

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี มีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554)
2. แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ
3. แนวคิดการดูแลตนเอง
4. โรคเบาหวาน
5. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดงานวิจัย

1. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นเพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอันเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล สาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 แบ่งออกเป็น 3 ภาคตามลำดับการนำเสนอ ดังนี้

ภาคที่หนึ่ง สถานการณ์และพลวัตใหม่ในระบบสุขภาพไทย

ในราวหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงแนวคิด นโยบาย โครงสร้าง กลไกการจัดการ และบทบาทของภาคส่วนต่างๆ พัฒนาการสำคัญๆ ที่เกิดขึ้นในระยะหนึ่งทศวรรษดังกล่าวสะท้อนพลวัตใหม่ของการพัฒนาสุขภาพในสังคมไทย แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในหลายด้านและบางเหตุการณ์อาจเป็นเค้าร่างของปัญหาที่จะเกิดขึ้นและต้องการแก้ไขในอนาคต แต่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมาก็มีพัฒนาการที่อาจถือได้ว่าเป็นบุพนิมิตของระบบสุขภาพไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่คุณภาพใหม่ปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัด ได้แก่ กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพที่ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความตื่นตัวนี้ด้านหนึ่งเป็นผลมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคร้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ ในหมู่ชนชั้นกลางที่มีชีวิตอยู่ในเมืองต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็ง การใส่ใจเรื่องสุขภาพและการแพทย์

ทางเลือกจึงกลายเป็นทางออกของคนยุคใหม่ ความนิยมในเรื่องอาหารสุขภาพ การแพทย์ทางเลือก การออกกำลังกาย ตลอดจนการเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ ที่แพร่หลายขึ้นสะท้อนการเกิดจิตสำนึกสุขภาพใหม่ที่ถือว่า สุขภาพไม่ใช่สิ่งที่คุณขาดหรือหิวยื่นให้โดยสถาบันทางการแพทย์ แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องใส่ใจและแสวงหา นอกจากนี้ในด้านนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วประเทศ ร้อยละกว่า 95 ของประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้ารับการรักษาตามสิทธิ นอกจากนี้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังได้ทำให้เกิดการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ที่ทำงานสุขภาพเชิงรุกและให้บริการใกล้บ้านอีกด้วย

ภาคที่ 2 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข

ในสังคมไทยมีกลุ่มโรคที่เกิดเป็นการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่ความทันสมัยที่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการบริโภคได้ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง รวมทั้งอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับต้น ๆ ในปัจจุบัน นอกจากนี้ สังคมไทยยังเผชิญกับกลุ่มโรค ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นและแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเคลื่อนย้ายของคน แรงงาน สินค้าและบริการ ทู่น และข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็ว โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำไม่ว่าจะเป็นไข้หวัดนก ซาร์ส โรควัวบ้า หรือการกลับมาของวัณโรคที่ดื้อยาอย่างรุนแรงที่ทำให้การควบคุมป้องกันโรคเอดส์มีความซับซ้อนยากลำบากมากขึ้น เป็นต้น

โรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมาก เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูงหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในประเทศไทยในช่วงปี 2546 ที่มีอัตราการเจ็บป่วยโรคหัวใจสูงเป็นอันดับหนึ่งโดยมีอุบัติการณ์สูงถึง 451.45 ต่อประชากรแสนคน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งมีอุบัติการณ์ 389.83, 380.75 และ 101.67 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ความเจ็บป่วยจากโรคไร้เชื้อเรื้อรังเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สิ่งมีนเมา สารเสพติด รวมทั้งเกิดจากความเครียดและการขาดการออกกำลังกาย

