

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ เพศ ระบบครอบครัว ความต้องการรับรู้ข้อมูลและข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

- 1) มโนทัศน์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
 - 1.1 ความหมายและพยาธิสรีรวิทยา
 - 1.2 เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและสาเหตุ
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน
 - 1.4 อันตรายต่อสุขภาพของโรคเบาหวาน
- 2) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอ เร็ม
- 3) การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
- 4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานที่เลือกมาศึกษากับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

1. มโนทัศน์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1.1 ความหมายและพยาธิสรีรวิทยา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะเบต้าเซลล์ในตับอ่อนทำให้ไม่สามารถหลั่งอินซูลินได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรืออินซูลินที่ร่างกายสร้างขึ้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีผลกระทบต่อ Metabolism ของคาร์โบไฮเดรต โดยเกิดความผิดปกติของการส่งผ่านกลูโคสในกระแสเลือด (Serum glucose) ซ้ำผนังเซลล์เพื่อให้เซลล์นำไปใช้เป็นพลังงานหรือการเปลี่ยนกลูโคสเป็น ไกลโคเจนและไขมัน ทำให้มีการดั่งน้ำและอิเล็กโตรไลต์ออกจากเซลล์และถูกขับออกผ่านไตเป็นปัสสาวะมากขึ้น จึงเป็นสาเหตุเกิดภาวะขาดน้ำและเสียอิเล็กโตรไลต์ เมื่อสูญเสียน้ำมาก จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกระหายน้ำ

จากการที่กลูโคสไม่สามารถเข้าเซลล์ได้ทำให้เกิดภาวะขาดอาหารจึงทำให้มีการสลายไขมันและโปรตีนเพื่อใช้พลังงานจึงเกิดคีโตนบอดี้ ซึ่งเป็นกรดที่เกิดจากขบวนการเมตาบอลิซึมของไขมันที่สะสมมากขึ้นในกระแสเลือดและถูกขับออกทางปัสสาวะ การที่กลูโคสนำไปใช้เป็นพลังงานแก่ร่างกายน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียและหิวบ่อย จึงทำให้กินจุ

1.2 เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) เป็นเบาหวานที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ มักไม่ต้องการอินซูลินเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากในบางภาวะเท่านั้น สามารถรักษาได้โดยการควบคุมอาหารอย่างเดียวหรือร่วมกับการรับประทานยา ส่วนใหญ่มักพบในผู้มีอายุเกิน 40 ปีและอ้วน มักไม่เกิดคีโตนเอซิโดซิส (Ketoacidosis) นอกจากในบางภาวะ เช่น มีการติดเชื้อ (แสงอรุณ, มปป.)

สาเหตุของโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (NIDDM)

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม พบอุบัติการณ์สูงที่สุดใน Monozygotic twin ที่เป็นโรค นอกจากนี้ความชุกของเบาหวานในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ยังแตกต่างกันมาก

2. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม

2.1 โภชนาการ

โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพราะโรคอ้วนมีผลต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้การขนถ่ายกลูโคสเข้าเซลล์ลดลง (receptor defect) หรือขัดขวางของกลูโคสภายในเซลล์ (postreceptor defect) ในบางกรณีการดื้ออินซูลินเกิดจากจำนวนหน่วยรับอินซูลิน (insulin receptor) ที่ Target cell ลดลง

ได้มีผู้เสนอว่าการรับประทาน คาร์โบไฮเดรตบริสุทธิ์ (refined carbohydrate) มากหรือรับประทานอาหารได้น้อยอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แต่อย่างไรก็ตามยังขาดข้อมูลที่ยืนยันอย่างชัดเจน (วลัย, 2528)

2.2 การออกกำลังกาย ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

2.3 สาเหตุอื่น ๆ เช่นความเครียด (สาธาณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์, 2531)

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานที่สำคัญดังนี้

- 1) ปัสสาวะบ่อยและมาก
- 2) กระหายน้ำมาก และหิวบ่อย
- 3) น้ำหนักลด อ่อนเพลียมาก
- 4) กิ่งงตั้งแต่ข้อมลง
- 5) เป็นแผลหรือฝีง่ายและรักษาหายยาก
- 6) คันผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
- 7) บาดเจ็บตามกล้ามเนื้อ ชาตามมือและเท้า หมดความรู้สึกทางเพศ
- 8) ตามัว พร่า
- 9) บุตรมีน้ำหนักเกิน 4,000 กรัม

1.4 อันตรายต่อสุขภาพของโรคเบาหวาน

1.4.1 ปัญหาการติดเชื้อ เกิดขึ้นเนื่องจากการสะสมกลูโคสที่ผิวหนังเป็นสาเหตุให้เชื้อโรคเจริญได้ดี

1) การติดเชื้อบริเวณผิวหนังของผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการรักษาทันทีมิฉะนั้นจะลุกลามรวดเร็วจนเป็นฝีฝักบัว จนกระทั่งเกิดเนื้อตาย

2) การติดเชื้อระบบหายใจ พบการเกิดโรคสูงกว่าที่เกิดขึ้นในคนปกติ และพบในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานขณะที่อายุยังน้อย แต่มักไม่มีอาการรุนแรง แต่ถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการเมื่อร่างกายอ่อนแอลงหรือควบคุมโรคไม่ได้ โรคจะลุกลามอย่างรวดเร็วทำให้อาการรุนแรง

3) การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า การอักเสบเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ทางเดินปัสสาวะซึ่งอยู่ล่างสุดไปยังกระเพาะปัสสาวะ ท่อไตและไต บางครั้งพบว่า มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะโดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการอะไรเลย แต่ถึงระยะหนึ่งร่างกายไม่แข็งแรงหรือควบคุมเบาหวานไม่ได้ ก็แสดงอาการรุนแรงทันที (สุเมธทา, 2529)

1.4.2 ความผิดปกติของหลอดเลือด

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็งได้เร็วกว่าปกติ

การเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น 2 ชนิดคือการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก

1) การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macroangiopathy) ผู้ป่วยเบาหวานจะมีการเสื่อมของหลอดเลือดขนาดใหญ่ได้เร็วกว่าปกติ ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดส่วนปลาย

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดใหญ่ในผู้ป่วยเบาหวานเกิดขึ้นเช่นเดียวกับโรคหลอดเลือดแข็งชนิด arteriosclerosis ในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน แต่เกิดได้เร็วกว่า รุนแรงกว่า กระบวนการเกิดเริ่มมีการทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือด ทำให้เกร็ดเลือดรวมตัวกันได้เร็วขึ้น การที่มีองค์ประกอบที่ 8 ในการแข็งตัวของเลือด (Von Willebrand) ในพลาสมาสูงขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิด arteriosclerosis ได้มากขึ้น เมื่อมีการรวมตัวของเกร็ดเลือดอย่างถาวร จะปล่อยสารภายในเซลล์ออกสู่กระแสเลือดกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดหนาขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้เกิด arteriosclerosis พบว่าที่ผนังของหลอดเลือดมี cholesterol และสาร cholesterol ester เกาะอยู่ทำให้เกิด arteriosclerosis ได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดใหญ่มีดังนี้

