเวลา งานวิจัยได้ติดตามผู้ป่วยตามวันเวลาที่ผู้ป่วยและผู้วิจัยกำหนดอย่างต่อเนื่อง แต่ยืดหยุ่น ได้ตามความพร้อมของผู้ป่วย ในช่วงแรกที่เกิดพฤติกรรมใหม่ ผู้ป่วยจะขาดความมั่นใจและ ต้องการคำปรึกษาอย่างต่อเนื่องในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ ดังเช่น

แดง : "ดีนะ มาดูแลถึงบ้าน ถ้ามาได้ตลอดไปก็ดี พอจะกินอะไรให้อิ่มเต็มที่ ก็ นึกถึงคุณทำให้หยุดกินได้...พอขึ้นก็เดินออกกำลังกาย คุณก็มาพูดคุย มีแรงเดินออกกำลังกาย ต่อไปอีก อย่าหายไปนานนัก" (การติดตามครั้งที่ 10 จะห่าง จากครั้งที่ 9 4 สัปดาห์)

ในการให้คำปรึกษาการปฏิบัติการณ์ดูแลตนเองได้แบ่งพฤติกรรมเป็นขั้นย่อยๆ ง่ายๆ เป็นวิธีที่ใช้มากที่สุดและประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เพราะการแบ่งเป็นขั้นย่อยๆ ง่ายๆ ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติ และเป็นแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ในแต่ละขั้นย่อยๆ ดังเช่น

ใจ : "พี่บอกหมอมว่า คุณ (ผู้วิจัย) มาคุยกับพี่ช่วยกันเพื่อให้พี่คุมเบาหวานได้ โดยทำเป็นขั้น ๆ เล็ก ๆ ที่ทำได้ พี่ไม่ออกกำลังกาย ก็มาคุยแล้วลองให้พี่เดินเร็ว ๆ จากหลังบ้านถึงหน้าบ้านวัน 2 รอบ แล้วเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตอนนีพี่ไปเดินที่สนามกอล์ฟแล้วไม่เหนื่อย.....อย่างกินข้าว คุณให้ตัดจนเท่าที่กินทุกที แล้วตัดออก 2 ช้อนกินข้าวทำเรื่อย ๆ ตอนนีกินข้าวเท่าที่เราชั่งกันได้แล้ว (3 ทักพี่ เดิมผู้ป่วยตัดข้าวประมาณ 3-4 ทักพี่ต่อมือ) ผักก็เริ่มกินได้แต่ก็ยังไม่ชอบ" (ผู้วิจัยได้แนะนำให้ตัดข้าวออก 2 ช้อนโต๊ะ เป็นเวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ แล้วปรับการตัดข้าวใหม่ให้เท่ากับจำนวนที่ลดลง และเริ่มตัดข้าวออกอีก 2 ช้อนโต๊ะ ไปเป็นเวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ ทำเช่นนี้เรื่อย ๆ จนสามารถลดปริมาณข้าวได้) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การแบ่งพฤติกรรมต่างๆ เป็นขั้นย่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่ปฏิบัติได้และมีกำลังใจที่จะทำต่อไป

2.2.4 กลวิธีที่ 9 : ให้คำชมเชย กำลังใจ และความมั่นใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่อย่างต่อเนื่องด้วยท่าทีที่จริงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ในระยะแรกที่เริ่มปฏิบัติผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ไม่มั่นใจในการกระทำได้คอยสอบถามว่าถูกต้องหรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยต้องประเมินการปฏิบัติถ้าถูกต้องให้กำลังใจ ให้คำชมเชยและกำลังใจด้วยท่าทีที่จริงใจแก่ผู้ป่วย ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องช่วยปรับแก้ไขหรือชี้แนะ ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น

เชิง : "นี่พอได้คำชมว่าถูกแล้วดีแล้ว เหมือนชื่นใจ มีแรงทำต่ออีก... เวลาไปโรงพยาบาลถูกหมอด่า โกรธแล้วไม่สบายใจ นอนไม่หลับไปหลายวัน แต่พอคุณมาดูแล มาคุย รู้สึกว่ามีกำลังใจที่จะสู้กับโรคต่อเนะ แพนที่ก็คอยเตือนว่าลองทำตามดูเพราะคุณมาถึงบ้าน"

2.2.5 กลวิธีที่ 10 : กระตุ้นเตือนและสนับสนุนด้านจิตใจจากคู่สมรส / บุตรของผู้ป่วย . คำตักเตือนของคู่สมรสหรือบุตรในการไปรับยาต่อตามแพทย์นัด หรือการตักเตือนให้รับประทานยาตามเวลา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยาหรือควบคุมการรับประทานอาหารได้ เช่น

สิทธิ : "ไม่ลืมกินยาหลังอาหารแล้ว ...บางทีลูกถามบ้าง แพนถามบ้างคอยถามอยู่เรื่อย ไม่ลืมกินยาแล้ว"

ศักดิ์ : "พอจะดักข้าวอีก...ลูกก็ว่าพอแล้วเดี๋ยวเบาหวานขึ้น"

และการสนับสนุนจากกลุ่มสมรส/บุตรของผู้ป่วยด้วยคำพูดที่ชมเชยว่า

บุตรของซิม : "แม่เก่งคุมน้ำตาลได้ลงมาเป็นปกติภายใน 3 เดือน"

สามีของนิค : "แฟนผมเก่ง เดินออกกำลังกายทุกวันเลย ผมเลยได้ออกกำลังกายกับเขาด้วย เพราะไปเดินเป็นเพื่อน"

บุตรของสิทธิ : "พ่อคุมเบาหวานให้ได้นี้จะได้อยู่กับลูกนาน ๆ"

2.2.6 กลวิธีที่ 11 : ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้และแบ่งปันประสบการณ์ความรู้ซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยได้จัดให้ผู้ป่วยได้พบกันในสถานที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้แสดงความคิดเห็นว่าควรจัดที่ชายทะเลหาดกะหลิม เพราะเป็นที่สงบ ไม่พลุกพล่าน และทิวทัศน์สวยงาม ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มนั้น ผู้วิจัยใช้การอาสาสมัครในผู้ที่แสดงความต้องการที่จะรู้จักผู้ป่วยในกลุ่มที่ร่วมการวิจัย ในการดำเนินการทำกลุ่มผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการและตั้งคำถามเจาะลึกถึงการปฏิบัติการแก้ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตลอดจนปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้เวลาในการทำกลุ่ม 1 - 1 1/2 ชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นในการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ดังนี้

เซ้ง : "คุยกันหลาย ๆ คนนี่ก็ดี ได้รู้จักกันเพิ่ม นี่เป็นเพื่อนกันสมัยเป็นนักเรียน ยี่สิบกว่าปีแล้วไม่พบกันเพิ่งมาเจอกันตอนคุณน้ามาที่นี่แหละ..."

อ้อ : "ดีค่ะ คนโน้นว่าแบบนี้ คนโน้นว่าไปอย่าง ได้รู้ว่าอะไรที่ทำถูกแล้วมีกำลังใจ เพราะคนอื่น ๆ เขาก็มีปัญหาเหมือนเรา ไม่ต้องนั่งไม่สบายใจอยู่คนเดียว"

2.3 ขึ้นสามารถดูแลตนเองได้

ในขั้นนี้ผู้ป่วยสามารถประเมินการดูแลตนเองได้ แต่ต้องการกำลังใจและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ซึ่งกลวิธีที่สำคัญในขั้นนี้คือ การให้คำชมเชย กำลังใจ และความมั่นใจ และการกระตุ้นเตือนจากกลุ่มสมรส เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ได้ปรับเปลี่ยน นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงปัจจัยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย เช่น การติดตามและการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นระยะเมื่อเกิดปัญหาเฉพาะหน้าหรือในบางสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการดูแลตนเองได้ ตลอดจนการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแรงจูงใจ กำลังใจ และเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ได้ปรับเปลี่ยนไป

จากการติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษา 1 คน (แดง) ภายหลังสิ้นสุดงานวิจัย 3 เดือน โดยเจาะเลือดตรวจ HbA_{1c} ผลเลือดได้ระดับ HbA_{1c} ร้อยละ 6.9 ซึ่งเท่ากับการเจาะเลือดตรวจ HbA_{1c} ครั้งที่ 3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แแดง สามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์แดงได้ให้ความคิดเห็น

แดง : "ยังคุมอยู่เหมือนกับตอนที่คุณ (ผู้วิจัย) อยู่นั่นแหละ มันชินแล้ว (เขยจีน) อาหารนะควบคุมได้ แต่ออกกำลังกายนี่ทำได้ไม่ต่อเนื่อง พยายามเดินทุกวัน หรือไม่ก็วันเว้นวัน ก็ยังทำได้ไม่ดี เพราะนี่เกียจนะ ไม่มีเพื่อนออกกำลังกาย"

แสดงว่าต้องเพิ่มแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องการออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ต่อเนื่อง เช่น การจัดตั้งชมรมเบาหวานขึ้นในโรงพยาบาลและสถานีนามัยที่มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการเพื่อจะดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน

3. ปัจจัยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในองค์ประกอบนี้ ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้บรรลุผลสำเร้งนั้น ต้องมีการกำหนดและระบุปัจจัยที่สนับสนุนหรือส่งเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำมาใช้ให้การสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแก้ไขปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การสะท้อนผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การเห็นคุณค่าในตน และการสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

วิธีกรใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1. ผู้ใช้รูปแบบควรได้รับการเตรียมพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะและจิตใจ
2. ผู้ใช้รูปแบบต้องเข้าใจผู้ป่วยอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยทั่วไป

โดยประเมินความต้องการหรือความสนใจของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนทำการปรับพฤติกรรม เช่น ในการปรับพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ต้องศึกษาและประเมินนิสัยการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ตลอดจนอาหารที่ชอบและไม่ชอบ เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้คำปรึกษาและการจัดรายการอาหารให้ผู้ป่วย

3. ผู้ใช้รูปแบบต้องตระหนักถึงปัจจัยพื้นฐาน และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างกันในจุดเด่น และจุดด้อย โดยให้การสนับสนุน

ในจุดเด่น เช่น ผู้ป่วยมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ ก็ให้เป็นผู้นำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ถ้ามีจุดด้อยในเรื่องสายตาก็ใช้สื่ออื่นที่ไม่ต้องใช้ตา หรือไม่ก็ปรับสื่อให้มีขนาดที่ผู้ป่วยมองเห็นได้ เป็นต้น

4. ผู้ป่วยควรได้รับความรู้ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน เช่น การกำหนดปริมาณที่ควรรับประทานด้วยอุปกรณ์ที่มีอยู่ในครัวเรือนของผู้ป่วย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1. การนำรูปแบบไปใช้ในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ควรจัดให้มีผู้รับผิดชอบโดยเลือกจากพยาบาลที่สนใจผู้ป่วยกลุ่มนี้ จัดเตรียมสถานที่ให้คำปรึกษา เพื่อได้ฝึกทักษะต่างๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ชักชวนให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลและในการปรับพฤติกรรม พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยควรเป็นคนเดียวกันตลอดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยแต่ละราย (ควรมีการมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้)

2. การติดตามผู้ป่วยในระยะแรก ควรนัดพบผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทุกอาทิตย์ เพื่อสะท้อนปัญหาร่วมกัน จนเริ่มปรับพฤติกรรมได้ ต่อมาติดตามทุก 2 สัปดาห์ จนกระทั่งพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนเริ่มอยู่ตัว ต่อมานัดทุก 3-4 สัปดาห์ ตามความเหมาะสมแต่ละราย ถ้าผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมได้ต่อเนื่องอาจจะขยายระยะเวลาดูแลห่างออกไปประมาณ 2-4 เดือน หรือตามที่ผู้ป่วยต้องการ

3. โรงพยาบาลควรมีชมรมผู้ป่วยเบาหวาน หรือจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งดำเนินการโดยผู้ป่วยและสนับสนุนให้ชมรมมีกิจกรรมทั้งนอกและในโรงพยาบาล

4. ผู้ใช้รูปแบบควรบันทึกอุปสรรคและปัจจัยส่งเสริม ในการใช้รูปแบบเพื่อจะได้ปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์ขึ้น

เครื่องมือประกอบการให้ความรู้

การศึกษาเพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในครั้งนี้ทำให้ได้เครื่องมือประกอบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วยคู่มือการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน แผ่นพับอาหารภาคใต้ แผ่นพับการออกกำลังกาย และแผ่นพับการรักษาโรคเบาหวานชนิดกิน (เครื่องมือทั้งหมดอยู่ในภาคผนวก ข.) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **คู่มือการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน** ได้มาจากการกำหนดปริมาณสารอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานต่อวันตามรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองชั่วคราว ซึ่งกำหนดให้ได้คาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 55 โปรตีนร้อยละ 20 และไขมันร้อยละ 25 ของพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดต่อวันและใช้อุปกรณ์ในครัวเรือนเป็นเครื่องชั่งตวงวัดน้ำหนักของอาหาร และกลวิธีที่ผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันใช้ได้ผลในการควบคุมอาหารได้ระบุไว้ในคู่มือแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำรูปแบบของคู่มือเป็นวงกลมซ้อนกัน 2 วง หมุนได้แสดงปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับต่อวันปรับเปลี่ยนตามปริมาณแคลอรี ด้านหลังของคู่มือเป็นรายการอาหารแลกเปลี่ยน 6 หมวด และมีวิธีการให้อยู่ในคู่มือแล้ว
2. **แผ่นพับอาหารภาคใต้** ได้มาจากการนำแบบบันทึกอาหารประจำวันมาเปรียบเทียบกับเมนูแคลอรีตามอาหารแต่ละชนิดและจัดแบ่งเป็นอาหารเช้า อาหารกลางวัน อาหารเย็น อาหารว่าง/ผลไม้ และอาหารพื้นเมืองจังหวัดภูเก็ต
3. **แผ่นพับการออกกำลังกายและแผ่นพับยารักษาโรคเบาหวานชนิดกิน** ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแผ่นพับดังกล่าว โดยขยายตัวอักษรให้โตกว่าเดิม และปรับปรุงเนื้อหาให้เข้าใจง่ายและทันสมัย เพราะจากการนำไปปฏิบัติและสะท้อนการปฏิบัติจากการวิจัย พบว่า แผ่นพับเดิมมีขนาดตัวอักษรเล็กไป ผู้ป่วยอ่านไม่ค่อยได้ ต้องให้บุตรอ่านให้ฟัง และเนื้อหาบางส่วนไม่เข้าใจ ไม่ทันสมัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับปรุง

โดยสรุปผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เมื่อได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มซึ่งใช้ระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 8 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาการดูแลตนเองได้ซึ่งเป็นอิทธิพลจากวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ซึ่งวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสะท้อนการปฏิบัติและพูดระบายความรู้สึกนึกคิดตลอดจนสามารถเสนอแนะข้อคิดเห็นของตนได้ตลอดการวิจัย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายที่วางไว้เมื่อเริ่มเข้าวิจัย นอกจากนี้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีขั้นตอนที่ชัดเจนเป็นระยะๆ ซึ่งทำให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบและช่วยส่งเสริมให้ผู้วิจัยสามารถนำความรู้มาใช้อย่างถูกต้องในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ การวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในเรื่องการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องคำนึงถึงความต้องการการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลซึ่ง

มีศักยภาพที่ดูแลตนเองได้เมื่อผ่านกระบวนการดูแลตนเอง และงานวิจัยนี้พบว่าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์จริงมี 4 ระยะ คือเข้าใจตนเอง เริ่มปรับเปลี่ยน ปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา และปรับเปลี่ยนได้ ความสามารถทางการพยาบาลที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแนวคิดการตั้งเป้าหมายร่วมกัน กลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเจ็บป่วยเรื้อรัง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทฤษฎีผู้ใหญ่ (Adult Theory) ทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) แนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจในตนเอง(Empowerment) และในการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มจะดียิ่งขึ้นเมื่อมีการสะท้อนการปฏิบัติสอดคล้องทุกขั้นตอน นอกจากนี้พยาบาลควรมีบทบาทในการให้คำปรึกษามากกว่าการชี้แนะ ตลอดจนในการมอบหมายงานควรเป็นแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurse) เพราะจะเข้าใจและพัฒนาส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพลังและศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Empowerment) เมื่อสิ้นสุดการวิจัยได้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเครื่องมือที่ใช้ประกอบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกันทุกขั้นตอน (Mutual collaboration approach) เรื่องการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีวัตถุประสงค์คือ พัฒนาการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างเดือนธันวาคม 2537 ถึงเดือนกรกฎาคม 2538 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน ตามคุณสมบัติดังนี้คือ มีอายุระหว่าง 40-60 ปี เป็นผู้ป่วยที่อ้วนมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้ามากกว่า 140 mg% ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ควบคุมความดันโลหิตของตนได้ และสามารถติดตามไปที่บ้านผู้ป่วยได้ การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยทั่วไป ระยะที่ 2 วางแผนรูปแบบการดูแลตนเอง ระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแลตนเองไปปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก บันทึกเทป การบันทึกภาคสนาม และการสังเกต ได้ดำเนินการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งในแต่ละวงจรมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยสามารถสรุปการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยรวมได้เป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 : เข้าใจสถานการณ์ วงจรที่ 2 : ปรับเปลี่ยนการดูแลตนเอง วงจรที่ 3 : ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษารวมทั้งสิ้น 8 เดือน การตรวจสอบข้อมูลใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เทคนิคการจัดหมวดหมู่ การตีความและการสร้างข้อสรุป

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกรู้สึกต่อการเป็นเบาหวานคือ ท้อแท้และเบื่อหน่าย กลัว เพลีย อาย และทุกข์ทรมาน และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ การกินยาให้ถูกต้องเป็นเรื่องที่ถูกทะเลย การ

ควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก ความวิตกกังวลเกิดขึ้นบ่อยครั้งเมื่ออยู่คนเดียว การเป็นเบาหวานทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการเป็นเบาหวานทำให้ผู้ป่วยต้องจัดสรรเงินได้เป็นค่ารักษาพยาบาล

ปัจจัยส่งเสริมในการดูแลตนเองคือ การเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและน้ำหนักตัว การสนับสนุนด้านจิตใจจากคู่สมรส/บุตร/แพทย์ที่รักษาประจำ การสนับสนุนด้านค่ารักษาพยาบาลจากรัฐสวัสดิการ

อุปสรรคในการดูแลตนเองคือ นิสัยประจำตัว การขาดความรู้ การไปงานเลี้ยงสังสรรค์บ่อยหรือการพบญาติ/เพื่อน และการเดินทางไปต่างจังหวัด

ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษา ตามตัวชี้วัดพบว่า ผู้ป่วย 8 คน มีฮีโมโกลบินเอวันซี อยู่ในระดับพอใช้ (HbA_{1c} ร้อยละ 8.1-10.0) ผู้ป่วย 4 คน อยู่ในระดับดี (HbA_{1c} ร้อยละ 6.5-8.0) และผู้ป่วย 1 คน อยู่ในระดับไม่ดี (HbA_{1c} มากกว่าร้อยละ 10.0) ผู้ป่วยทุกคนมีน้ำหนักเกินมาตรฐานและมีดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับที่ 2 (BMI 30.0-39.9 kg/m^2) จำนวน 7 คน อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับที่ 1 (25.0-29.9 kg/m^2) จำนวน 6 คน

2. การดำรงชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อการเป็นเบาหวานคือ ยอมรับและต้องการช่วยเหลือผู้อื่น และพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ปรับเปลี่ยนไปคือ การกินยาให้ถูกต้องเป็นสิ่งที่ทำได้ การควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ การออกกำลังกายต่อเนื่องเป็นสิ่งที่พยายามทำ ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายได้ตามสถานการณ์ และผู้ป่วยปรับตัวต่อการเข้าสังคมได้

ลักษณะผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้มีการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดพบว่า ผู้ป่วย 3 คน มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี อยู่ในระดับปกติหรือดีมาก (HbA_{1c} ร้อยละ 4.4-6.4) และอยู่ในระดับดี (HbA_{1c} ร้อยละ 6.5-8.0) จำนวน 10 คน การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว พบว่าผู้ป่วย 8 คน มีน้ำหนักลดลง ส่วนใหญ่ 2 กิโลกรัม (น้ำหนักลดลงตั้งแต่ 1-4 กิโลกรัม) ผู้ป่วย 1 คน มีน้ำหนักคงที่ และผู้ป่วย 4 คน มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 0.5 , 2 , 4 และ 5 กิโลกรัม และการเปลี่ยนแปลงของดัชนีความหนาของร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมีดัชนีความหนาของร่างกายเป็นปกติ 1 คน และดัชนีความหนาของร่างกายส่วนใหญ่มิมีแนวโน้มลดลง

3. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีดังนี้ ปัจจัยส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การสะท้อนผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม การเห็นคุณค่าในตน และการสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ความรู้สึกเสียดยและอยากกิน และการสนับสนุนการออกกำลังกายจากคู่สมรส/บุตรและสังคมของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง

4. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การเตรียมความพร้อมของพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองและกลวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปัจจัยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบมีเป้าหมายร่วมกันคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โดยผ่านการสนับสนุนและให้ความรู้ และต้องอาศัยปัจจัยส่งเสริมเป็นตัวกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย ดังต่อไปนี้

4.1 การเตรียมตัวของพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งต้องเตรียมความพร้อมที่จะช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านความรู้ ทักษะและจิตใจ ในด้านความรู้ทั้ง 3 กลุ่ม จะต้องมีความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน และการควบคุมโรค พยาบาลและผู้ป่วยต้องมีทักษะการปฏิบัติดูแลตนเองด้านการกำหนดปริมาณสารอาหาร เทคนิคการผ่อนคลาย การปฏิบัติสัมพันธ์ และการประเมินปัญหาด้านจิตใจ พยาบาลต้องมีจิตใจอดทน มุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือ เอื้ออาทร มีสติและอุเบกขา ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจและต้องการที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และครอบครัวของผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จ เช่น การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย

4.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นสะท้อนคิดพิจารณาแก้ปัญหา ขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และขั้นสามารถดูแลตนเองได้ และกลวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มี 11 วิธี คือ 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีจริงใจ มีเป้าหมาย ใช้ในผู้ป่วย 13 คน 2) สะท้อนการดูแลตนเอง ใช้ในผู้ป่วย 13 คน 3) ตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการ ใช้ในผู้ป่วย 13 คน 4) หาความรู้/ฝึกทักษะการดูแลตนเองและเลือกทางปฏิบัติ ใช้ในผู้ป่วย 13 คน ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาสนใจในสื่อความรู้แผ่นพับ ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาควรใช้สื่อความรู้วิดีโอ หรือใช้สื่อแผ่นพับเฉพาะในบุคคลที่ให้ความสนใจ และเทคนิคที่ใช้ได้ผลในการให้ความรู้คือการ

อธิบายและสะท้อนความคิดเห็นภายหลังการสาธิตหรือดูวิดีโอ 5) ให้สัญญาต่อผู้อื่นใช้ในผู้ป่วย 7 คน 6) ดัดข้อความช่วยเหลือจนจำ ใช้ในผู้ป่วย 11 คน 7) สะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ใช้ในผู้ป่วย 13 คน 8) ติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ใช้ในผู้ป่วย 13 คน ซึ่งพบว่าทำให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่ชอบขนมหวาน หรือรับประทานข้าวมากๆ ใช้การลดปริมาณลงครั้งละนิด เช่น ตักข้าวในปริมาณเท่าเดิมแล้วตักออก 2-3 ช้อน ต่อมือ ประมาณ 1-2 อาทิตย์ แล้วปรับการตักข้าวใหม่และใช้กลวิธีเดิม จนสามารถลดปริมาณข้าวได้ ที่สำคัญคือต้องอาศัยเวลา ในบางรายผู้ป่วยกำหนดว่าการตักข้าวออกช้อนแรก ให้แทนคุณบิดา ช้อนที่สอง ให้แทนคุณมารดา ช้อนที่สาม ให้แทนคุณครูบาอาจารย์ ในผู้ป่วยที่ชอบรับประทานจุบจิบ ให้คำปรึกษาโดยการเปลี่ยนชนิดอาหารที่รับประทานจุบจิบ เป็นชนิดที่มีแคลอรีต่ำ เช่น สลัดผัก ลูกกวาดชนิดที่ไม่มีน้ำตาลผสม 9) ให้คำชมเชย กำลังใจ และความมั่นใจ ใช้ในผู้ป่วย 12 คน 10) กระตุ้นเตือนจากคู่สมรส/บุตรของผู้ป่วย ใช้ในผู้ป่วย 13 คน และ 11) ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ใช้ในผู้ป่วย 6 คน

4.3 ปัจจัยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การติดตามและให้คำปรึกษาต่อเนื่อง การสะท้อนผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การเห็นคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

5. เครื่องมือประกอบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ คู่มือการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน แผ่นพับอาหารภาคใต้ แผ่นพับการออกกำลังกาย และแผ่นพับยารักษาโรคเบาหวานชนิดกิน

ความคิดเห็นของผู้วิจัย (Personal reflection)

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความคิดเห็นในเรื่อง ความคิดเห็นต่อการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ความคิดเห็นต่อกลวิธีในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการพัฒนาตนเอง และความคิดเห็นและความรู้สึกต่อทฤษฎีการพยาบาลโอเร็ม

1. ความคิดเห็นต่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่เป็นเรื่องที่ยากสำหรับการนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะขั้นตอนต่างๆ คล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาล แต่จะแตกต่างกันที่วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างลึกซึ้งซึ่งทำอย่างเป็นระบบตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ จุดเด่นที่สำคัญคือ มีการสะท้อนผลการ

ปฏิบัติเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือการเปลี่ยนแปลงระบบ เพราะการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดขึ้นมาจากตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นไปอย่างช้า ๆ แต่มีขั้นตอน นอกจากนี้งานวิจัยจะทำในบริบทของความเป็นจริงตามสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ทำให้เข้าใจปัญหาได้มากขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของงานวิจัยที่เชื่อมโยงระหว่างแนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกันในการวิเคราะห์และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าควรนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการทางการแพทย์หรือพยาบาลเพิ่มขึ้นเพราะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาก

2. ความคิดเห็นต่อกลวิธีการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย จำเป็นที่จะต้องทำเป็นขั้นตอน และก่อเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ เริ่มจากตัวผู้ป่วยเองจึงจะทำให้พฤติกรรมที่ได้รับการปรับเปลี่ยนนั้นคงที่ สิทธิไคให้ข้อมูลว่า "ไม่เห็นมีการเปลี่ยนแปลงอะไร ข้าวก็กินเหมือนเดิม ทุกอย่างเหมือนเดิม" แต่เมื่อผู้วิจัยกระตุ้นว่า "แล้วทำไมเมื่อเลือดแดงเข้มจึงลดลงมาอยู่ในระดับดี" สิทธิไคให้ข้อมูลต่อว่า "ผมกินข้าวลดลง งดน้ำตาลทราย กินผลไม้พวก ฝรั่ง มะละกอ แตงโม แทนขนมหวาน ทำงานออกกำลังมากขึ้น และไม่ดื่มกินยา มันเปลี่ยนไปแต่ผมไม่รู้สีกว่ามันเปลี่ยนเลย" จุดเด่นในกลวิธีการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาและสะท้อนผลการปฏิบัติของตนเอง ทำให้มีการปรับปรุงแผนที่จะปฏิบัติต่อไป รวมถึงการติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ดังเสริมให้ความเห็นว่ "ดีจังที่มาพูดคุยเรื่อย ๆ เราก็ได้บอกว่ทำอะไรไม่ได้เพราะอะไร จะทำแบบไหนดี... ผลเลือดออกมาเป็นแบบนี้ต้องทำอะไรเพิ่มบ้าง เข้าใจมากกว่าแต่ก่อน และได้พูดคุยกันนานกว่าอยู่โรงพยาบาลด้วย" ที่สำคัญคือ ต้องให้เวลาผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีสัมพันธภาพที่ดีและจริงใจต่อกัน เพราะก่อให้เกิดความรู้สึกที่ผู้วิจัยเอาใจใส่ด้วยความจริงใจเกิดความไว้วางใจ และเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาการดูแลตนเอง และผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ภาคภูมิใจในตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พร้อมกับแสดงความรู้สึกที่อยากช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นด้วย

3. ความคิดเห็นและความรู้สึกในการพัฒนาตนเองตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แรกเริ่มที่ผู้วิจัยตัดสินใจเลือกทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเพราะมีความคิดว่ น่าจะเป็นวิธีการวิจัยที่เหมาะสมกับพยาบาลปฏิบัติการและการแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ดี มีความรู้สึกว่ เป็นงานวิจัยที่ท้าทายความสามารถของตนเอง เมื่อได้ลงสนามเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะแรก มีความรู้สึกที่สนุกกับการไปติดตามผู้ป่วยแต่ละรายที่บ้าน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย และการเก็บรวบรวมข้อมูล พอผ่านไปประมาณ 1-2 เดือน

แรก เกิดความรู้สึกที่ท้อแท้ เพราะงานวิเคราะห์ข้อมูลรายวันมีมาก และต้องทำทุกวันอย่างต่อเนื่อง เสียเวลากับการถอดเทป การตรวจสอบข้อมูล และการลงบันทึกในแบบบันทึกสถานการณ์ รุนววยกับการหาคำหลัก (Key words) และตีความเบื้องต้น อีกทั้งต้องเตรียมคำถามที่จะถามต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ในบางครั้งเตรียมการเยี่ยมบ้านแล้วแต่เมื่อขับรถไปถึงปากทางก่อนเข้าบ้านผู้ป่วย ก็เลี้ยวรถกลับบ้านเสียเลย ๆ เพราะมีความรู้สึกที่ตนเองไม่พร้อมที่จะพบผู้ป่วย ต้องมาตั้งสติทำความเข้าใจกับตนเองใหม่พร้อมกับให้กำลังใจตนเอง ด้วยข้อความที่ว่า "ต้องอดทนและฝ่าฟันอุปสรรคของตนก่อนจึงจะช่วยผู้อื่นได้" และ "ผู้ป่วยเบาหวานรอความช่วยเหลือที่จริงจอยู่นะ" นอกจากความท้อแท้ที่เกิดขึ้นจากวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแล้ว ยังเกิดจากการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยซึ่งในขณะนี้ผู้วิจัยก็ได้แต่ทำใจให้เป็นกลาง (อุเบกขา) ไม่ตำหนิผู้ป่วย แต่คงให้คำปรึกษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง เมื่อเวลาผ่านไป 3-5 เดือน โดยเฉพาะหลังเจาะฮีโมโกลบินเอวันซีครั้งที่ 2 เมื่อรับรู้ผลเลือดพบว่าผู้ป่วยมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงหมดทุกคน ทำให้ผู้วิจัยเกิดความรู้สึกที่สนุกกับการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง พร้อมกับได้กำลังใจจากผู้ป่วยที่บอกว่า "คืนนี้ที่ผู้วิจัยมาอยู่เรื่อย ๆ ไม่เบื่อหรือ แต่รู้ไหมว่าพี่รออยู่ทุกวันทีนัดไว้ และแฟนที่ใส่ใจที่น้ำหนักที่ลดลง เม็ดเลือดแดงแช่ อ้มก็ลดลงมาอยู่ในระดับปกติ" ผู้วิจัยเกิดความคิดเห็นที่มีต่อวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า "คงจะช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยได้จริง" และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล (6-8 เดือน) หลังรับรู้ผลฮีโมโกลบินเอวันซีครั้งที่ 3 ผู้วิจัยเกิดความรู้สึกที่ภาคภูมิใจในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการที่สามารถช่วยพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจริงและมีความคิดเห็นต่อวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าสามารถแก้ปัญหาได้และเป็นวิธีการที่เชื่อมโยงระหว่างแนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกันจริงและเหมาะสมในบริบทนั้นๆ

โดยสรุปความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้วิจัยต่อการทำวิจัยนี้ คือ ทำท่าย สนุก ท้อแท้ สนุกและภาคภูมิใจ ตามลำดับ และผู้วิจัยได้การพัฒนาการคิดวิเคราะห์จากการวิเคราะห์ข้อมูล และพัฒนาความสามารถในการสังเกตและการไต่ถามการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นจากขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งจุดเด่นคือผู้วิจัยจะต้องมีสติและรู้การกระทำของตนเองอยู่ตลอดเวลา

4. ความคิดเห็นและความรู้สึกที่นำทฤษฎีการพยาบาลโอเร็มมาใช้ในการวิจัยนี้

จากการได้นำทฤษฎีการพยาบาลโอเร็มไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยนำทฤษฎีไปอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และใช้ในการจัดระบบการพยาบาลโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เสมือนเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary

nurse) ซึ่งเห็นบทบาทที่ชัดเจนว่า พยาบาลทำอะไร ทำไมพยาบาลจึงทำในสิ่งนั้น หมายความว่าอะไร และจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร นั่นคือต้องมีการสะท้อนการปฏิบัติทุกระยะของการให้การพยาบาล ร่วมกับอิทธิพลของระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมีการสะท้อนการปฏิบัติในทุกระยะเช่นกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันพัฒนาการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จระยะหนึ่ง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นคือ ความภาคภูมิใจที่ได้ทำบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาลช่วยพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ นั่นคือ บทบาทในการให้คำปรึกษา และการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การวิจัยนี้ได้สนับสนุนทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในจุดที่สามารถนำไปใช้จัดระบบการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลตามบทบาทอิสระของวิชาชีพ และสะท้อนการปฏิบัติ การพยาบาล ซึ่งได้เห็นความสำคัญและสนับสนุนให้นำการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก และถ้ามีการสะท้อนการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วย ตลอดการดูแลตนเองและพยาบาลมีบทบาทในการให้คำปรึกษามากขึ้น จะส่งผลให้การใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มสมบูรณ์ขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพลังและมีศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง (Empowerment)

5. องค์ความรู้ที่ช่วยขยายการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

จากการนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการจัดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อมภายหลังการนำไปใช้พบว่า ได้วิธีการช่วยเหลือเพิ่ม และสามารถช่วยขยายวิธีการของโอเร็มให้เห็นเป็นรูปธรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานดังนี้

5.1 การสร้างสัมพันธภาพ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มได้กล่าวว่า การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งในการวิจัยนี้พบว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยความจริงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายร่วมกัน โดยในการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วยในทุกขั้นตอน

5.2 การตั้งเป้าหมายร่วมกันและการให้สัญญากับตนเองหรือผู้อื่น เป็นวิธีที่ช่วยขยายการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมายในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การตั้งเป้าหมายระดับซีโมโกลบินเอวันซีที่ตนต้องการครั้งต่อไป การให้สัญญากับตนเองว่าจะเดินรอบบ้านเพิ่มขึ้นในวันพรุ่งนี้อีก 1-2 รอบ

5.3 การสะท้อนการดูแลตนเอง จากการวิจัยพบว่า การสะท้อนการดูแลตนเองเป็นขั้นตอนที่สำคัญ โดยเฉพาะการให้ความหมายของกิจกรรมที่ทำหมายถึงอะไร หรือทำเพื่ออะไร ได้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้และเริ่มคิดพิจารณาตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น การสะท้อนจากกราฟเส้นตรงแสดงระดับฮีโมโกลบินเอวันซีที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับการควบคุมโรค ซึ่งสามารถสะท้อนได้ถึง การดูแลตนเองที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยอย่างชัดเจน การสะท้อนปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน โดยเปรียบเทียบระหว่างปริมาณอาหารที่ควรได้รับกับปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจริง และการสะท้อนถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยล้มรับประทานยา เป็นต้น

5.4 การสอน ในการสอนผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิตประจำวันของตน ได้สอนโดยใช้สถานการณ์ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สอนในเรื่องการกำหนดปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง โดยใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ในครัวเรือน เช่น การกำหนดปริมาณข้าวด้วยทัพพี หรือ ช้อน ที่มีอยู่ในครัวเรือนเปรียบเทียบกับปริมาณข้าวที่ผู้ป่วยควรได้รับ สอนการบันทึกกราฟเส้นตรงของระดับฮีโมโกลบินเอวันซีด้วยตนเอง โดยเริ่มสอนในการเจาะเลือดครั้งที่ 2 และผู้ป่วยบันทึกกราฟด้วยตนเองในการเจาะเลือดครั้งที่ 3

5.5 การชี้แนะ นำไปใช้โดยการเสนอทางเลือกในการกระทำการดูแลตนเองหลายๆ ทางแล้วให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง หรือหาทางเลือกใหม่ตามที่ต้องการ เช่น การป้องกันการล้มรับประทานยา โดยการใช้ข้อความช่วยเตือนจำ หรือการปรับเปลี่ยนการควบคุมอาหาร เช่น การเปลี่ยนชนิดอาหารที่รับประทานตามรายการอาหารแลกเปลี่ยน

5.6 การสนับสนุน ได้นำไปใช้โดยการให้คำชมเชย กำลังใจ และความมั่นใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง ตลอดจนติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และการกระตุ้นเตือนจากคู่สมรสหรือบุตร เช่น ในเรื่องการควบคุมอาหาร ภรรยาของผู้ป่วยได้สนับสนุนโดยการเลือกซื้อหรือจัดเตรียมอาหารตามชนิดและปริมาณที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ในเรื่องการออกกำลังกาย สมาชิกของผู้ป่วยได้สนับสนุนโดยชักชวนและเดินออกกำลังกายร่วมกับผู้ป่วย

5.7 การจัดสิ่งแวดล้อม ได้ช่วยผู้ป่วยจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับการพัฒนาการดูแลตนเอง เช่น การตั้งเป้าหมายร่วมกับครอบครัวให้ช่วยสนับสนุนผู้ป่วยในการปฏิบัติ การดูแลตนเอง การกำหนดปริมาณอาหารด้วยอุปกรณ์ในครัวเรือน การให้ครอบครัวได้รับความรู้ด้วยการคู่มือด้วยกัน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในเรื่องการนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ทางพยาบาลและการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. การนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล

1.1 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกันทุกขั้นตอน ซึ่งทำในบริบทสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วยในจังหวัดภูเก็ต ร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่อ้วนและมีอายุระหว่าง 40-60 ปี ผลการศึกษานี้ จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิง ดังนั้นในการนำรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองและกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้ควรเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและมีลักษณะบริบทที่คล้ายคลึงกัน

1.2 เครื่องมือที่ได้จากการวิจัยนี้ เช่น แผ่นพับ และคู่มือการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่อ้วนได้ และควรเพิ่มกราฟแสดงระดับน้ำตาลในเลือด (ภาคผนวก ก.) ในสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน

1.3 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวานควรประสานการดูแลผู้ป่วยกับผู้รับผิดชอบโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เพื่อส่งต่อและติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน และควรจัดให้มีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ขณะผู้ป่วยรอตรวจจากแพทย์

1.4 การนำรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองและกลวิธีไปใช้ในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ควรจัดให้มีห้องเพื่อให้คำปรึกษาและฝึกทักษะต่างๆ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับพยาบาล และพยาบาลที่รับผิดชอบควรเป็นคนเดียวกันตลอดการปรับพฤติกรรมในแต่ละราย ซึ่งในระยะแรกควรนัดผู้ป่วยและครอบครัวทุกอาทิตย์จนเริ่มปรับเปลี่ยน ต่อมาทุก 2 อาทิตย์ และทุก 3-4 อาทิตย์ ตามความเหมาะสมของแต่ละราย

1.5 ระดับผู้บริหารของโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมเบาหวานประจำโรงพยาบาลและมีผู้รับผิดชอบชมรมที่สนใจและสนใจผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างจริงจัง

1.6 ความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ควรได้รับการปลูกฝังนิสัยตั้งแต่เยาว์วัย

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มเดิม เพื่อดูการคงไว้ของพฤติกรรมที่ได้รับการปรับเปลี่ยนไปเมื่อระยะเวลานานขึ้น หรือขยายผู้ร่วมปฏิบัติการให้ครอบคลุมทีมสุขภาพ ที่รับผิดชอบผู้ป่วยเบาหวาน และขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่ผอม และที่มีน้ำหนักตัวปกติ