สถานการณ์การเล่นกีฬาและการออกกำลังกายของคนไทยดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังอยู่ในอัตราที่ต่ำเพียงร้อยละ 34.7 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ เมื่อเทียบกับประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และสิงคโปร์ ที่มีอัตราการออกกำลังกายประจำมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด การที่เยาวชนมีการออกกำลังกายน้อยลงทำให้ปัญหาโภชนาการเกินเพิ่มมากขึ้น ในปี 2548 พบเด็กภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 17 คาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของเด็กปฐมวัยจะเป็นโรคอ้วน มีข้อมูลที่น่าเป็นห่วงในเด็กวัยเรียน 6-14 ปี ในกรุงเทพมหานคร กว่า 1 แสนคนกินอาหารฟาสต์ฟู้ดทุกวัน และมีอุบัติการณ์การเป็นโรคอ้วนมากกว่าในภาคอื่นๆ ประมาณ 3-5 เท่า และมีโรงเรียนเพียงไม่กี่โรงเรียนร้อยละ 40 จัดกิจกรรมออกกำลังกายเสริมนอกจากชั่วโมงพลศึกษา ระบบสุขภาพของประเทศโดยรวมจะมีความ

เข้มแข็งไม่ได้หากระบบสุขภาพภาคประชาชนไม่เข้มแข็ง “การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า” (Health for All) ไม่ได้มีแค่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วนจะต้องช่วยกัน “การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ” (All for Health) ซึ่งต้องสร้างภาวะผู้นำทางการเมืองและพันธมิตรใหม่ ทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน และ ประชาสังคม ต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการช่วยสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพและพัฒนาการเรียนรู้ของคนในสังคมไทยให้สามารถปรับตัวอย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง

ภาคที่ 3 ปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่ระบบสุขภาพพอเพียง

มีนโยบายการสร้างวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาพะ เร่งรัดงานสุขภาพเชิงรุกเพื่อสร้างหลักประกันความปลอดภัยอย่างพอเพียงในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ชุมชนและภาคประชาสังคมในการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและสร้างสรรค์สังคมที่มีความสุขในทุกระดับ โดยสร้างกลไกและกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพดี (Healthy Public Policies) ควบคู่ไปกับการสร้างกลไกและกระบวนการเพื่อการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายและแผนงานโครงการต่างๆ (Health Impact Assessment) อย่างพอเพียงและเป็นระบบ พัฒนากลไกด้านนโยบายและแผนเพื่อประเมิน ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะต่อการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี (Healthy Public Policies) และสามารถตรวจสอบทิศทางการพัฒนาด้านเศรษฐกิจสังคมให้เป็นไปอย่างสมดุลและเกื้อกูลต่อความมีสุขภาพดีของประชาชน มุ่งลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและส่งเสริมพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้มาตรการทางสังคม มาตรการทางกฎหมายควบคู่กับมาตรการด้านการเงินการคลังสุขภาพเพื่อการสร้างสุขภาพ และลดอัตราการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสังคมที่ไม่เหมาะสม สร้างเสริมศักยภาพระบบการเฝ้าระวัง การควบคุมป้องกัน และการรักษาพยาบาลโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ สร้างระบบการควบคุมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมนวัตกรรมและมาตรการทางสังคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำเป้าหมายและระบบการติดตามเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่ครอบคลุมและชัดเจน สามารถควบคุมป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง มะเร็ง

2. แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ

2.1 แนวคิดการรับรู้ (Perception)

การรับรู้ เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาในการเลือกที่จะรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น การตี ความในสิ่งที่ได้รับรู้ โดยการรับรู้ได้จะต้องผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้กลิ่นและการรู้รสในสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (เนตร์พัฒนา ยาวีราช, 2547 : 201) โดยทั่วไป บุคคลจะแปลความหมาย หรือมองเห็นสิ่งต่างๆแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นสภาวะการณ์ สิ่งของ บุคคล หรือเหตุการณ์ จึงเป็นผลให้การมีปฏิกริยาตอบสนองต่อสภาวะการณ์ สิ่งของ บุคคล หรือเหตุการณ์แตกต่างกัน ทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งการรับรู้นี้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยา ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้านความคิด การตัดสินใจ การประเมินค่า และการแสดงออกของพฤติกรรม (เทพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ, 2540 : 6-7)