1.1 ความผิดปกติของหลอดเลือดเลี้ยงสมองและหลอดเลือดหัวใจ เช่นหลอดเลือดในสมองแตก หลอดเลือดหัวใจอุดตัน พบโรคนี้ได้ใหญ่คนสูงอายุ น้อยกว่าคนที่มึ้น้ำตาลในเลือดปกติ ผู้ป่วยมักมีไขมันในเลือดสูงหรือความดันในเลือดสูงร่วมด้วย

1.2 ความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลาย จะมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดใหญ่ ซึ่งต่างจากโรคหลอดเลือดส่วนปลายในคนที่ไม่เป็นเบาหวาน คือในคนที่ไม่เป็นเบาหวานการอุดตันหลอดเลือดมักเกิดเพียงหลอดเลือดเดียวและเป็นทีช้าข้างเดียว ส่วนผู้ป่วยเบาหวานการอุดตันของหลอดเลือดมักเป็น 2 ข้างเกิดกับหลอดเลือดหลาย ๆ

เส้นรวมกัน มีการเปลี่ยนแปลงของผนังทั้งส่วนต้นและส่วนปลาย ทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอ ในที่สุดเนื้อเยื่อบริเวณนั้นตาย

2) การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microangiopathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดระดับหลอดเลือดฝอยทั่วร่างกายกลไกการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่นอน แต่พบว่าเนื้อเยื่อบริเวณพื้นฐานของหลอดเลือดฝอยเพิ่มขึ้นร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและเม็ดเลือด ได้แก่ มีการขยายตัวของหลอดเลือดดำ หลอดเลือดแดงเล็ก ๆ แข็งตัว เม็ดเลือดแดงมีการจับกลุ่มกันมากกว่าปกติ ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

การเปลี่ยนแปลงมีของหลอดเลือดขนาดเล็กมีดังนี้

2.1 ความผิดปกติของจอตาในผู้ป่วยเบาหวาน (diabetic retinopathy) การเปลี่ยนแปลงของจอตาเป็นผลจากความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดเล็ก มีหลอดเลือดฝอยพอง เลือดออกที่จอตา และจอตาขาดเลือดไปเลี้ยง

2.2 ความผิดปกติของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ไตเป็นอวัยวะที่ได้รับผลกระทบจากความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดเล็ก ความผิดปกติเกิดจากการที่มีภาวะ glomerulosclerosis โดยมีเนื้อเยื่อบริเวณฐานของหลอดเลือดที่ glomerulus หนาตัวขึ้นและรวมตัวเป็นก้อน หลอดเลือดฝอยมีขนาดแคบลง เลือดผ่านไปได้น้อยในระยะสุดท้ายเกิดไตวาย (ศรีนวล, 2532)

1.4.3 ความผิดปกติทางระบบประสาท

ความผิดปกติของระบบประสาทในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

1) ความผิดปกติของประสาทส่วนปลาย

1.1 ความผิดปกติของประสาทส่วนปลายชนิด โพลีนิวโรพาที เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของประสาทรับความรู้สึกมากกว่าประสาทสั่งการจะมีอาการผิดปกติบริเวณปลายเท้าและขามากกว่ามือและแขน อาการนี้พบทั้งการเพิ่มและลดความรู้สึกสัมผัส ในอวัยวะส่วนต่าง ๆ ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิทำให้เกิดบาดแผลใหม่ได้

การลดระดับความรู้สึกของอวัยวะส่วนปลาย อาจมีอาการชา รู้สึกหนัก ๆ ลักษณะชาหรือเสี่ยความรู้สึกจึงเป็นที่บริเวณปลายมือปลายเท้า

การเพิ่มความสามารถในการรับความรู้สึก จะรู้สึกปวดแสบปวดร้อน
รู้สึกเหมือนถูกหนามแทง อาการปวดชาจะเป็นมากโดยเฉพาะในเวลากลางคืน ถ้าได้เดิน
อาการจะทุเลาลง ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทนต่อการสัมผัสได้

ความผิดปกติของประสาทส่วนปลายนี้ จะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้
ง่ายขึ้น มือและเท้าไม่สามารถรับรู้อุณหภูมิได้ ทำให้เกิดบาดแผลไหม้ เนื้อ
เยื่อถูกทำลายไปมากก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บ

1.2 ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายชนิดโมโนนิวโรพาที
เป็นความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายเพียงเส้นเดียวจะมีอาการปวดกล้ามเนื้อมาก มี
อาการอ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต

1.3 กล้ามเนื้อลีบ (diabetic amyotrophy) กลุ่มอาการนี้
ทำให้ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพ พบมากในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ระยะแรกเริ่มด้วยอาการอ่อน
แรง และเจ็บปวดกล้ามเนื้อ

2) ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดความผิดปกติ
ของอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด มักพบมีความผิดปกติ
3 ประการคือ

1) ความดันเลือดลดลงเมื่อเปลี่ยนท่า (Postural
Hypotension) จะมีอาการหน้ามืดเป็นลม ปวดศีรษะ มึนงงบ่อย ๆ ขณะขึ้นหรือเวลาเปลี่ยน
จากท่านอนเป็นนั่งหรือยืน ความดันเลือดลดลงประมาณ 30/20 mmHg.

2) ความผิดปกติอัตราการเต้นหัวใจและการเปลี่ยนแปลง
ของอัตราการเต้นหัวใจต่อการเปลี่ยนท่า

3) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยปราศจากความเจ็บปวด
เกิดจากประสาทอัตโนมัติที่หัวใจถูกทำลาย

2.2 มีเหงื่อออกและวาโซมอเตอร์ผิดปกติ จะมีเหงื่อออกมากผิดปกติ
เนื่องจากการเสียของใยประสาทที่เลี้ยงต่อมเหงื่อ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออากาศร้อนได้

2.3 ความผิดปกติของกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการแสบร้อนในอก กลืนอาหารลำบาก การขยายตัวของกระเพาะอาหาร การหดตัวของกระเพาะอาหารลดลง กล้ามเนื้อส่วนล่างของกระเพาะอาหารเสียกำลังการหดตัว และอาหารค้างอยู่ในกระเพาะอาหารนาน จะทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกอึดอยู่ตลอดเวลาหลังอาหาร

2.4 ความผิดปกติในระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์

1) ผู้ป่วยมักถ่ายปัสสาวะไม่หมด มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ และมักมีอาการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะร่วมด้วย