2.2 ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนหรือกลุ่มผู้ป่วยอื่น และศึกษาในหอผู้ป่วย

2.3 ควรทำการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยเบาหวานให้ครอบคลุมและต่อเนื่องทั้งการดูแลตนเองที่บ้านและเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในบทนี้ได้สรุปผลการวิจัย ความคิดเห็นของผู้วิจัย และข้อเสนอแนะ นอกจากนั้นจากการนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าได้องค์ความรู้ที่ช่วยขยายวิธีการช่วยเหลือของโอเร็มให้เห็นเป็นรูปธรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และได้วิธีการช่วยเหลือเพิ่มขึ้น

วิธีการช่วยเหลือที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ การสะท้อนการดูแลตนเองและการสะท้อนการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยการให้ความหมายของกิจกรรมที่ทำหมายถึงอะไร ทำเพื่ออะไร และทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้เห็นผลการปฏิบัติของตนจากเส้นกราฟที่ลดลงซึ่งเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ควรเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ปฏิบัติด้วยความจริงใจและมีการตั้งเป้าหมายทั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวร่วมกัน ตลอดจนควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่พัฒนาการดูแลตนเองทุกขั้นตอน การสอนควรสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและคำนึงถึงความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วยตามแต่ละคน และสอนโดยใช้สถานการณ์ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การชี้แนะ ควรเสนอทางเลือกในการกระทำการดูแลตนเองหลายๆ ทาง และควรเป็นการให้คำปรึกษามากกว่าการชี้แนะ เพราะว่าผู้ป่วยจะได้คิดพิจารณาตัดสินใจหรือค้นหาวิธีการต่างๆ ด้วยตนเอง การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม ควรมีการตั้งเป้าหมายร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้พยายามทบทวนเพิ่มเติมที่ให้เห็นวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งน่าจะสามารถนำรูปแบบการส่งเสริม

การดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไป
ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินทั่วไปได้ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวาน
สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขและไม่ทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อน อันเป็นเป้าหมาย
สูงสุดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

บรรณานุกรม

✓ กฤษณา บานชื่น. (มกราคม-มีนาคม 2535). เบาทหวานกับการออกกำลังกาย. วารสารเบาทหวาน, 24(1), 6-23.

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (มิถุนายน 2534). การพยาบาลแบบองค์รวมกับการดูแลสุขภาพตนเอง. สุขภาพพยาบาล, 6(2), 30-36.

กอบชัย พัววิไล. (2536). ความรู้ใหม่ในโรคเบาทหวาน. ในวิทยา ศรีดามา (บก.) โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึมสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป (หน้า 71-72). กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

✓ กาญจนา ประสานปราน. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาทหวาน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

✓ คณะกรรมการระบาดแห่งชาติ. (2534). เบาทหวานเพื่อการทำความเข้าใจที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทย. (2532). ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

คณะทำงานแห่งชาติ เรื่องการควบคุมโรคเบาทหวาน. (2531). โรคเบาทหวานในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

คุณผิว ลิ้มปทย่อม. (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2522). ตากับโรคเบาหวาน. วารสารเบาหวาน, 11(1) , 34-46.

จิตร จิรรัตน์สถิต และมณี แก้วปลั่ง. (2530). วิชาการระบบเอ็นโดครีน. เชียงใหม่ : ทัพย์เนตรการพิมพ์.

✓ จัระเพ็ญ แทนนิล. (2532). ผลของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลต่อระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จารุวรรณ ต.สกุล, ศิริลักษณ์ เวชการวิทยา และวัลลีย์ กนกวิจิตร. (มกราคม-มีนาคม 2536). เปรียบเทียบผลการให้ความรู้กับการตั้งรางวัลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11(1), 42-54.

ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (กรกฎาคม 2536). ผลที่เท่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารกรมการแพทย์, 18(7) , 375-383.

คุณณี สุทธปรียาศรี. (2531). โภชนศาสตร์คลินิก. กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราวิทยาศาสตร์อุตสาหกรรม.

✓ เทพ หิมะทองคำ. (2530). Annual 1987-1988. กรุงเทพฯ : RIA Center.

✓ รัชชัย พีรพัฒน์ดิษฐ์. (2535). Oral hypoglycemic agents. ใน วรรณิ นิธิยานันท์ (บก.). การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน (หน้า 36-45). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

ธีรนนท์ วรรณศิริ. (2532). การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังการเดินบนสายพานเลื่อน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล.

น้ำทิพย์ แสงจันทร์. (2536). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปัญญา คุ้มวัฒน์. (ตุลาคม-ธันวาคม 2534). กลไกการเกิดความอ้วน วิถีลดความอ้วนแบบต่าง ๆ และอันตรายที่เกิดจากวิธีการเหล่านั้น. จุลสารชมรมนักกำหนดอาหาร, 12(2) , 21-33.

ประภาศรี ภูวเสถียร. (2532). โภชนาการและไฟโตแคโรทีน : งานประชุมวิชาการ 'โภชนาการ 32'. กรุงเทพมหานคร : ไทยมิตรการพิมพ์.

ปรียา สิทกุล และวิชัย ตันไพจิตร. (2538). ภาวะปัจจุบันของโภชนาการสัมพันธ์อาหารในประชาชนไทย. โภชนศาสตร์คลินิก, (2) , 65-75.

ฝ่ายวิชาการ. (2537). รายงานประจำปี. ภูเก็ต : โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต.

✓ ภาวนา กิรติยวงศ์. (2537). การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

✓ รัชตะ รัชตะนาวิน และคณะ. (ตุลาคม-ธันวาคม 2530). ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในโรงพยาบาลรามาริบัติ: ข้อมูลทางคลินิกและผลการรักษาเปรียบเทียบระหว่าง คลินิกอายุรศาสตร์ และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน. รามาริบัติเวชสาร, 10(4), 183-185.

วรรณิ นิธิยานันท์. (2535). General guidelines in diabetic management and monitoring of metabolic control. ใน วรรณิ นิธิยานันท์ (บก.). การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน (หน้า 1-7). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

✓ วลัย อินทร์พรชัย. (2535). การควบคุมอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน. ใน สุนทร ตัณฑนันท์ และวลัย อินทร์พรชัย. คู่มือโรคเบาหวาน (หน้า 55-73). กรุงเทพมหานคร : สุภาวิณีการพิมพ์.

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

วิชัย ดันไพจิตร. (2532). บทบาทของไขมันต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย. ในประชุมวิชาการโภชนาการ 32'. กรุงเทพมหานคร : ไทยมิตรการพิมพ์.

———. (2538). น้ำตาลกับสุขภาพ. โภชนศาสตร์คลินิก, (1), 17-21.

วิชัย มนัสศิริวิทยา. (2536). การปรับพฤติกรรม : แนวคิดและหลักการ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ 14 จังหวัดภาคใต้ เรื่องการปรับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. (เมษายน-มิถุนายน 2536). การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอายุหลังเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11(2), 74-83.

วีรัชย์ มาศนาคดล. (2530). อาหารที่เป็นยาได้ เล่ม 2 : ผัก. กรุงเทพมหานคร : บริษัทนานมีจำกัด.

วัฒนา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงคี. (2534). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บ.ก.) การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4 (หน้า 241-268). กรุงเทพมหานคร : วี.เจ.พรินติ้ง.

ศรีสมัย วิบูลยานนท์. (กรกฎาคม-กันยายน 2535). อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารเบาหวาน, 24(3), 6-19.

สนอง อุณาภูล. (กรกฎาคม-กันยายน 2532). ความเครียด. วารสารเบาหวาน, 21(3), 8-19.

สนอง อุณาภูล. (พฤศจิกายน-ธันวาคม 2522). ความพิการของประสาทในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารเบาหวาน, 11(6), 9-29.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. (2536). โครงการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด. (เอกสารอัดสำเนา)

สมศักดิ์ วราฮ์สวัสดิ. (มกราคม-เมษายน 2536). การศึกษาแบบแผนการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่โรงพยาบาลสกลนคร. ขอนแก่นเวชสาร, 17(1), 33-42.

สวณิต อ่อนรุ่งเรือง. (2538). ความต้องการสารอาหารและการประเมินภาวะโภชนาการ. เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ชีวภาพครั้งที่ 9 เรื่อง "โภชนาการและระบบย่อยอาหาร". สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สาธิต วรรณแสง. (2530). โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย.

ใน การประชุมวิชาการโภชนาการ 30. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัย
โภชนาการและคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

สาธิต วรรณแสง. (2536). ความดันเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวาน. ในวิทยา ศรีดามา (บก.).

โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึมสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. (หน้า 115-123).

กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

สาธิต วรรณแสง และวิชัย รุ่งปิติรังสี. (2532). วิทยาการระบาดของโรคเบาหวาน. ใน

ไฟโรจน์ อุ่นสมบัติ และประพันธ์ เจริญงาม (บก.) เวชศาสตร์ป้องกัน.

(หน้า 894-901). กรุงเทพมหานคร : สหประชาพานิชย์.

✓ สุขสวัสดิ์ เพ็ญสุวรรณ. (2532). ยาที่ใช้สำหรับโรคเบาหวาน. ใน คำพล ศรีวัฒนากุล

(บก.). คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์ (หน้า 240-249). กรุงเทพมหานคร : เมดาร์ท.

สุจิตรา ล้อมอำนวยลาภ, อำภพร หัววิไล และวลัยพร นันทศุภวัฒน์. (มกราคม-มีนาคม

2536). ปัญหาความรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการการ
ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารคณะ
พยาบาลศาสตร์, 16(1) , 20-25.

สุนทร ตัณฑนันท์. (พฤศจิกายน-ธันวาคม 2530). ผู้ป่วยโรคเบาหวานกับการเล่นกีฬา.

วารสารเบาหวาน, 19(6), 5-14.

สุนทร ตัณฑนันท์ และวลัย อินทร์พรชัย. (2535). คู่มือโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร

: สุภาวิณีการพิมพ์.

สุนทรี สิงหนุตตรา. (2536). สรรพคุณสมุนไพร 200 ชนิด. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส.

พรินตึงเข้าส์.

- ✓ สุนิตย์ จันทระเสริฐ. (2536). เบาหวานในผู้สูงอายุ. ใน วิทยา ศรีดามา (บ.ก.). โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึมสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป (หน้า 34-101). กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพจน์ อัสวพันธุ์ธนกุล (บก.). (2528). ฟ้าทะลายโจร. กรุงเทพมหานคร : บริษัทเอดิสันเพรส โปรดักส์.
- สุภาณี กาญจนจारी. (2536). รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งของระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรพล อิศรโกศล. (2532). การเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยากับโรกระบบอื่น. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ✓ สัญชัย เชื้อสีห์แก้ว. (มกราคม-มีนาคม 2533). ผลร้ายต่ออินซูลินในการรักษาเบาหวาน. วารสารเบาหวาน, 22(1), 5-8.
- ✓ อัคร รุ่งไพบูลย์ และคณะ. (พฤษภาคม 2536). การใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครปฐม. วารสารกรมการแพทย์, 18(5), 232-238.
- ✓ อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (กรกฎาคม-ธันวาคม 2533). การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 10(3-4), 201-215.
- . (มกราคม-มีนาคม 2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 42(1), 16-31.

อระณี รัตนพิทักษ์ และคณะ. (กรกฎาคม-กันยายน 2536). การศึกษาประสิทธิผลของการ
ออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อค่าระดับน้ำตาลในเม็ดโลหิตแดงของผู้ป่วยโรคเบา
หวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11(3), 179-185.

American Diabetes Association. (1993, May). Position Statment : Nutritional
Recommendations and Principles for Individuals with Diabetes Mellitus.
Diabetes Care, 16(supplement 2), 22-29.

✓ American Diabetes Association. (1995, January). Clinical Practice Recommendations.
Diabetes Care, 18 (Supplement 1).

Armstrong, N. (1987, September). Coping with Diabetes Mellitus. Nursing Clinics of
North America, 22() , 559-568.

Beare, P.G. & Myers, J.L. (1994). Principles and Practice of Adult Health Nursing
(2nd ed.). St. Louis : Mosby.

Bergstrom, N. (1988). Cpt. 14 Measuring Dietary Intake and Nutritional Outcomes. In
M.F. Stromberg. Instruments for Clinical Nursing Research (pp. 245).
Norwalk : Appleton & Lange.

Cadogan, M.P. (1984). The Middle Adult. In D.A. Jones, M.K. Leply & B.A. Baker.
Health Assessment Across the Life Span. New York : McGraw-Hill Book
Company.

Callaghan, D. & Williams, A. (1994, July). Living with diabetes : issuesfor nursing
practice. Journal of Advanced Nursing, 20(1) , 132-139.