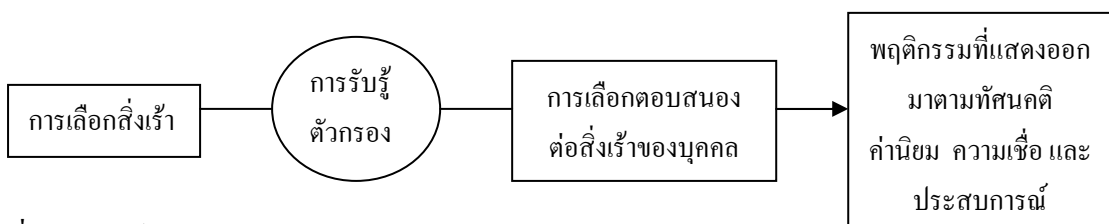
เทพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ (2540 : 6-7) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึงกระบวนการในการเลือกรับ การจัดระเบียบและการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่บุคคลพบเห็นหรือมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสิ่งในสิ่งแวดล้อมหนึ่งๆ ซึ่งแต่ละบุคคลจะให้ความสำคัญต่อสิ่งเร้าที่มีความหมายต่อตนเองมากกว่า โดยการให้ความสำคัญนี้จะเป็นผลมาจากประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล

สิทธิโชค วรรณสันติกุล (2546 : 84) กล่าวว่า การรับรู้ คือกระบวนการที่อินทรีย์หรือสิ่งมีชีวิตพยายามทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมโดยผ่านทางประสาทสัมผัส กระบวนการนี้เริ่มต้นจากการใช้อวัยวะสัมผัสจากสิ่งเร้าและจัดระบบสิ่งเร้าใหม่ภายในระบบการคิดในสมอง จากนั้นจะแปลสิ่งเร้าที่รับสัมผัสว่าสิ่งเร้านั้นคืออะไร ขึ้นแปลความหมายนี้เป็นขั้นที่มีการใช้ประสบการณ์เก่าเป็นพื้นฐานของการแปลความหมาย

ไพบูลย์ เทวรักษ์ (2537 : 58) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการตีความสิ่งเร้าจากการสัมผัสของอวัยวะสัมผัสต่างๆ ทั้งนี้ต้องอาศัยประสบการณ์เดิม หรือการเรียนรู้และการคิดในการแปลความ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการรับรู้ หมายถึง กระบวนการของความคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่างๆ โดยมีแรงผลักดันจากประสบการณ์เดิมในการแปลความหมาย

ภาพประกอบ 1 กระบวนการรับรู้



ที่มา : เนตร์พัฒนา ยาวีราช , 2547 : 201

2.2 แนวคิดภาวะสุขภาพ

สุขภาพ (Health) เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากคำภาษาอังกฤษโบราณ คือ Hoalth หมายถึง ภาวะที่ดีเป็นองค์รวม (Sound and whole of body) โดยทั่วไปมักใช้เพื่อสื่อถึงความปราศจากโรค (Jackson and Saunders, 1993 อ้างตาม ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2543 : 2)

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของคำว่าสุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2543 : 4) นั้นหมายถึง สุขภาพไม่เพียงแต่หมายความถึงการที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีกำลังปราศจากโรคหรือปราศจากความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิต สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ

Donatelle and Davis (1996 : 3) ให้คำนิยามของคำว่าสุขภาพในมิติของสุขภาพ 6 ประการ คือ สุขภาพมีลักษณะเป็นพลวัต เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อความ สุขสมบูรณ์ในมิติทั้ง 6 ด้าน ซึ่งได้แก่ ทางกาย ทางสังคม ทางอารมณ์ ทางจิต จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี

กัลป์ลาเกอร์และคริดเลอร์ (Gaalagher and Kreidler, 1987 อ้างตามศิริรัตน์โกศลวัฒน์, 2548 : 145) กล่าวว่า สุขภาพหมายถึง สภาพแห่งความสุขที่เกิดขึ้น จากความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ และสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในร่างกายตน เป็นความผสมผสานของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม

โอเรียม (Orem , 1995 : 96) ให้คำนิยามของสุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีโครงสร้างในการทำหน้าที่อย่างเหมาะสม มีความแข็งแรงไม่เจ็บป่วย มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความรู้และทักษะ แรงจูงใจ ความเชื่อ ค่านิยมในสังคม และวัฒนธรรมที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นรอบข้าง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ตามศักยภาพของตน การมีสุขภาพดีบุคคลต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง

สมจิต หนูเจริญกุล (2534 : 4) ให้คำนิยามสุขภาพว่า เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีโครงสร้างสมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนได้และมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง

ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์ (2548 : 186-187) ให้นิยามของคำว่าสุขภาพ หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกายจิตใจและดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการใดๆ รวมทั้งสุขภาวะทางจิตวิญญาณ สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีการคงไว้ซึ่งเสถียรภาพ ภาวะสุขภาพมีลักษณะเป็นพลวัต ต่อเนื่องตลอดชีวิตของบุคคล และการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพมีตั้งแต่ ระดับสุขภาพดีสูงสุดไป

ระดับสุขภาพไม่ดีที่สุด เจ็บป่วยวิกฤตจนถึงตาย ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยอาจไม่สามารถแยกกันได้อย่างชัดเจน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะสมดุลหรือสมบูรณ์ของร่างกายจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขในสภาวะแวดล้อมที่สุขสมบูรณ์ สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่บรรลุปเป้าหมายของชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ

ซึ่งประเวศ วะสี (2543 : 5; ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์ , 2548 : 153) ได้ให้ความหมายของแต่ละมิติของสุขภาวะดังนี้

สุขภาวะทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ ไม่มีอุบัติเหตุอันตรายและมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

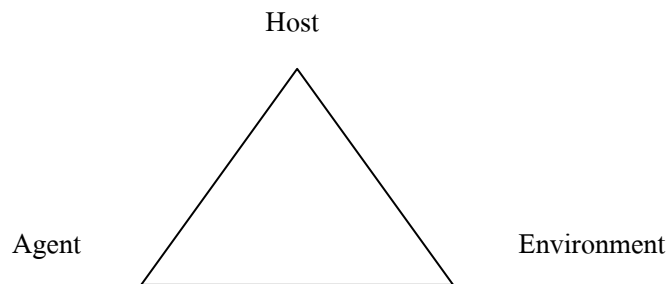
สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง การมีจิตใจที่มีความสุขรื่นเริง มีสติสมาธิ มีปัญญา รวมทั้งการลดความเห็นแก่ตัว เพราะหากมีความเห็นแก่ตัวก็จะไม่เกิดสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม เสมอภาค ภารดรภาพ สันติภาพ มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีค่าสูงสุดเช่นความเสียสละ การมีเมตตากรุณา มีที่พึ่งทางจิตใจเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า สุขภาวะทางจิตเป็นยอดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีก 3 มิติ ถ้าขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริง

Mausner (1974 : 32-33) ได้อธิบายแนวคิดสุขภาพทางด้านนิเวศวิทยา (ecologic model) ที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีปัจจัยมาจาก 3 องค์ประกอบที่เรียกว่า “ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา” (The Epidemiologic Triangle) คือ คน (host) สิ่งก่อให้เกิดโรค (agent) และสิ่งแวดล้อม(environment)

ภาพประกอบ 2 ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา

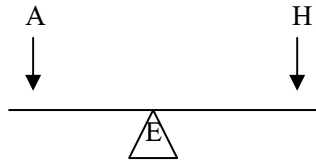


ที่มา : Mausner ,1974 : 33

โดยลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสามแบ่งได้เป็น 2 แบบ ดังนี้