2) อวัยวะเพศไม่แข็งตัว แต่ยังมีความรู้สึกทางเพศอยู่ อสุจิไหลย้อนขึ้นจากท่อปัสสาวะเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้ (ศรีนวล, 2532)

1.4.4 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

1) ภาวะแทรกซ้อนที่ตา

1.1 การเปลี่ยนแปลงที่แก้วตา (Lens) ทำให้เกิดต้อกระจก ผู้ป่วยจะมีอาการตามัวแต่มองเห็นดีในที่มืด เนื่องจากการบวมของแก้วตาจนถึงขั้นต้อกระจกสุก

1.2 ความผิดปกติของม่านตา เนื่องจากมีเส้นเลือดใหม่ที่ม่านตา และเกิดเป็นเนื้อเยื่อที่เกิดจากเส้นใยของหลอดเลือดฝอยบนผิวหน้าของม่านตา และมุมช่องหน้าม่านตา ทำให้เลือดออกในช่องหน้าลูกตาและเกิดต้อหิน

1.3 การเปลี่ยนแปลงของสายตา ผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงจะมีสายตาสั้นและมัว

1.4 การเคลื่อนไหวของลูกตาผิดปกติ เกิดจากปัญหาทางระบบประสาทส่วนใหญ่ เกิดจากประสาทสมองที่สามเลี้ยงส่วนนอกของลูกตา ผู้ป่วยจะมองภาพเป็นสองภาพ ปวดตา (ศรีนวล, 2532)

2) ภาวะกรดจากการสลายไขมัน เกิดจากภาวะที่ร่างกายขาดอินซูลิน เป็นเหตุให้มีการสลายตัวของไขมันเนื้อสร้างพลังงาน เกิดการคั่งของสารคีโตนจนก่อให้เกิดภาวะกรดจากการเผาผลาญ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

3) ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงเกิดจากร่างกายสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ จนทำให้ผู้ป่วยหมดสติ

4) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg% หรือน้ำตาลในเลือดเท่ากับหรือต่ำกว่า 40 mg% พบบ่อยในผู้ป่วยที่รักษาด้วยอินซูลิน หรือการได้รับยาเกินขนาด แล้วรับประทานอาหารหรือออกกำลังกายไม่เหมาะสมกับปริมาณยาที่ได้รับ การลดอาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อยจะมีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น เวียนศีรษะ เป็นมากขั้นอาจเป็นลมหมดสติ (วรวิณี, 2530)

5) ภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด คือ อาการหมดสติ ขาดน้ำตาลและเลือดขึ้น มักมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่นมีไข้ ขาดน้ำ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงและเลือดข้น ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการ ทึบ ผิวแห้ง ปวดหลัง บางรายหมดสติ และโคม่า ภาวะนี้จะพบว่าน้ำตาลในเลือดสูงมาก ความเข้มข้นของเลือดสูงมาก (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2532)

2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ความหมายของการดูแลตนเอง

โดยทั่วไปบุคคลมักคิดว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลแต่ละคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย เพื่อดำรงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีความเป็นอยู่อันดี สามารถป้องกันตัวเองจากโรคภัยไข้เจ็บ และป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บทั้งปวง

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน (สมจิต, 2534)

การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนของการปฏิบัติที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้ มี 2 ระยะคือ (Orem, 1980 : 47-50)

ระยะที่ 1 การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Decision about self-care)

ต้องเหมาะสมที่จะปฏิบัติได้ในสภาพการณ์จริง การตัดสินใจที่แม่นยำจึงต้องมีความรู้มาก่อนว่าอะไรจะเกิดขึ้นเพื่อตัดสินใจจะดูแลตนเอง โดยตัดสินใจว่าสิ่งใดควรปฏิบัติหรือควรหลีกเลี่ยง ควร

ระมัดระวังถึงความเป็นจริงที่จะเกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมก่อนที่จะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ

ระยะที่ 2 การกระทำเพื่อผลของการดูแลตนเอง (Action to accomplish self-care) เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ภายหลังจากที่ตัดสินใจแล้วควรปฏิบัติอะไรบ้าง และมีสิ่งใดที่ควรหลีกเลี่ยงแล้วนำข้อเลือกเหล่านี้มากำหนดเป้าหมายของระยะที่ 2 และปฏิบัติตามที่ได้กำหนดไว้ ในการดูแลตนเองนี้บุคคลจะต้องตั้งคำถามว่าตนเองจะดำเนินการอย่างไร จะกระทำอย่างไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ต้องการกระทำนานเท่าใด เมื่อต้องการความช่วยเหลือจะหาได้จากใครบ้าง อันเป็นการช่วยให้การดูแลตนเองไปสู่ผลสำเร็จได้

จากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ได้พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) มีโครงสร้างที่สำคัญ 3 ระดับคือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self care operations) ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1.1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Components : enabling capabilities for self care) โอเร็ม (Orem, 1986 อ้างตาม สมจิต, 2534) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำ

ของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป หลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่

สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง

6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7. มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