- Cameron, K. and Gregor, F. (1987, April). Chronic illness and compliance. Journal of Advanced Nursing, 12(4), 671-676.
- Coates, V.E. (1994, September). Monitoring diabetic control. Journal of Clinical Nursing, 3(5), 263-269.
- Cooppan, R. (1994). General Approach to the Treatment of Diabetes. In C.R. Kaler & G.C. Weir. Joslin's Diabetes Mellitus (13th ed.). (pp. 397-403). Philadelphia : Lea & Febiger.
- ✓Corbett, J.V. (1987). Laboratory Tests and Diagnostic Procedures with Nursing Diagnosis. Norwalk : Appleton & Lange.
- ✓Davidson, J.K. & Panayioto, R. (1991). Diet therapy for Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus. In J.K Davidson. Clinical Diabetes Mellitus : A Problem-Oriented Approach (pp. 186-209). New York : Thieme.
- Deakins, D.A. (1994, April). Teaching Elderly Patient About Diabetes. AJN, 94 (4), 39-43.
- Egger, G., Spark, R., & Lawson, J. (1990). Health Promotion Strategies & Method. Sydney : McGraw-Hill Book Company.
- Fain, J.A. (1993, March). National Trends in Diabetes. Nursing Clinics of North America, 28(1), 1-7.
- ✓Felig, P. & Bergman, M., (1995). The Endocrine Pancreas : Diabetes Mellitus. In P. Felig, J.D. Boxter A. Frohman. Endocrinology and Metabolism (3rd ed). (pp. 1107-1250) New York : McGraw-Hill, Inc.

- ✓Giacca, A., et al. (1991). Exercise and Stress in Diabetes Mellitus. In J.K. Davidson.
Clinical Diabetes Mellitus : A Problem-Oriented Approach (pp. 218-265).
New York : Thieme Medical Publishers.
- ✓Guare, J.C., et al. (1989, July-August). Analysis of Changes in Eating Behavior and
Weight loss in Type II Diabetic Patients. Diabetes Care, 12(7), 500-503.
- Hamilton, C.C., Geil, P.B. & Anderson, J.W. (1992, September- October).
Management of Obesity in Diabetes Mellitus. The Diabetes Educator, 18(5),
407.
- Helms, R.B. (1992, March). Supplement : Implications of Population Growth on
Prevalence of Diabetes. Diabetes care, 15 (supplement 1), 6-9.
- Holter, I.M. & Schwartz-Barcott, D. (1993, July). Action research : What is it? How
has it been used and how can it be used in nursing? Journal of Advanced
Nursing, 18(7), 298-304.
- Ignatavicius, D.D. & Bayne, M.V. (1991). Medical-Surgical Nursing :A Nursing
process approach. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Ignatavicius, D.D. Workman, M.L. & Mishler, M.A. (1995). Medical Surgical Nursing
: A Nursing process approach. Volume 2 (2nd ed.). Philadelphia : W.B.
Saunders Company.
- James, W.P.T. (1988). Healthy nutrition : Preventing nutrition related diseases in
Europe. Copenhagen : WHO Regional Publication.

✓ Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). The action research planner. (3rd ed). Victoria : Deakin University Press.

Lundman, B., Asplund, K. & Norberg, A. (1988, January). Tedium among patients with insulin-dependent diabetes mellitus. Journal of Advanced Nursing, 13 (1), 23-31.

_____. (1990, April). Living with Diabetes : Perceptions of Well- Being, Research in Nursing & Health, 13(4), 255-262.

Maclean, H.M. (1991). Patterns of Diet Related Self-Care in Diabetes. Social Science Medicine, 32(6), 689-696.

Malik, R.L. & Williams, G. (1986, May). Carbohydrate Knowledge is Predictive of Glycemic Control in Type II Diabetes Mellitus. Diabetes, 35 (supplement 1), 44A.

✓ McGrady, A., Bailey, B.K. & Good, M.P. (1991, May). Controlled Study of Biofeedback-Assisted Relaxation in Type I Diabetes. Diabetes Care, 14(5), 360-365.

McIntyre, R. (1994). Diabetes. In M.F. Alexandor, J.N. Fawcett, & P.J. Runciman. Nursing Practice : Hospital and Home the Adult (pp. 154-185). Edinburgh : Churchill Livingstone.

Melkus, G.D'E. (1993, March). Type II Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus. Nursing Clinics of North America, 28(1), 25-33.

Murray, R. (1993, November). Home before dusk. American Journal of Nursing, 93 (11), 36-42.

✓Orem, D.E. (1991). Nursing Concepts of Practice. St. Louis : Mosby Year Book.

✓Orem, D.E., Taylor, S.G. & Renpenning, K.M. (1995). Nursing Concepts of Practice. St. Louis : Mosby Year Book.

Raleigh, E.D. (1992, April). Sources of hope in Chronic illness. Oncology Nursing Forum, 19(3), 443-448.

Robley, L.R. (1995, January - February). The Ethics of Qualitative Nursing Research. Journal of Professional Nursing, 11(1), 45-48.

Salazar, M.K. (1991 March). Comparison of Four Behavioral Theories. AAOHN Journal, 39(3), 128-135.

Seugura, A. & Wolever, T. M.S. (1993, May). Effects of Increased Meal Frequency in Diabetes. Diabetes, 42 (supplement 1), 251A.

Smolenski, M.C. (1988). Self-identified reasons for health behavior change : implications for educators. University of Florida, USA.

Stauss, A. & Corbin, J. (1990). Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park : SAGE Publication.

Stephens, P.P. (1992). Experience of Health and Illness. In S.M. Lewis & I.C. Cottier. Medical Surgical Nursing. St. Louis : Mosby Year Book.

Stunkard, A.J. (1988). The Current Status of Treatment for Obesity in Adults. In A.J. Stunkard, & E. Stellar. Eating and Its Disorders. (pp. 157-173). New York : Raven Press.

Sutor, C.J.W. & Crowley M.F. (1984). Nutrition : Principles and application in health Promotion. (2nd. ed). London : J.B. Lippincott.

Sutor, C.J.W. & Hunter, M.F. (1980). Nutrition : Principles and Application in Health Promotion. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Torrance, C. & Gobbi, M. (1994). Nutrition. In M.F. Alexandor, J.N. Fawcett, & P.J. Runciman. Nursing Practice : Hospital and Home the Adult (pp. 665). Edinburgh : Churchill Livingstone.

Tschanz, C. et al. (2538). แอสปาร์แทนสารหวานจัดที่มีคุณสมบัติพิเศษ. โภชนศาสตร์คลินิก, (2) , 31-40.

Vinik, A.I. (1989). Diet USA. In K.G.M.M. Alberti & R.S. Mazze. Frontiers of diabetes research : Current trends in non- insulin-dependent diabetes mellitus. (pp. 233-262). New York : Excerpta Medica.

Weir, G.C. & O' hare, J.A. (1990). Evaluation of Metabolism Control in Diabetes. In K.L. Becker, et al. Principle and Practice of Endocrinology and Metabolism. (pp. 1094-1096). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Williams, S.R. (1989). Nutrition and Diet Therapy. (6th ed.). St. Louis : Times Mirror Mosby College Publishing.

Wing, R.R., Pascale, R. & Bulter, B. (1993, May). Low Fat Diet Improves Weight loss in Obese NIDDMs without Adverse Effects on Lipids or Glycemic Control. Diabetes, 42 (supplement, 1), 140A.

Wing, R.R., Pascale, R. & Bulter, B. (1993, May). Low Fat Diet Improves Weight loss in Obese NIDDMs without Adverse Effects on Lipids or Glycemic Control. Diabetes, 42 (supplement, 1), 140A.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

การคำนวณหาปริมาณพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน

การคำนวณหาปริมาณพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน มีวิธีดังต่อไปนี้

1. การคำนวณน้ำหนักที่ควรเป็น

ตารางคำนวณหาน้ำหนักที่ควรเป็น (Idea body weight) (Davidson & Panayiotou, 1991 : 190)

โครงสร้างของร่างกาย*	สำหรับผู้ใหญ่อายุมากกว่า 20 ปี	
	หญิง	ชาย
ขนาดกลาง	ยอมให้น้ำหนัก 100 ปอนด์ (45.5 กก.) ในความสูง 5 ฟุต (152 ซม.), บวกกับ 5 ปอนด์ (2.27 กก.) สำหรับความสูงที่เพิ่มขึ้น 1 นิ้ว	ยอมให้น้ำหนัก 106 ปอนด์ (48.2 กก.) ในความสูง 5 ฟุต, บวกกับ 6 ปอนด์ (2.7 กก.) สำหรับ ความสูงที่เพิ่มขึ้น 1 นิ้ว
ขนาดเล็ก	ลบ 10%	ลบ 10%
ขนาดใหญ่	เพิ่ม 10%	เพิ่ม 10%

* ขนาดของโครงประมาณได้จากการตรวจสอบที่นิ้วและข้อมืองดังนี้

นิ้วคอมและข้อมือเล็ก คือ โครงสร้างขนาดเล็ก นิ้วขมดและข้อมือขมด
คือ โครงสร้างขนาดกลาง นิ้วหนาและข้อมือใหญ่ คือ โครงสร้างขนาดใหญ่

2. กำหนดหาปริมาณพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน (Vinik, 1989 : 236)

2.1 พลังงานขั้นพื้นฐาน เท่ากับน้ำหนักตัวที่ควรเป็น (lb) x 10

2.2 พลังงานจากกิจกรรม

งานเบา = 10% ของพลังงานขั้นพื้นฐาน

งานปานกลาง = 20% ของพลังงานขั้นพื้นฐาน

งานหนัก = 40-100% ของพลังงานขั้นพื้นฐาน

หมายเหตุ - งานเบา ได้แก่ ผู้ทำงานในสำนักงาน ผู้ชำนาญการทางวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ ครู นักบัญชี สถาปนิก แม่บ้านที่ทำงานบ้านโดยมีเครื่องผ่อนแรง เสิร์บน้ำ รีดผ้า ผู้หาเงินทำ

- งานหนักปานกลาง ได้แก่ ผู้ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมประเภทเบา นักศึกษา พนักงานก่อสร้างที่ไม่ได้ใช้แรงงานหนัก ชาวประมง พนักงานหญิงในห้างสรรพสินค้า แม่บ้านที่ทำงานโดยไม่มีเครื่องผ่อนแรง

- งานหนัก ได้แก่ ชาวไร่ ชาวนา กรรมกรแบกหาม พนักงานป่าไม้ ทหาร ประจำการ กรรมกรขุดแร่ กรรมกรในโรงงานถลุงเหล็ก นักกีฬา (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารฯ, 2532 : 31)

2.3 นำผลที่ได้จากข้อ 2.1 และข้อ 2.2 มารวมกัน คือ พลังงานที่ควรได้รับต่อวัน

ตัวอย่าง ผู้ป่วยหญิงโครงสร้างขนาดกลาง สูง 152 เซนติเมตร น้ำหนัก 60 กิโลกรัม

ทำงานเป็นพนักงานบัญชีในธนาคาร จึงกำหนดหาพลังงานที่ผู้ป่วยนี้ควรได้รับต่อวัน

วิธีคำนวณ

1. กำหนดหาน้ำหนักที่ควรเป็น = 100 ปอนด์ ต่อความสูง 5 ฟุต
2. พลังงานขั้นพื้นฐาน = $100 \times 10 = 1,000$ แคลอรี
3. พลังงานในการทำกิจกรรม = 10% ของ 1,000 = 100 แคลอรี

∴ 4. รวมพลังงานที่ผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับต่อวัน = $1,000 + 100 = 1,300$ แคลอรี/วัน

ภาคผนวก ข.

การคำนวณหาปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับ กำหนดปริมาณส่วนของอาหารตาม
รายการอาหารแลกเปลี่ยน และการกำหนดมื้ออาหาร

1. การคำนวณปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับ

สมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 1993 : 22) ได้กำหนดให้คาร์โบไฮเดรต 55-60% ของพลังงานที่ได้รับ โปรตีน 15-20% ของพลังงานที่ได้รับ ไขมัน 25-30% ของพลังงานที่ได้รับ ในงานวิจัยนี้จึงกำหนดให้ผู้ป่วยได้รับ คาร์โบไฮเดรต 55% โปรตีน 20% ไขมัน 25% ของพลังงานที่ได้รับ [คาร์โบไฮเดรต ให้พลังงาน 4 แคลอรีต่อกรัม โปรตีนให้พลังงาน 4 แคลอรีต่อกรัม และไขมันให้พลังงาน 9 แคลอรีต่อกรัม]

จากภาคผนวก ก. พลังงานที่ควรได้รับคือ 1,300 แคลอรี/วัน ดังนั้น

$$\text{ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ผู้ป่วยควรได้รับ} = \frac{1300 \times 55}{100 \times 4} = 178.75 \text{ กรัม}$$

$$\text{ปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยควรได้รับ} = \frac{1300 \times 20}{100 \times 4} = 65 \text{ กรัม}$$

$$\text{ปริมาณไขมันที่ผู้ป่วยควรได้รับ} = \frac{1300 \times 25}{100 \times 9} = 36.1 \text{ กรัม}$$

2. การกำหนดปริมาณส่วนของอาหารตามรายการอาหารแลกเปลี่ยนและการกำหนดมื้ออาหาร

2.1 กำหนดส่วนอาหารในหมวดของน้ำนม ผลไม้ และผัก ก.ข.