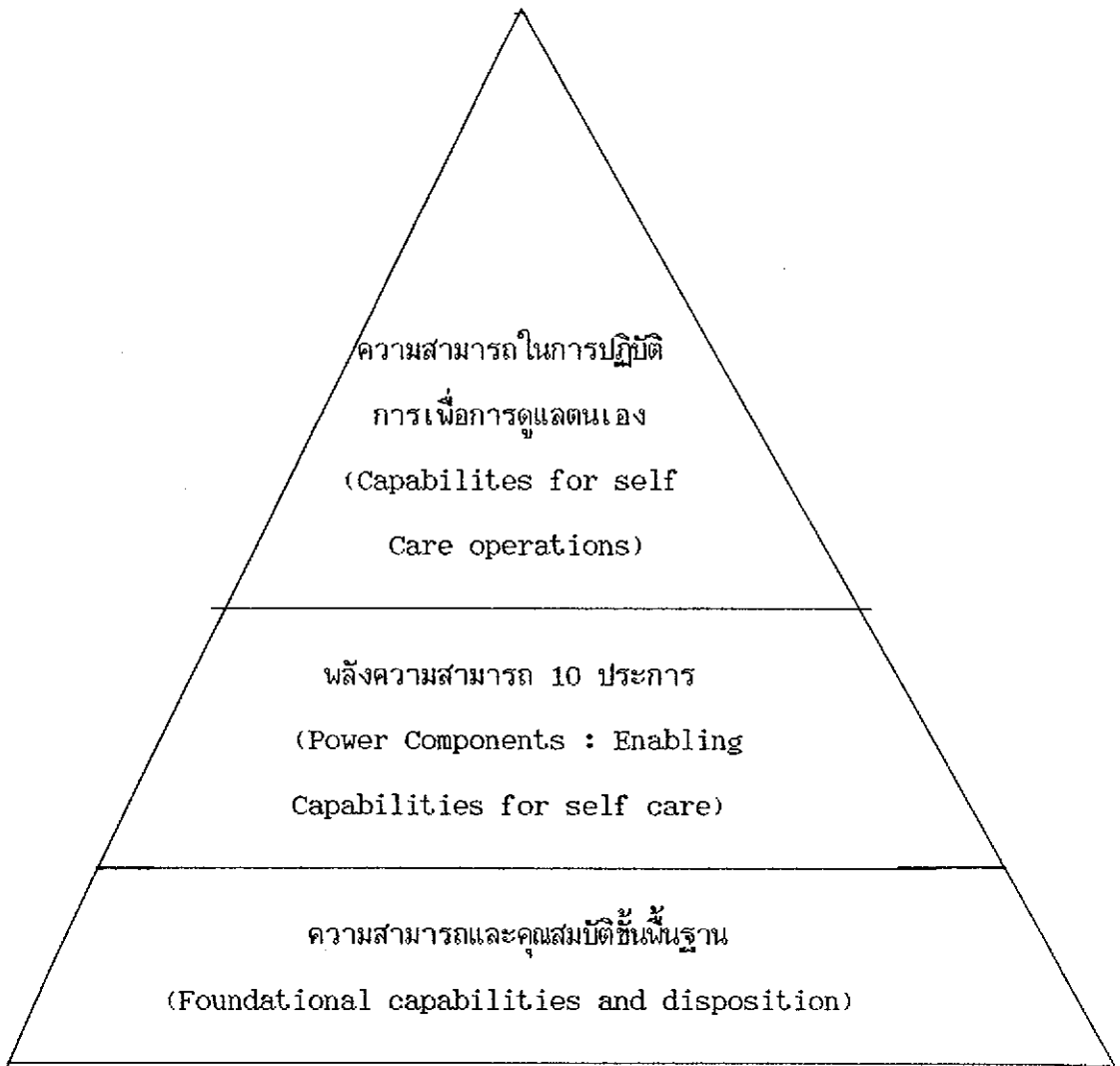
9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่ว ๆ ไปซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

- 3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่านเขียน การหาเหตุผลและการใช้เหตุผล
- 3.2 หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส
- 3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
- 3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง
- 3.5 นิสัยประจำตัว
- 3.6 ความตั้งใจ
- 3.7 ความเข้าใจในตนเอง
- 3.8 ความหวังใยในตนเอง
- 3.9 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 3.10 การยอมรับตนเอง
- 3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

แกส เดนิส แคมเบลและคณะ (Gast, Denyes Campbell et al., 1989 อ้างตาม สมจิต, 2534) ได้วิเคราะห์มิติของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานในระดับที่สูงขึ้นไปดังแสดงในรูปที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง
จากการดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์ (สมจิต, 2534)

3. การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลจึงมุ่งที่จะลดหรือชะลอการเกิดปัญหาแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยทั่วไปจะถือว่าโรคเบาหวานควบคุมได้เมื่อผู้ป่วย มีภาวะดังนี้คือ

1. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าปกติ
2. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร เข้า 2 ชั่วโมง ไม่สูงกว่า 180 mg% และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารกลางวัน 2 ชั่วโมง ไม่สูงกว่า 200 mg%
3. ตรวจปัสสาวะก่อนอาหารเข้าและเย็นไม่พบน้ำตาลและสารคีโตน
4. มีปริมาณน้ำตาลในปัสสาวะตลอด 24 ชั่วโมง น้อยกว่า 5 กรัม
5. น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ในการควบคุมโรคมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรดูแลตนเองเพื่อการควบคุมโรคดังนี้ (สมจิต, 2526)

1. การควบคุมอาหาร

อาหารมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมาก การควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงมาก เป็นการช่วยลดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดจากโรคเบาหวาน การควบคุมโรคเบาหวานจึงเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคเบาหวาน และจำเป็นต้องทำตลอดเวลา เพราะถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการกินยาแล้วก็ตาม

การควบคุมอาหารมีจุดมุ่งหมายดังนี้

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับระดับปกติ
2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ได้รับสารอาหารต่าง ๆ เช่น คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามินและเกลือแร่ เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
3. เพื่อรักษาไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

4. เพื่อลดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น อาการหมดสติเนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ การมีภาวะไขมันในเลือดสูง
5. เพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็น
6. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสุขภาพแข็งแรง

ความต้องการสารอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องได้รับสารอาหารต่าง ๆ เช่นเดียวกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน แต่อาจต้องมีการดัดแปลงอาหารบ้าง เพื่อให้เหมาะสมกับโรคและสภาพของผู้ป่วย ดังเห็นความต้องการสารอาหาร และพลังงานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงควรเป็นไปตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง และช่วยลดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคเบาหวาน

1. ความต้องการของพลังงาน ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับแต่ละวัน มีความสำคัญต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยมาก การที่ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้น ขึ้นอยู่กับปริมาณพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายได้รับจากคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน ถ้าพลังงานที่ได้รับจากอาหารสูงกว่าความต้องการของร่างกาย ระดับน้ำตาลในเลือดก็จะสูง ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคเบาหวานคือ ควบคุมพลังงานในอาหารให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ทั้งยังเป็นการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็นด้วย

2. ความต้องการคาร์โบไฮเดรต ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งชนิดพึ่งอินซูลินและไม่พึ่งอินซูลิน สามารถทนต่อการได้รับอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงได้ดี ถ้าคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับมาจากข้าวแป้ง และพลังงานที่ได้รับจากอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย การจำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรตอย่างเข้มงวดมักมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไขมันเพิ่มขึ้น เมื่อได้รับไขมันมากจึงเกิดโรคอ้วน ไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด สมาคมโรคเบาหวานของสหรัฐอเมริกาจึง

เสนอแนะให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานกินคาร์โบไฮเดรตได้มากขึ้นเป็น 45-55 เปอร์เซ็นต์ ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด

3. ความต้องการไขมัน การกินอาหารที่มีไขมันสูงทำให้เกิดโรคอ้วนและมี Triglyceride ในเลือดสูง ถ้าไขมันที่ได้รับเป็นไขมันที่ได้จากสัตว์ ทำให้ระดับ Cholesterol ในเลือดสูงขึ้นด้วย การมีระดับ Cholesterol และ Triglyceride ในเลือดสูง เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงควรกินไขมันให้น้อยลง ไม่ควรเกิน 25-35% ของปริมาณพลังงานทั้งหมด

4. ความต้องการโปรตีน ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับโปรตีน 12-24 เปอร์เซ็นต์ หรือประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัมของร่างกาย