2.2 กำหนดส่วนอาหารในหมวดของธัญพืช โดยรวมจำนวนคาร์โบไฮเดรตที่ได้ใน

ข้อ 2.1 ลงกับจำนวนปริมาณคาร์โบไฮเดรต ทั้งหมด หาด้วย 15 เพราะธัญพืช 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม

2.3 กำหนดส่วนอาหารในหมวดเนื้อสัตว์ โดยรวมจำนวนโปรตีนที่ได้ในข้อ 2.1 และ

2.2 ลงกับจำนวนปริมาณโปรตีนทั้งหมดหาด้วย 7 เพราะเนื้อสัตว์ 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม

2.4 กำหนดส่วนอาหารหมวดไขมัน โดยรวมจำนวนไขมันที่ได้ในข้อ 2.1 และ 2.3 ลงกับจำนวนปริมาณไขมันทั้งหมด หาด้วย 5 เพราะไขมัน 1 ส่วน มีไขมัน 5 กรัม

2.5 กำหนดมื้ออาหารโดยจัดแบ่งอาหารให้มีพลังงานในแต่ละมื้อใกล้เคียงกัน

ตัวอย่าง การจัดอาหาร 1300 แคลอรี

หมวดอาหาร	ปริมาณ ส่วน	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	แคลอรี	เช้า	กลางวัน	เย็น	ว่าง
						(ส่วน)	(ส่วน)	(ส่วน)	(ส่วน)
นํ้านมจืด	1	12	8	10	170	1	-	-	-
ผลไม้	2	20	-	-	80	-	1	-	1
ผัก ข.	2	10	4	-	56	-	1	1	-
ธัญพืช	9	135	18	-	612	1	3	4	1
โปรตีน ก.	5	-	35	15	275	-	2.5	2.5	-
ไขมัน	2.2	-	-	11	99	-	2.2	-	-
รวม		177	65	36	1,292				

รายการอาหารแลกเปลี่ยน (วลัย, 2535 : 60-66)

อาหารแลกเปลี่ยน หมายถึง อาหารที่อยู่ในหมวดเดียวกัน มีคุณค่าทางโภชนาการใกล้เคียงกัน และสามารถใช้แทนกันได้ เช่น ข้าวเป็นอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต เช่นเดียวกับ ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง จึงสามารถเลือกรับประทานอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งก็ได้ ในปริมาณที่กำหนด แต่อาหารต่างหมวดมีคุณค่าต่างกัน ใช้แทนกันไม่ได้

อาหารแลกเปลี่ยนแบ่งเป็น 6 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 หมวดนํ้านม อาหารในหมวดนี้ 1 ส่วน มีโปรตีน 8 กรัม ไขมัน 10 กรัม มีคาร์โบไฮเดรต 12 กรัม ให้พลังงาน 170 แคลอรี ได้แก่

นํ้านมจืด UHT 1 ถ้วย 240 มล. นํ้านมจืดพาสเจอร์ไรซ์ 1 ถ้วย 240 มล.

นํ้านมข้นรูป 1 ถ้วย 240 มล. นํ้านมข้นจืด 1/2 ถ้วย 120 มล.

นมผง 1/3 ถ้วย 3 ออนซ์ นมเปรี้ยวไม่ปรุงแต่งรส 1 ถ้วย 8 ออนซ์

หมายเหตุ (1) ถ้าดื่มนมไม่ได้ให้ใช้น้ำเต้านมและไขมันอย่างละ 1 ส่วนแทน (2) นมโวลตามิลค์ 1 ขวด ให้พลังงาน 180 แคลอรี (โปรตีน 6 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม ไขมัน 3 กรัม) เมื่อดื่มนมโวลตามิลค์ต้องดื่มนม 1 ส่วนและธัญพืช 1/2 ส่วน 3) นมพร้อมไขมันแล้วให้พลังงาน

งาน 80 แคลอรี

หมวดที่ 2 หมวดผัก

หมวด ก. ผักในหมวดนี้มีคาร์โบไฮเดรต และพลังงานต่ำ ผู้ป่วยจึงรับประทานได้โดยไม่จำกัด ส่วนใหญ่เป็นผักใบเขียว เช่น

ผักบุ้ง ใบตั้งโอ๋ มะเขือชนิดต่างๆ ผักหวาน ผักคะน้า ใบคื่นช่าย
 บวบ ยอดหมูขี้ ผักกูด ผักกวางตุ้ง แตงกวา แตงร้าน
 ผักเหริ่ง ผักกาดขาว มะระ ผักตำลึง ใบบัวบก ผักกาดเขียว
 ผักกาดหอม เห็ดฟาง ยอดมะกอก ผักโขม ยอดฟักทอง และผักใบเขียวอื่นๆ

หมวด ข. ผักในหมวดนี้ 100 กรัม จะมีโปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม ให้พลังงาน 28 แคลอรี ส่วนใหญ่เป็นผักที่มีหัวเช่น

ฟักทอง แครอท สะตอ สะเดา ลูกกระเจี๊ยบ พริกหยวก พริกใหญ่
 หน่อไม้ ดอกกะหล่ำ ถั่วพู ยอดแค ชะอม หอมใหญ่ ถั่วแขก ลูกเนียง
 ถั่วลิสง ถั่วฝักยาว ข้าวโพดอ่อน มันแกว ลูกเหริ่ง ดอกกะน้า ใบชะพลู
 พริกไทยอ่อน เห็ดเป่าฮื้อ แห้ว ถั่วงอก

หมวดที่ 3 หมวดผลไม้

ผลไม้ในหมวดนี้ 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 10 กรัม ให้พลังงาน 40 แคลอรี

ชนิดของผลไม้	น้ำหนัก	ปริมาณ
	(กรัม)	
กล้วยน้ำว้า, หอม	35	1/2 ผล
กล้วยเล็บมือนาง	38	3 ผล
แตงโม	140	10 ชิ้นขนาดคำ
สับปะรด	70	6 ชิ้นขนาดคำ
มะละกอสุก	80	6 ชิ้นขนาดคำ
ส้มเกลี้ยง	80	2/3 ผล
ส้มเขียวหวาน	120	1 ผล
มะม่วงดิบ	70	1/2 ผล
มะม่วงอกร่องสุก	60	1/2 ผล
เงาะ	70	4 ผล

มังคุด	55	3 ผลเล็ก
องุ่น	50	8-10 ผล
ชมพูธรรมดา	150	3 ผล
ฝรั่งเวียดนาม (เฉพาะเนื้อ)	90	1/2 ผลกลาง
ละมุด	50	1 ผลขนาดกลาง
ทุเรียน (ชะนี)	40	1 เม็ดเล็ก
ส้มโอ	80	3 กลีบขนาดกลาง
แอปเปิล	65	1 ผลเล็ก
พุทรา (ผลยาว)	50	2 ผล
น้ำส้มก้น, น้ำมะพร้าวอ่อน	110	1/2 ถ้วยตวง
ลูกตาลอ่อน	100	2 ผล
กลางสาค	70	10 ลูก
เนื้อมะพร้าวอ่อน	70	7-8 ชิ้น
ลิ้นจี่	50	5 ผล

หมวด 4 หมวดธัญพืช

ธัญพืชในหมวดนี้ 1 ส่วน มีโปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ให้พลังงาน 68 แคลอรี

ธัญพืช	น้ำหนัก (กรัม)	ปริมาณ
ข้าวสุก	65	1/2 ถ้วยตวง
ขนมจีน	75	1 1/2 จีบ
ก๋วยเตี๋ยว	65	1/2 ถ้วยตวง
บะหมี่สุก	70	1/2 ถ้วยตวง
วุ้นเส้นสุก	80	1/2 ถ้วยตวง
ขนมปัง	25	1 แผ่นใหญ่
ขนมปังกรอบ (ขนาด 1 1/2 นิ้ว)	20	2 แผ่น
ถั่วเขียวสุก	65	1/2 ถ้วยตวง
ถั่วแดง ถั่วดำสุก	65	1/2 ถ้วยตวง

เมล็ดข้าวโพดสุก	80	1/2 ถ้วยตวง
ข้าวโพด	-	1 ฟักเล็ก
เมล็ดถั่วลิสงคั่ว	100	1/2 ถ้วยตวง
มันเทศสุก	50	1/2 ถ้วยตวง
มันฝรั่งสุก	100	1 หัว
แป้งชนิดต่าง ๆ	20	2 1/2 ช้อนโต๊ะ
ไอศกรีม	70	1/2 ถ้วย

หมายเหตุ - ตัวเลขคำนวณจากตารางคุณค่าอาหารไทยในส่วนที่กินได้เอกสารของกอง

โภชนาการ กรมอนามัย 2513 และ 2524 และถ้าใช้ถั่วเมล็ดแห้งให้หั่นเนื้อสัตว์ 1 ส่วน

- ถ้ากินไอศกรีม ต้องลดอาหารประเภทไขมัน 2 ส่วนด้วย

หมวดที่ 5 หมวดเนื้อสัตว์ แบ่งเป็น

ก. เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน (เป็นเนื้อสัตว์ที่ได้ตัดเอาส่วนไขมันออกหมด) มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 3 กรัม ให้พลังงาน 55 แคลอรี

เนื้อสัตว์	น้ำหนัก	ปริมาณ
(สุก)	(กรัม)	
เนื้อหมู/วัวไม่ติดมัน (หั่น)	30	2 ช้อนโต๊ะ
เนื้อไก่หรือเป็ดไม่ติดมันและหนัง	30	2 ช้อนโต๊ะ
น่องไก่	30	1 อัน
เนื้อปลา (ขนาด 1 x 1 1/2 นิ้ว)	30	4 ชิ้น
ปลาหู (ขนาดกลาง)	30	1 ตัว
เนื้อปู	45	1/4 ถ้วยตวง
หอยนางรม (ขนาดกลาง)	45	5 ตัว
กุ้งชีแฮ้ (ขนาดกลาง)	45	10-15 ตัว
เต้าหู้ขาว	100	1/2 ถ้วยตวง
ปลากระป๋อง (ไม่มีน้ำมัน)	30	3 ตัวขนาดกลาง

ข. เนื้อสัตว์มีไขมันปานกลาง เนื้อสัตว์ประเภทนี้ 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 73 แคลอรี

เนื้อสัตว์ (สุก)	น้ำหนัก(กรัม)	ปริมาณ
เนื้อหมู (หัน)	30	2 ช้อนโต๊ะ
เนื้อวัวบด	30	2 ช้อนโต๊ะ
เครื่องในสัตว์	30	2 ช้อนโต๊ะ
ไข่เป็ด ไข่ไก่	50	1 ฟอง
ปีกไก่	30	1 ปีกใหญ่
เนื้อเป็ด/ไก่ติดหนัง (หัน)	30	2 ช้อนโต๊ะ

ค. เนื้อสัตว์มีไขมันมาก เนื้อสัตว์ประเภทนี้ 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 8 กรัม ให้พลังงาน 100 แคลอรี

เนื้อสัตว์ (สุก)	น้ำหนัก (กรัม)	ปริมาณ
เนื้อวัว/หมูติดมันบด	30	2 ช้อนโต๊ะ
ชีโครงหมู (เฉพาะส่วนเนื้อ-มัน)(1 1/2 นิ้ว)	30	4-5 ชิ้น
แฮมติดมัน	30	1 แผ่น
เป็ด ไก่ ห่าน	30	2 ช้อนโต๊ะ
ไส้กรอก	30	1 อัน

หมวดที่ 6 หมวดไขมัน

ไขมันในหมวดนี้ 1 ส่วน ให้ไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 45 แคลอรี

ไขมัน	น้ำหนัก (กรัม)	ปริมาณ
น้ำมันหมู	5	1 ช้อนชา
น้ำมันพืชทุกชนิด	5	1 ช้อนชา
ถั่วลิสงต้ม	10	10 เมล็ด
กะทิ, น้ำมันถั่วชนิดใส	15	2 ช้อนโต๊ะ
น้ำมันถั่วชนิดข้น	5	1 ช้อนชา

ภาคผนวก ค.

ชนิดของอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง (วลัย, 2535 : 60-61)

1. อาหารที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องงดเว้น

1.1 อาหารจำพวกน้ำตาลทุกชนิด ได้แก่ น้ำตาลทราย น้ำตาลก้อน น้ำตาลปีบ น้ำตาลผลไม้ น้ำผึ้ง

1.2 น้ำหวานต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหวานเข้มข้น น้ำอัดลม น้ำผลไม้เข้มข้น โอเลี้ยง

1.3 นมสดที่ปรุงแต่งรส เช่น นำนมรสสตอเบอรี่ กาแฟใส่น้ำตาล

1.4 ขนมหวานต่าง ๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด สังขยา ขนมหม้อแกง ขนมเค้ก

1.5 อาหารที่มีน้ำตาล เช่น นมข้นหวาน เยลลี่ ลูกกวาด ผลไม้เชื่อม

2. อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้ แต่ต้องจำกัดตามจำนวนที่กำหนดให้

2.1 ผลไม้ต่าง ๆ เช่น ส้ม มะละกอสุก สับปะรด มะม่วงสุก

2.2 ข้าวและอาหารที่ทำจากแป้งต่าง ๆ เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน บะหมี่

2.3 พืชจำพวก เผือก มันฝรั่ง ถั่ว ถูกล้นท

2.4 เครื่องดื่มจำพวกแอลกอฮอล์ ถ้าจะดื่มควรดื่มเหล้าที่ผสมอย่างเจือจาง ต้องดื่ม

ปริมาณจำกัด ไม่ดื่มขณะท้องว่าง และไม่ควรมดื่มเป็นประจำ

2.5 อาหารสำเร็จรูปสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้ไม่จำกัด

3.1 ชา กาแฟ ที่ไม่เติมน้ำตาลหรือนม

3.2 เครื่องเทศต่าง ๆ

3.3 มะนาว น้ำส้มสายชู

3.4 กระเทียม พริกไทย

3.5 ผักประเภทใบทุกชนิด

ภาคผนวก ง.
ดัชนีความหนาของร่างกาย

ดัชนีความหนาของร่างกายมีสูตรคำนวณและแปลผลดังนี้ (วิชัย, 2530 : 2; Bender & %
Brookes, 1987 cited by James, 1988 : 55-68)

สูตร ดัชนี ความหนาของร่างกาย = น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม
(ส่วนสูงเป็นเมตร)²