5. ความต้องการวิตามินและเกลือแร่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่กินอาหารได้ปกติมักจะได้อาหารวิตามินและเกลือแร่เพียงพอ เกลือแร่ที่พบว่าขาดบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ โปแตสเซียม ซึ่งจำเป็นในการเสริมสร้างร่างกายทำให้กล้ามเนื้อทำงานได้ดี ซึ่งอาจอยู่ในรูปของอาหารหรือยาก็ได้

นอกจากสารอาหารต่าง ๆ ดังกล่าว ผู้ป่วยเบาหวานยังควรได้รับอาหารประเภทที่เป็นใยอาหารมีประโยชน์ต่อการควบคุมโรคเบาหวาน โดยใยอาหาร ซึ่งเป็นส่วนของพืชนั้น ช่วยให้การดูดซึ่มกลูโคสจากลำไส้ลดลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารไม่สูง นอกจากนี้ใยพืชยังช่วยให้ระดับ Triglyceride ในเลือดต่ำลง เนื่องจากช่วยชะลอการดูดซึมไขมันจากลำไส้ จึงควรให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง ใยอาหารนี้มีในพืชผักทุกชนิด (วลัย, 2528)

การกำหนดอาหารให้ผู้ป่วย ควรเป็นไปตามความต้องการของร่างกายผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งผู้กำหนดอาหารให้ผู้ป่วยควรทราบสิ่งต่อไปนี้

1. น้ำหนัก และส่วนสูงของผู้ป่วย โดยการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง
2. ประเมินน้ำหนักตัวที่ควรเป็น โดยคำนวณหาดัชนีน้ความหนาของร่างกาย (Body mass index) ดังนี้

น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม

(ส่วนสูงเป็นเมตร)²

ค่าปกติในเพศชาย คือ 20-27 กิโลกรัม/ม²

ค่าปกติในเพศหญิง คือ 20-24 กิโลกรัม/ม²

ถ้าน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ก็จัดว่าผอม และถ้าหนักมากกว่าเกณฑ์ก็จัดว่าอ้วน

3. คำนวณหาปริมาณแคลอรีที่ผู้ป่วยควรได้รับใน 1 วัน

น้ำหนักที่เป็นจริงเทียบกับ น้ำหนักที่ควรเป็น	พลังงานที่ใช้ในการทำงาน			
	ทำงานหนัก	ทำงานปานกลาง	ทำงานเบา	นอนเฉย ๆ
	แคลอรี/กก./วัน	แคลอรี/กก./วัน	แคลอรี/กก./วัน	แคลอรี/กก./วัน
- BMI ที่ควรจะเป็นที่ < 20 กก./ม ²	45-50	40	85	20-25
- BMI ปกติ	40	35	30	15-20
- BMI ที่ควรจะเป็น > 24 กก./ม ² ใน เพศหญิง	35	30	15-20	15
> 27 กก./ม ² ใน เพศชาย				

อาหารที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรควบคุม

1. อาหารที่ต้องงด ได้แก่

- น้ำตาลทุกชนิด น้ำผึ้ง เมล็ดหวาน
- ขนมต่าง ๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา ขนมหม้อแกง เค้ก คุกกี้ ไอศกรีม ฯลฯ
- ขนมเชื่อมต่าง ๆ เช่น กล้วยเชื่อม มันเชื่อม
- ขนมน้ำเชื่อม ขนมกะทิ ผลไม้กระป๋อง ผลไม้แช่อิ่ม ผลไม้แห้ง ผลไม้กวนต่าง ๆ
- น้ำหวานต่าง ๆ น้ำอัดลม น้ำผลไม้ผสมน้ำตาล และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลต่าง ๆ เช่น ชา กาแฟ
- เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ผลไม้ที่มีรสหวานมาก เช่น ทุเรียน องุ่น ลำไย ขนุน ละมุด อ้อย

2. อาหารที่ต้องจำกัด

- ผลไม้ต่าง ๆ เช่น ส้ม เงาะ สับปะรด กล้วย
- อาหารสำเร็จรูป หรืออาหารพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น น้ำตาลจากผลไม้ ขนมปังหวานอื่น ๆ ผู้ป่วยเบาหวานไม่จำเป็นต้องได้รับและถ้ากินก็ต้องจำกัดปริมาณการกินเช่นเดียวกับอาหารจำพวกแป้ง และน้ำตาลชนิดอื่น ๆ ด้วย
- ธัญพืชและผลิตภัณฑ์จากธัญพืชต่าง ๆ ควรกินแต่พอควรตามจำนวนที่กำหนดได้แก่ ข้าว ขนมจีน บะหมี่ มะกะโรนี
- พืชที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น เผือก มัน ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ

3. อาหารที่รับประทานได้ ไม่จำกัด

- ผักทุกชนิด ยกเว้น ผักประเภทหัว ที่มีแป้งมาก จำพวก มัน เผือก ฯลฯ เช่น ผักบุ้ง ผักกาดหอม ผักตั้งโอ้ ผักกาดเขียว ผักคะน้า ห่อหมก ผักโขม ถั่วพู มะเขือยาว ฯลฯ
- อาหารโปรตีนประเภท เนื้อสัตว์ เช่น ไก่ ไข่ ปลา กุ้ง เนื้อ หมู และโปรตีนจากพืช เช่น ถั่ว เต้าหู้ เป็นต้น

การกำหนดมื้ออาหาร

ในการกำหนดมื้ออาหารของผู้ป่วยขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ โดยทั่วไปอาหารแต่ละมื้อที่ให้ผู้ป่วยกินอยู่ในเกณฑ์ 20-40 แคลอรีขึ้นของจำนวนพลังงานทั้งหมด ส่วนอาหารว่างจะอยู่ระหว่าง 10-15 แคลอรีขึ้นของจำนวนพลังงานทั้งหมด ซึ่งการกำหนดจำนวนมื้ออาหารจะแตกต่างกันไปเป็นรายบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับ ชนิดของยาที่ใช้ การใช้พลังงาน อาชีพ แบบแผนการบริโภค (วลัย, 2528)

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นปัจจัยหนึ่งในการรักษาโรคเบาหวาน กล้ามเนื้อที่มีการออกกำลังกายสามารถใช้กลูโคสได้ดีขึ้น และช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ทั้งคนปกติและผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (วลัย, 2528 อ้างตาม นิรมล และคณะ, 2534)

คนปกติ เมื่อออกกำลังกายมาก ๆ ตับจะสลายไกลโคเจนเป็นกลูโคสเพื่อใช้เป็นพลังงานขณะเดียวกันร่างกายก็มีอินซูลินเพียงพอที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลงมาก แต่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การออกกำลังกายมาก ๆ ทำให้ระดับน้ำตาลต่ำลงมาก อาจถึงขั้นหมดสติได้