แปลผล

ประเภทน้ำหนักตัว	ดัชนีความหนาของร่างกาย(กก./ม ²)
น้อยกว่าปกติหรือผอม	
ระดับ 1	18.6 - 19.9
ระดับ 2	17.0 - 18.5
ระดับ 3	16.0 - 16.9
ระดับ 4	< 16.0
ปกติ	20.0 - 24.9
น้ำหนักมากกว่าปกติหรืออ้วน	
ระดับ 1	25.0 - 29.9
ระดับ 2	30.0 - 39.9
ระดับ 3	> 40.0

ตัวอย่าง ผู้ป่วยเพศหญิง ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนักตัว 60 กิโลกรัม จงหาดัชนีความ
หนาของร่างกายและแปลผล

$$\begin{aligned}
 \text{วิธีทำ ดัชนีความหนาของร่างกาย} &= \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2} \\
 &= \frac{60}{(1.6)^2} = 23.4 \text{ กก./ม.}^2
 \end{aligned}$$

∴ ผู้ป่วยรายนี้ มีดัชนีความหนาของร่างกายปกติ

ภาคผนวก จ.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- . แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- . แนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
- . แบบบันทึกอาหารประจำวัน
- . แผ่นพับต่าง ๆ

แนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1. ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อเป็นเบาหวาน
2. การเป็นเบาหวานทำให้ชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร
3. ท่านมีวิธีการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานอย่างไร (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การควบคุมความเครียด)
4. ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อทราบผลการตรวจเลือดว่าท่านมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าเดิม
5. ในความคิดเห็นของท่านให้ความหมายของคำว่า "ระดับน้ำตาลในเลือดสูง" อย่างไร
6. ท่านมีวิธีการดูแลตนเองอย่างไร เมื่อทราบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การควบคุมความเครียด)
7. ใครมีส่วนช่วยท่านในการเผชิญปัญหาและการปรับตัวกับการเป็นเบาหวาน
8. อะไรที่ทำให้ท่านปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น
9. อะไรที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของท่าน
10. ท่านต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือในเรื่องการดูแลตนเองของท่านอย่างไร และสิ่งใดที่ท่านต้องการให้ปรับปรุงเมื่อท่านไปรับบริการที่โรงพยาบาล

แบบบันทึกอาหารประจำวัน

--	--

กรณำบันทึกอาหารผลไม้ ขนม เครื่องดื่ม น้ำทุกชนิด และจำนวนที่รับประทานติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน

ตัวอย่าง

วันเวลาที่รับประทานอาหาร	ชนิดลักษณะอาหารและจำนวนที่รับประทานรวมทั้งผลไม้ ขนม เครื่องดื่ม และน้ำ	ขณะรับประทานกำลังทำอะไร	ผู้ปรุงอาหาร
22 ก.ย. 37 8.30-8.40	- โอวัลตินใส่น้ำตาล 1/2 ช้อนชา 1 แก้ว - ขนมปิ้งกรอบ 2 แผ่น	ฟังข่าววิทยุ	ตนเอง

วันเวลาที่รับประทานอาหาร	ชนิด ลักษณะอาหารและจำนวนที่รับประทานรวมทั้งผลไม้ ขนม เครื่องดื่ม และน้ำ	ขณะรับประทานกำลังทำอะไร	ผู้ปรุงอาหาร

แผ่นพับต่าง ๆ

แผ่นพับที่ใช้ในงานวิจัยนี้มี 4 เรื่อง ดังนี้ อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มี
น้ำหนักเกิน การรักษาโรคเบาหวานชนิดกิน เบาหวานกับการออกกำลังกาย และเบา
หวานกับการดูแลและการบริหารท่า

ภาคผนวก จ.

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้แนะนำตัวให้ผู้ป่วยรู้จัก บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนสิทธิของผู้ป่วยที่จะไม่เข้าร่วมในการวิจัยดังต่อไปนี้

สวัสดิ์ค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาววิลาวัลย์ ผลพลอย เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาเรื่อง "การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อพัฒนาการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยอาศัยการศึกษาความเปลี่ยนแปลงของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ก่อนและหลังเข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งคาดว่าเมื่อคุณสามารถพัฒนาการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะช่วยชลอการเกิดโรคแทรกซ้อนของเบาหวานได้ และผลการวิจัยที่ได้จะนำไปพัฒนาการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยรายอื่นๆ คุณเป็นผู้หนึ่งที่มีส่วนร่วมในการวางแผนและลงมือปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับดิฉัน และเป็นผู้กำหนด วัน เวลา ที่นัด ให้ดิฉันไปพบที่บ้านของคุณ ก่อนเข้าร่วมงานวิจัยและเมื่อสิ้นสุดงานวิจัยดิฉันจะขอเจาะเลือดคุณ 1 ซี่ง เพื่อส่งตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ซึ่งจะบอกถึงการควบคุมโรคเบาหวานของคุณที่ผ่านมาว่าได้ผลอย่างไร โดยที่คุณไม่ต้องอดอาหารหรือเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจนี้ ในระหว่างการวิจัยขอให้คุณ ช่วยเล่าถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือสิ่งที่ช่วยให้คุณปฏิบัติกรดูแลตนเองได้ดี ซึ่งดิฉันจะขออนุญาตบันทึกคำบอกเล่าของคุณด้วยการจัดบันทึก หรือด้วยเทปบันทึกเสียง หรือถ่ายภาพกิจกรรมในบางครั้ง โดยข้อมูลที่ได้นี้จะไม่มีเปิดเผยต่อสาธารณชน ในรูปแบบที่จะบอกได้ว่าเป็นข้อมูลเกี่ยวกับตัวของคุณ คุณมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมงานวิจัย หรือออกจากงานวิจัยในช่วงเวลาใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่คุณจะได้รับแต่ประการใด งานวิจัยนี้ใช้เวลาประมาณ 5 เดือน

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เข้าใจในกระบวนการศึกษาทุกขั้นตอน ยินยอมให้เจาะเลือด และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ลงชื่อ.....

ภาคผนวก ข.

แบบบันทึกสถานการณ์

วันที่ 27 กันยายน 2537 เริ่มเวลา 8.45 น. สิ้นสุดเวลา 10.55 น.

สถานที่ บ้านผู้ป่วย เป็นบ้านที่ทำด้วยเศษไม้มาติดต่อกันขนาดบ้าน 1 1/2 x 4 ม.
ยกพื้นสูงประมาณ 50 ซม.

ผู้บันทึก ผู้วิจัย

บรรยายภาพหรือผู้ร่วมในเหตุการณ์ขณะเริ่มสัมภาษณ์ ผู้ป่วยกำลังรอผู้วิจัยอยู่ที่บ้าน
มีเฉพาะผู้วิจัยและผู้ป่วย

คำที่เป็นคำหลัก (key Words)	บรรยายเหตุการณ์หรือสถานการณ์ เขียนตามคำพูด/สถานการณ์ โดยไม่มีการตีความ
ท้อแท้ จะตายก็ตายเองม ยังโง่งมก็ตายอยู่แล้ว ไม่ทำอะไรเป็นพิเศษ ไม่อยากคิด เพลีย อดเข้าก็เพลีย ต้องกินข้าวมาก ๆ กินนิดเดียวไม่ได้	ตัวอย่าง ครั้งแรกไปผ่าตัดมดลูกที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จึงตรวจพบว่า เป็นเบาหวานก็ไม่มีรู้สึกอะไร เพราะว่า ไม่อันตราย ต่อมารับรู้ว่ามี รักษา ไม่หาย และเป็นไปจนตลอดชีวิต ก็ ท้อแท้จะไม่ไปรักษา แต่ต้องไป เพราะเขานัด และน้ำตาลจะขึ้น ๆ ลง ๆ ตลอดใน ช่วงที่ผ่านมามตอนนีรู้สึกเฉย ๆ กับการที่ระดับน้ำตาลขึ้น ๆ ลง ๆ เพราะเป็นแบบนี้ประจำ ไม่ทำอะไรเป็นพิเศษเมื่อน้ำตาลขึ้นที่ น้องพ่อแม่อีกก็ไม่มีใครเป็นเบาหวาน เป็นคนเดียว ไม่อยากคิดถ้า น้ำตาลขึ้น เพราะถ้าคิดมากจะนอนไม่หลับ แล้วทำให้น้ำตาลขึ้นอีก จึงเฉย ๆ ถ้ามันจะตายก็ตายเอง เขา (แพทย์/พยาบาล/คนให้คำแนะนำ) ห้ามกินทุกอย่าง พอทำจริงๆ ก็เพลียทำงานไม่ได้ ข้าวให้กินนิดเดียว กินไม่ได้หรอก ต้องกินข้าวมาก ๆ จึงมีแรง ของอื่นที่ ชอบ ๆ ก็กินไม่ได้ พอ อดเข้าก็เพลีย เลยกินซะ เพราะ ยังโง่งมก็ตายอยู่แล้ว
แนวคิด/สมมติฐาน ของชั่วคราว	การตีความเบื้องต้น (ตามแนวคิด/หลักการ/ทฤษฎีและความเห็น ของผู้วิจัย)

แนวคิด/สมมติฐาน ชั่วคราว	การตีความเบื้องต้น (ตามแนวคิด/หลักการ/ทฤษฎีและความ เห็นของ ผู้วิจัย)
1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะท้อแท้ อ่อนเพลียและไม่สามารถ นำความรู้ที่ได้รับเรื่อง อาหารมาใช้ในชีวิต ประจำวันได้ 2. การนัดเป็นแรงสนับสนุน ให้ผู้ป่วยมีความ กำลังใจดูแลตนเอง ปัจจัยส่งเสริม - การนัดของแพทย์ อุปสรรค - ท้อแท้ - เพลีย	ตัวอย่าง (ต่อ) 1. การดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วย ปฏิบัติอยู่เช่น 1.1 การรับประทานอาหาร พบว่าผู้ป่วยไม่ สามารถนำความรู้เรื่องอาหารมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ เพราะขัดแย้งกับความเชื่อ และนิสัยการกิน เช่น "ข้าวให้กิน นิดเดียว กินไม่ได้หรอก ต้องกินข้าวมากๆ จึงมีแรง" (Orem- Ten Power) 1.2 การควบคุมความเครียด พบว่า ผู้ป่วยสามารถนำ ความรู้เรื่อง ความเครียดมาใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เช่น "ไม่ อยากคิด เพราะคิดมาก จะนอนไม่หลับแล้วทำให้น้ำตาลขึ้นอีก (Lazarus-การมุ่งแก้ปัญหา) 2. อุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วย 2.1 ความรู้สึกท้อแท้ในการรักษาให้โรคหายทำให้ผู้ป่วยขาด การสนใจเอาใจใส่ในตนเอง เช่น "เมื่อแรกเป็นเบาหวาน ก็ ไม่รู้สึกละอะไรเพราะว่าไม่อันตราย ต่อมารับรู้ว่าการรักษาไม่หาย และเป็นไปจน ตลอดชีวิต ก็ท้อแท้จะไม่ไปรักษา" และ "เลย กินซะเพราะยัง ใจมันก็ ตายอยู่แล้ว" "เลย ๆ กับการที่ระดับ น้ำตาลขึ้น ๆ ลง ๆ เพราะเป็นแบบนี้ประจำ ถ้ามันจะตายก็ตาย เอง ไม่ทำอะไรเป็นพิเศษ" (Orem-Ten P) 2.2 อ่อนเพลีย ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมทำตามคำแนะนำ เช่น "เขาห้ามกินทุกอย่าง พอทำจริงๆ ก็เพลียทำงานไม่ได้เลยกินซะ" 3. ปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเอง 3.1 การนัดตรวจของแพทย์ เป็นแหล่งสนับสนุน และให้ กำลังใจผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เช่น "ท้อแท้จะไม่ไปรักษา แต่ต้องไปเพราะ เขานัด" (Orem-ปัจจัยพื้นฐาน)

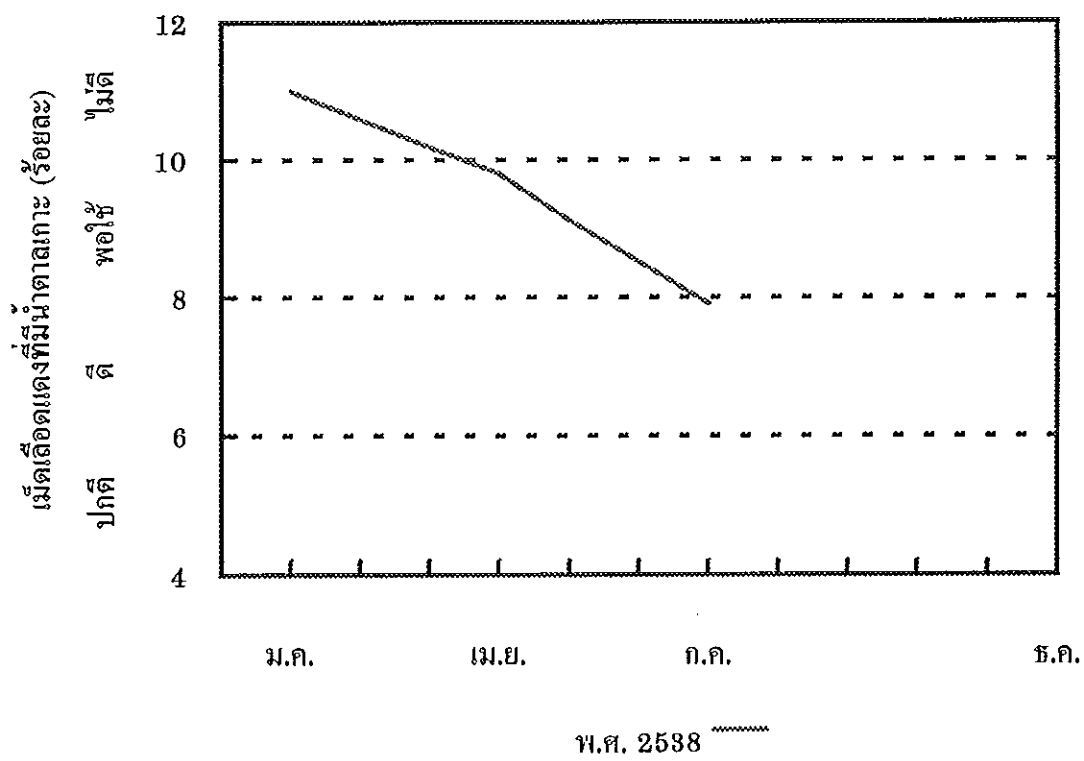
ภาคผนวก ซ.
เครื่องมือได้จากงานวิจัย

- คู่มือการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน
- แผ่นพับอาหารภาคใต้
- ปรับปรุงแผ่นพับการออกกำลังกาย และยารักษาโรคเบาหวานชนิดกิน

ภาคผนวก ก.