ดังนั้นการออกกำลังกายที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การออกกำลังกายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคเบาหวานให้ช้าลง แต่การออกกำลังกายมากเกินไปก็อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบแข็ง การออกกำลังกายจึงควรทำแต่พอควร และทำสม่ำเสมอผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 45 ปี ควรได้รับการตรวจสมรรถภาพทางร่างกายก่อนว่า สามารถออกกำลังกายได้มากน้อยเพียงใด และควรออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หักโหม

3. การใช้ยาในการรักษา

การใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและไม่หายขาด การใช้ยารักษา ยาจะออกฤทธิ์กระตุ้นให้เซลล์ของตับอ่อนหลั่งอินซูลินเพิ่มมากขึ้น ทำให้กลูโคสเข้าสู่เซลล์

ของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทำให้กลูโคสเข้าสู่ของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหลักสำคัญของการใช้ยา เพื่อเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นจากโรคเบาหวานให้กลับสู่สภาพปกติ การปฏิบัติการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีดังนี้

1. ต้องใช้ยาเป็นประจำ ทุกวันตามที่แพทย์กำหนด ไม่ปรับขนาดหรือเวลาและหยุดยาเอง
2. ทราบเวลาที่จะเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ จากผลของยาที่ใช้
3. สังเกตและคอยป้องกัน อาการผิดปกติจากยา โดยเฉพาะอาการหน้ามืด ใจสั่น และเป็นลม
4. ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำตาลติดตัวไว้รับประทานเมื่อมีอาการผิดปกติ
5. ระมัดระวังการใช้ยาอื่น ๆ ร่วมกับการรับประทานยาเบาหวาน เพราะอาจเกิดปฏิกิริยา ระหว่างยาดังกล่าวควรปรึกษาแพทย์รักษาเบาหวานก่อนใช้ยาอื่นทุกครั้ง ไม่ควรดื่มสุราหรือเบียร์ร่วมกับยา มีดรับประทาน (ชวีชัย, 2531)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ในการใช้ยารักษาโรคเบาหวานนั้น ผู้ป่วยต้องมีความรับผิดชอบ ในการดูแลตนเอง โดยเห็นถึงประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้

4. การดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกายโดยทั่วไป (สมจิต, 2530)

การดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิต้านทานโรคต่ำกว่าปกติ ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น เชื้อราตามซอกอับต่าง ๆ ในภาวะที่การควบคุมโรคไม่ดี ปัญหาที่จะเกิดได้ง่าย เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยจะต้องดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึง เวลาอาบน้ำ ควรทำความสะอาดบริเวณซอกอับ เช่น รักแร้ ใต้ราวนม ซากหนอก อวัยวะสืบพันธุ์เป็นพิเศษ และรักษาบริเวณเหล่านี้ให้แห้งอยู่เสมอ ถ้าเป็นอวัยวะที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษอีกส่วนหนึ่ง เพราะเป็นส่วนที่เกิดแผลได้ง่าย ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการมีเลือดมาเลี้ยงขาและเท้า น้อยลงจากความผิดปกติของหลอดเลือด มีการเสื่อมของระบบประสาททำให้ความรู้สึกเจ็บปวด

ลดลงหรือช้า จึงขาดความระมัดระวังและการดูแลรักษาความสะอาดของเท้าไม่เพียงพอ จึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ข้อแนะนำในการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีดังต่อไปนี้คือ

1. เวลาอาบน้ำควรทำความสะอาดเท้าและซอกนิ้วเท้าด้วยสบู่ ล้างแล้วซับให้แห้ง พร้อมทั้งตรวจดูส่วนต่าง ๆ ของเท้าอย่างละเอียดทุกวัน
2. ตัดเล็บเท้าตรง ๆ และให้สั้น ห้ามฉีกหรือขูด
3. สวมรองเท้าทุกครั้ง เวลาออกนอกบ้าน รองเท้าควรพอดี ไม่คับเกินไป และมีการระบายอากาศเพียงพอ
4. เมื่อรู้สึกว้าวเท้าชา ไม่ควรวางเท้าไปน้ำร้อนหรือขวดน้ำร้อน เพราะอาจเกิดการไหม้ของได้
5. หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง เพราะจะทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี
6. เมื่อตรวจพบมีบาดแผลเล็ก ๆ เกิดขึ้น ควรทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่ ดูแลให้แห้งอยู่เสมอ ไม่ควรใช้ทิชชู เจอร์ไอโอดีน ยาแดงหรือ Merthiolate ใส่แผล เพราะสามารถทำลายผิวหนัง และอาจบดบังลักษณะของแผลที่แท้จริง หากมีบาดแผลขนาดใหญ่หรือเล็ก หรือมีลักษณะการอักเสบ เช่น บวม แดง ร้อน เกิดขึ้นควรไปหาแพทย์ อย่ารักษาเอง

การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

ในผู้ป่วยเบาหวาน จะพบว่า มีอัตราการเกิดโรคติดเชื้อที่ปอดสูงกว่าในคนปกติ ผู้ที่เป็นเบาหวานควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เพราะโรคนี้เป็นเพียงเล็กน้อยจะไม่มีอาการรุนแรงใด ๆ ถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ทราบหรือมิได้รับการรักษา เมื่อถึงคราวที่อ่อนแอหรือควบคุมเบาหวานไม่ดี โรคจะลุกลามอย่างรวดเร็ว ทำให้ปรากฏอาการรุนแรง เป็นต้นว่า ไอเป็นเลือดได้ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงควรดูแลสุขภาพทั่วไป เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบหายใจดังต่อไปนี้

- หลีกเลี่ยงผู้ที่อยู่ใกล้ชิด หรือสัมผัสคนที่เป็นหวัด หรือติดเชื้อระบบหายใจ เพราะผู้ป่วยเบาหวานจะมีภูมิต้านทานโรคต่ำทำให้ติดเชื้อได้ง่าย
- ถ้าบุคคลในครอบครัวเป็นวัณโรค ควรป้องกันและแยกเครื่องใช้ต่าง ๆ
- ระวังอย่าให้เป็นหวัดบ่อย ๆ โดยรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ อยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์ หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชนแออัด หรือฝูงชนที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก

การป้องกันอาการติดเชื้อของผิวหนัง

เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีปัญหาผิวหนังค่อนข้างบ่อย ปัญหาที่พบ ได้แก่ คันบริเวณผิวหนัง มีผื่น เป็นฝี อักเสบ มีแผลหายยาก เมื่อมีอาการดังกล่าวควรปรึกษาแพทย์ ที่สำคัญคือพยายามรักษาความสะอาดบริเวณผิวหนังส่วนต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานประสาทรับความรู้สึกเสื่อม เนื่องจากเป็นเบาหวานมานานจึงไม่รู้สึกร้อน ไม่รู้สึกเจ็บ ดังนั้นควรสังเกตการเปลี่ยนแปลงสีของผิวหนัง คือ แดงช้ำ เป็นไตแข็ง หรือเป็นเม็ดนูนขึ้นผิวดังเกิด หรือเมื่อมีอาการคันไม่ควรเกาเด็ดขาด เพราะจะทำให้ผิวหนังถลอกหรือช้ำ เชื้อโรคจากผิวหนังจากเล็บเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย

5. การมาพบแพทย์

เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยควรเข้าใจในวัตถุประสงค์ และจะต้องพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ผู้ที่มีโรคแทรกซ้อน หรือควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำเป็นต้องได้รับการตรวจ เพื่อแนะนำการควบคุมเบาหวานและการแก้ไขปัญหาน้ำตาลในเลือดถ้าน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำมากเกินไป จะต้องแจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้ง เพื่อจะได้เปลี่ยนแปลงขนาดของยา วิถีใช้ หรือเปลี่ยนวิธีการรักษาตามสมควร ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรมีการปฏิบัติดังนี้

1. บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลปัสสาวะ และผลการตรวจน้ำตาลให้แพทย์ทราบ
2. มาตามแพทย์นัดทุกครั้ง หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ อันได้แก่ อาการตามัว

ตาพร่ามัว ช้ำตามปลายมือปลายเท้า น้ำหนักตัวเพิ่ม กระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย ผิวหนังแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ถ้ามีอาการผิดปกติเหล่านี้ ควรมาตรวจก่อนวันนัด

6. การตรวจน้ำตาล

ตรวจน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานมี 2 ชนิด คือ การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะและในเลือด ซึ่งการตรวจทั้ง 2 วิธีนี้มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อจะได้ทราบว่ามียกระดับน้ำตาล มากน้อยเพียงใด หรือระดับน้ำตาลต่ำเกินไปหรือสูงเกินไป ซึ่งมีอันตรายแก่ร่างกายทั้ง 2 ทาง เพราะฉะนั้นผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดจำเป็นจะต้องรู้จักอาการและแก้ไขภาวะที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ต่ำกว่า 50 มก./ดล.) จะทำให้เกิดอาการใจสั่น เหงื่อออก

ตัวอื่น เวียนศีรษะ หากอาการดังกล่าว เกิดขึ้นเมื่อยังไม่ถึงเวลาอาหารก็ให้รับประทานของว่าง ต้มน้ำผลไม้ ต้มน้ำหวาน แล้วแต่ความเหมาะสมและถ้าภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก จะเกิดอาการปัสสาวะบ่อยและมากขึ้น คอแห้ง กลางคืนต้องลุกขึ้นปัสสาวะหลายครั้งอาการเหล่านี้เกิดจากเบาหวานกำเริบขึ้น จะมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลด ซึ่งถ้ามีความรุนแรงมากจนร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ระดับน้ำตาลจะสูงขึ้นอย่างมากเกิน 500-1,000 มก./เปอร์เซ็นต์

ข้อควรปฏิบัติในการตรวจน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานมีดังนี้

1. งดอาหาร เครื่องดื่ม และอาหารทุกชนิดอย่างน้อย 6 ชั่วโมง หรือหลังเที่ยงคืน วันก่อนตรวจน้ำตาลในเลือด

2. ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

3. อ่านและติดตามผลระดับน้ำตาลในปัสสาวะหรือในเลือดได้ โดยทราบถึงค่าปกติของผลการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ซึ่งจะเป็นลบและค่าปกติในเลือดซึ่งเท่ากับ 70-110 มก. เปอร์เซ็นต์ (แสงอรุณ, มปป.)

4. นำผลการตรวจน้ำตาลมาปรับการดูแลตนเองในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ แจ้งผลการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะหรือในเลือดให้แพทย์ทราบทุกครั้ง เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานที่เลือกมาศึกษากับการปฏิบัติการณ์ดูแลตนเอง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลตนเองของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้เพราะมีปัจจัยหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง อาจเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลหรือภายนอกที่เป็นสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของบุคคล อันประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาในการ สังคมชนบทชนเมือง ประเพณี ศาสนา ค่านิยม สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ ประสิทธิภาพที่สำคัญในชีวิต

ปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และคัดตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสำคัญซึ่งเป็นตัวแทนของปัจจัยพื้นฐาน โดยรวมมาศึกษา คือ อายุ เพศ ระบบครอบครัว

ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ในหัวข้อ ความต้องการรับรู้ข้อมูลและข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

โอเร็ม (Orem 1991 : 235-238 อ้างตาม สมจิต, 2534) กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานตัวหนึ่งซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยจะเป็นตัวกำหนดการดูแลตนเอง โดยทั่วไปและช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลวัยต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เพราะเป็นวัยที่ภาวะสุขภาพของร่างกายเริ่มเสื่อมถอยลงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

คัมภีร์ (2521) จากการได้ศึกษาโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน พบว่า ช่วงอายุ 40-60 ปี เป็นเบาหวานถึง 50% เนื่องจากช่วงนี้ คนเราส่วนใหญ่มีงานเป็นหลักเป็นฐาน มีความมั่นคงในการบริหารมีรายได้ดี มีการบริโภคอาหารที่ดี จึงทำให้มีอัตราการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาของ Connell CM (1991; 364-71) ในเรื่องสภาวะแวดล้อมจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานและคนสูงอายุ เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 191 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน จะมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรังสูง และมีอัตราการซึมเศร้าสูง อัตราการดูแลสุขภาพตนเองต่ำ เมื่อเทียบกับคนที่มีอายุ มากกว่า 60 ปี ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน

จากการศึกษาบททวนเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าอายุมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทางผู้วิจัยจึงได้นำเอาปัจจัยทางด้านอายุมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่/อย่างไร

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

โอเร็ม (Orem 1992 : 235-238 อ้างตาม สมจิต, 2534) กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานตัวหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยเป็นตัวกำหนดความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไปเพื่อคงไว้ ซึ่งการกระทำหน้าที่ และสวัสดิภาพ ของบุคคลทั้ง

ยังช่วยพยาบาลในการประเมินเพื่อจัดระบบการพยาบาล การวิจัยที่สนับสนุน ความคิดของ ไอเร็ม

จากการศึกษาของ ไนมิและคณะ (Niemi, et al., 1988 : 1101-1107) ในเรื่อง คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังเกิดสโตรค จำนวน 46 ราย ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 17-64 ปี ผล การศึกษาพบว่า เพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย เพศชายพึ่งพา บุคคลในครอบครัว มากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย

มุชเลนแคมป์ และโบรเออร์แมน (Muhlenkamp & Broerman, 1988 : 637-646) ศึกษาในสหรัฐอเมริกาในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ คุณค่าทางสุขภาพ และการมีพฤติกรรมทาง ด้านสุขภาพในทางที่ดี ในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพปกติจำนวน 172 ราย วัดความเชื่ออำนาจทาง ด้านสุขภาพ การสำรวจคุณค่าทางสุขภาพ และแบบสอบถามวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงจะปฏิบัติตนทางสุขภาพในด้านอาหารรับประทานและการออกกำลังกาย ดีกว่าผู้ชาย ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงมีการควบคุมพฤติกรรมในการรับประทานและการ ออกกำลังกาย เพื่อให้มีรูปร่างสวยงาม ส่วนในด้านอื่น ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียด ความปลอดภัย การใช้เวลา และการป้องกันโรคพบว่าไม่แตกต่างกัน

ฮักและโฟล์มาร์ (Haug & Folmer, 1986 : 332-345) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตใน ผู้สูงอายุที่พักที่บ้านทั้งผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 647 คน ติดตามผลนาน 9 ปี พบว่าผู้หญิงที่มีอายุต่ำกว่า 92 ปี จะมีการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงขาดความสามารถในด้านความนึกคิด ขาดการได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรส ราย ได้ไม่เพียงพอ อยู่เพียงลำพัง และมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ชาย ผู้ชายจึงมีการดูแลตนเอง ได้ดีกว่าผู้หญิงในช่วงอายุก่อน 92 ปี

จิรภา (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 ราย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

คัมภีร์ (2521) จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงเป็นโรคเบาหวานมากกว่า เพศชาย ประมาณ 3 : 2 หรืออาจถึง 2 เท่าที่เป็นเช่นนี้เชื่อว่า ผู้หญิงรับประทานอาหารจุกจิกมากกว่า และชอบอาหารหวานมากกว่าเพศชาย และออกกำลังกายน้อยกว่าเพศชาย

การศึกษาเพศ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานยังมีค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามการศึกษาในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม กับเพศยังพบว่า ผู้ชาย รับรู้ถึงแรงสนับสนุน โดยเฉพาะทางอารมณ์ และการได้รับข้อมูลน้อยกว่าเพศหญิง ทั้งนี้ เพราะผู้หญิงมีเครือข่ายทางสังคมมากกว่าเพศชาย ดังนั้น ผู้หญิงจึงน่าจะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ชาย

จากการวิจัยต่าง ๆ ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า เพศมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่/อย่างไร

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระบบครอบครัว กับการปฏิบัติดูแลตนเอง

สมจิต (2534 : 41-42) ระบบครอบครัวจะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในแนวคิดของเทเลอร์ (Taylor, 1989) ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐาน ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขนาด ความคาดหวังและแหล่งประโยชน์ของครอบครัวของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวใหญ่ อาจมีความต้องการความเป็นสัดส่วน และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแตกต่างกันไปจากบุคคลที่มาจากครอบครัวเล็ก ๆ เพราะฉะนั้นการพัฒนาวิธีการ ที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองในทางตรงกันข้าม บางครั้งครอบครัวอาจจะขัดขวางการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

บุญทิพย์ (2528) จากการวิจัยเรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาโดยฉีดอินซูลิน โดยเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน อายุระหว่าง 15-92 ปี พบว่าหากพยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้ดี และเร็วเพียงใด ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีและเร็ว และพยาบาลต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ตลอดจน กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันตัวอย่างจากการศึกษาพบว่า ในระหว่างศึกษาขณะที่ผู้วิจัยสอน ผู้ป่วยรายหนึ่งเกี่ยวกับการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง ผู้ป่วยแสดงท่าลังเลใจ ไม่กล้าฉีดด้วยตนเอง กระทั่งผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันช่วยกันให้กำลังใจ และกล่าวสนับสนุนจนกระทั่งผู้ป่วยฉีดอินซูลินด้วยตนเองได้สำเร็จ

ดังนั้นในการที่พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้เป็นผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการสร้างสัมพันธภาพตลอดจนใช้แรงกระตุ้นจากภายนอก

จากงานวิจัยต่าง ๆ สรุปได้ว่า ครอบครัวของผู้ป่วยมีความสำคัญมากในการที่ช่วยสนับสนุน และเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและควบคุมโรคได้ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระบบครอบครัวกับการปฏิบัติกาดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการรับรู้ข้อมูลและข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับการปฏิบัติกาดูแลตนเอง

ความรู้ นับเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง การ์เบอร์ (Garber) กล่าวว่าผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องได้รับความรู้ เกี่ยวกับตนเองเป็นอย่างดี เนื่องจากต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งด้านอาหาร ยา สันทนาการ รวมทั้งด้านจิตใจ ผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่งแสดงความคิดเห็นว่า การเรียนรู้เรื่องโรคและปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เป็นอย่างดียังช่วยให้ปรับตัวได้เหมาะสม และมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข (เสงี่ยม 2526 : 55) และการศึกษาดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจาก กูทรี (Guthrie) พบว่า การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยเต็มใจที่จะดูแลตนเอง

บุญทิพย์ (2528) ทำการวิจัยเรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาโดยฉีดอินซูลิน โดยเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 30 คน อายุ ระหว่าง 15-92 ปี จากนั้นแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คนโดยมีพื้นฐานของกิจกรรม การดูแลตนเอง ใกล้เคียงกัน รวมทั้งช่วงอายุ และระยะเวลาการเป็นโรคใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่ง ได้รับการสอนให้ดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองโดยผู้วิจัย ส่วนผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง ได้รับการสอนให้ดูแลตนเองตามกิจวัตร โดยแพทย์และพยาบาลและหนังสือต่าง ๆ ผลการศึกษาที่ได้นั้น กล่าวว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนให้ดูแลตนเองตามทฤษฎีดูแลตนเองของโอเร็มมีความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน และกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ดูแลตนเองตามกิจวัตร

สำรวจ (2533) สํารวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลา พบว่าแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้ในการดูแลตนเองมากที่สุด ร้อยละ 76.67 และรองลงมาคือ พยาบาลร้อยละ 16.67

รวม (2524) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทานจำนวน 200 คน พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน นั่นคือการที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับความรู้เรื่องเบาหวานมากเพียงใด จะส่งผลให้การดูแลตนเอง ได้มากเพียงนั้น

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม ที่กล่าวว่าบุคคลจำเป็นต้องแสวงหาข้อมูล เพื่อนำเข้ากระบวนการคิดตัดสินใจ และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในที่สุด ผู้วิจัยจึงศึกษาความต้องการรับรู้ข้อมูลและข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อต้องการที่จะทราบว่าความต้องการรับรู้ข้อมูลและข้อมูลที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลตนเองหรือไม่/อย่างไร