กราฟระดับการควบคุมโรคเบาหวานของคุณ.....

กราฟ ระดับการควบคุมโรคเบาหวานของ...



ภาคผนวก ญ.

ข้อมูลดิบ : จำนวนพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน

ลำดับที่	พลังงาน ที่ควรได้ (Kcal)	บันทึกอาหารประจำวันครั้งที่					
		1		2		3	
		พลังงาน	เกิน	พลังงาน	เกิน	พลังงาน	เกิน
1	2,028	2,900	872	2,900	872	3,100	1,072
2	1,100	2,500	1,400	1,750	650	1,660	560
3	1,430	3,260	1,830	2,600	1,170	2,000	570
4	1,320	2,800	1,480	1,900	580	1,700	380
5	1,320	2,300	780	1,500	180	1,400	80
6	1,400	2,800	1,400	2,200	800	2,000	600
7	1,800	2,100	300	2,000	200	1,800	0
8	1,440	1,750	310	1,500	60	1,600	160
9	1,320	1,750	430	1,800	480	1,600	280
10	1,200	1,600	400	1,500	300	1,400	200
11	1,320	1,900	580	1,500	180	1,400	80
12	1,100	2,750	1,650	2,500	1,400	2,400	1,300
13	1,612	2,850	1,238	2,900	1,312	2,800	1,213

ภาคผนวก ก.

การสะท้อนผลการปฏิบัติ : กรณีศึกษา

ตัวอย่าง 1 : การสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องของคุณศักดิ์ (คนที่ 1)

การควบคุมอาหาร

- กินอาหารกลางคืน ชอบกินข้าวเหนียวมะม่วง หน่อดัด
- เปลี่ยนจากขนมหวานเป็นผลไม้
- ลดน้ำตาลทราย น้ำอัดลม ขนมหวานและปริมาณข้าว
- เลือกกินแต่เนื้อแดง ไม่กินหนัง

ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง

- เริ่มออกกำลังกายในการติดตามครั้งที่ 6 เพราะมีการแข่งขันเมื่อสิ้นสุดการแข่งขันก็หยุดออกกำลังกาย
- เดินรอบบ้านติดต่อกันประมาณ

2 สัปดาห์(ติดตามครั้งที่10)

การใช้ยา

- ตรงขนาด และถูกเวลา
- คั้นน้ำต้มใบอินทนิลน้ำ
- การจัดการกับความเครียด
- ร้องเพลง สวดมนต์
- เดินหนีเมื่อมีการขัดแย้ง

อุปสรรค

- การไปงานเลี้ยงทำให้กินได้มาก
- การเห็นอาหารทำให้อยากกิน

ปัจจัยส่งเสริม

- ภรรยา/บุตรให้การสนับสนุน
- ด้านจิตใจและการเตรียมอาหาร
- การสะท้อนผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ต้องปรับปรุง

- การออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง
- การลดน้ำหนัก
- การควบคุมพลังงานที่ได้รับให้ลดลง

สะท้อนการปฏิบัติ

ปฏิบัติและสังเกต

ผู้ป่วย-แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับผู้วิจัย

- รับประทานอาหารทุกชนิดแต่ปริมาณลดลงเล็กน้อย

- ปฏิบัติตามข้อความช่วยเหลือจนจำ

- สมัครเป็นนักกีฬาเมื่อมีการแข่งขัน

ภรรยา:- เลือกซื้ออาหารเป็นแกงส้มแกงจืด และผัดผัก

- ชักชวนเดินออกกำลังกาย

บุตร: ให้กำลังใจและเตือนคำสัญญา

พยาบาล: มีสัมพันธ์ภาพที่ดี, ให้ความรู้ตามที่ต้องการ, ให้คำชมเชยกำลังใจและความมั่นใจ, เปิดโอกาสให้ผู้

ป่วยได้พูดแสดงความคิดเห็น

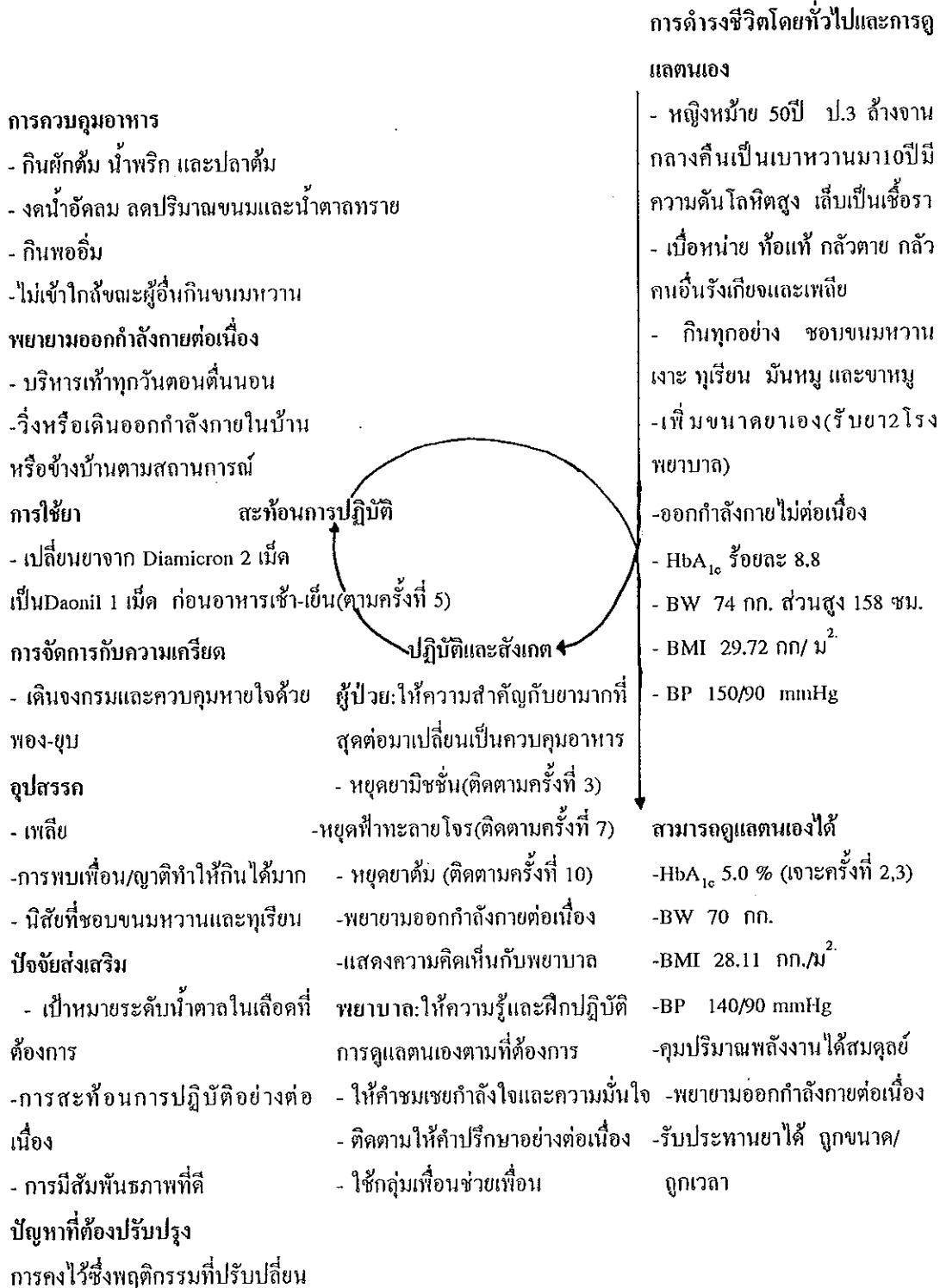
การดำรงชีวิตโดยทั่วไปและการดูแลตนเอง

- ชาย 40 ปี หัวหน้าครอบครัว
- รับราชการเป็นเบ้าหวานมา 1 ปี มีความดันโลหิตสูง และอ้วนทั้งครอบครัว
- กินทุกอย่างเต็มที่ และซื้ออาหารถุง
- รับประทานเป็นประจำ
- ไม่ออกกำลังกาย
- เพิ่มขนาดยาเอง รับประทานยาไม่ถูกวิธี และรับประทานฟ้าทะลายโจร
- กลัวบุตรเป็นเบาหวานในอนาคตเพื่อหน้าและชาที่ปลายเท้า
- HbA_{1c} ร้อยละ 11.0
- BW 105 กก. ส่วนสูง 171 ซม.
- BMI 35.95 กก./ม²
- BP 160/100 mmHg

สามารถดูแลตนเองได้

- HbA_{1c} ร้อยละ 7.9
- BW 107 กก.
- BMI 36.64 กก./ม²
- BP 140/90 mmHg.
- งดน้ำอัดลม โอเลี้ยง ลดขนมหวานและข้าว เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันน้อยๆ
- ออกกำลังกายเฉพาะเมื่อมีการแข่งขันหรือมีเพื่อน
- รับประทานยาได้ถูกต้อง
- หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีความขัดแย้ง

ตัวอย่าง 2 : การสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องของคุณเอี (คนที่ 5)



ตัวอย่าง 3 การสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องของคุณเสริม (คนที่ 13)

การควบคุมอาหาร

- กินครั้งละน้อยๆ วันละ 4-5 มื้อ
 - กินผลไม้ ชมพู ฝรั่ง
 - กินน้ำก่อนกินข้าว 1-2 แก้ว
 - ลดเค็ม และลดอาหารมันๆ
- เริ่มออกกำลังกาย(ติดตามครั้งที่ 10)

การใช้ยา

- ไม่ลืมกินยา
- ลดยาจาก Glibizide 1 1/2 เม็ด เป็น 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า-เย็น และจาก Atenol 1 เม็ด เป็น 1/2 เม็ด หลังอาหารเช้า

การจัดการกับความเครียด

- เดินหนีจากที่มีความขัดแย้ง
- พยายามทำใจให้สบายๆ ไม่คิดมาก

อุปสรรค

- อยากรู้อากิน
- การรับประทานอาหารนอกบ้าน

ปัจจัยส่งเสริม

- ภรรยาให้กำลังใจและเตรียมอาหาร
- สะท้อนผลปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ต้องปรับปรุง

- การลดน้ำหนัก
- การออกกำลังกาย
- การควบคุมปริมาณพลังงานที่ได้รับให้สมดุล

สะท้อนการปฏิบัติ

ปฏิบัติและสังเกต

ผู้ป่วย: ปฏิบัติตามข้อความช่วยเหลือ
เดือนจ้

- ลดปริมาณข้าว อาหารลดเค็ม และอาหารมันๆ
- แสดงความคิดเห็นร่วมกัน
- ภรรยา : ตักปริมาณข้าวในแต่ละมื้อ ลดลงครึ่งละครึ่งทัพพี
- ปรับเปลี่ยนรสอาหารให้อ่อนเค็ม
- อ่อนหวานและไม่มัน
- ให้กำลังใจ
- พยาบาล :- มีสัมพันธภาพที่ดี
- ให้กำลังใจและความมั่นใจ
- ให้ความรู้ตามที่ต้องการ

การดำรงชีวิตโดยทั่วไปและการดูแลตนเอง

- ชาย อายุ 52 ปี ป.4 ภารโรง
- หัวหน้าครอบครัว เป็นเบาหวานมา 3 ปี มีความดันโลหิตสูง
- กินทุกอย่าง กินข้าวมาก
- ภรรยาปรุงอาหารให้
- ไม่ออกกำลังกาย
- ใจง่าย ไม่โง่งง
- ลืมกินยา และกินไม่ถูกเวลา
- HbA_{1c} ร้อยละ 7.4
- BW 85 กก. ส่วนสูง 159.5 ซม.
- BMI 33.2 กก/ม²
- BP 150/90 mmHg

สามารถดูแลตนเองได้

- HbA_{1c} ร้อยละ 6.9
- BW 90 กก.
- BMI 35.71 กก./ม²
- BP 140/90 mmHg
- แบ่งอาหารเป็นมื้อย่อยๆ น้อยๆ
- เริ่มเดินออกกำลังกาย
- รับประทานได้ถูกต้อง
- หลีกเลียงจากสถานการณ์ที่มี ความขัดแย้ง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาววิลาวัล ผลิตลอย

วัน เดือน ปี เกิด 19 กันยายน 2504

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัย และผดุงครรภ์	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์	2525
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2532
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2535

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพระดับ 6

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000

โทรศัพท์ที่ทำงาน 076-211114 ที่บ้าน 076-213145