1. ในภาวะที่ความสมดุลระหว่างปัจจัยทั้งสาม จะไม่มีโรคเกิดขึ้นในชุมชน (Stage of equilibrium)

ภาพประกอบ 3 แนวคิดภาวะสุขภาพด้านนิเวศวิทยา : ภาวะสมดุล



ที่มา : คัดแปลงจาก น.พ ไพบูรณ์ โล่ห์สุนทร , 2547 : 14

2. ในภาวะที่ไม่มีมีความสมดุลระหว่างปัจจัยทั้งสาม จะมีโรคเกิดขึ้นในชุมชน (Stage of unequilibrium)

ภาพประกอบ 4 แนวคิดภาวะสุขภาพด้านนิเวศวิทยา:ภาวะไม่สมดุลหรือมีความเจ็บป่วย



ที่มา : คัดแปลงจาก น.พ ไพบูรณ์ โล่ห์สุนทร , 2547 : 14

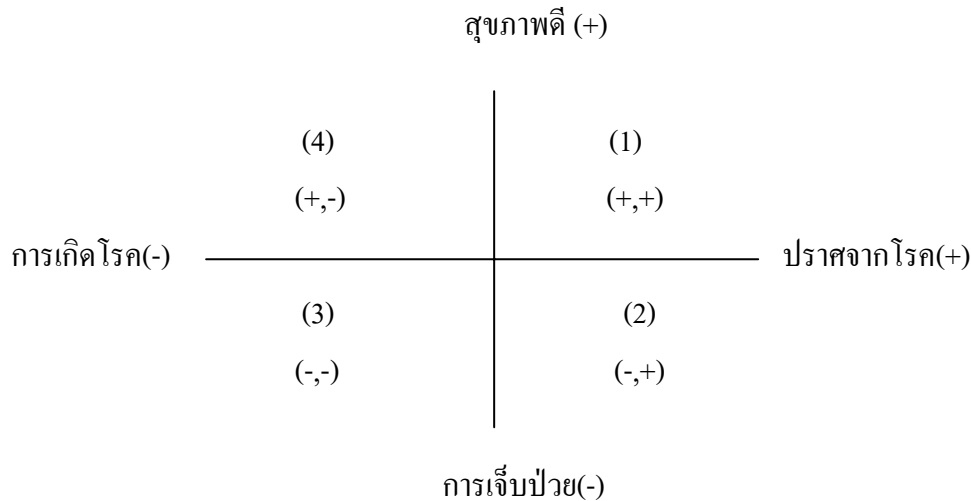
แนวคิดนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย โดยการส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรง กำจัดสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคและส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่ดี

2.3 แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ

2.3.1 แนวคิดสุขภาพตามการรับรู้ของสามัญชนและเจ้าหน้าที่สุขภาพ (The emic-etic health grid)

เป็นแนวคิดที่เสนอโดยทริพพ์ ไรมอร์ (Tripp-Rimer, 1984 อ้างตามศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, 2548 : 151) โดยแยกการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพดี ความเจ็บป่วย และการเกิดโรคบนเส้นตรงสองเส้นที่ตัดกันตามการรับรู้ของสามัญชนหรือประชาชนทั่วไป (emic view) ที่มีต่อสุขภาพ คือ สุขภาพดีและความเจ็บป่วย (wellness and illness) ตามการรับรู้ของบุคคลในแต่ละกลุ่มที่มีวัฒนธรรมและความเชื่อสืบทอดกันมา ส่วนการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (etic view) ที่มีต่อสุขภาพคือการเกิดโรคและปราศจากโรค โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ที่มีความเป็นปรนัย ทั้งสองเส้นที่ตัดกันสามารถแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ภาพประกอบ 5 แนวคิดสุขภาพตามการรับรู้ของประชาชนและเจ้าหน้าที่สุขภาพ



ที่มา : ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, 2548 : 151

ส่วน(1) บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพดี และเจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจแล้วไม่พบโรค แสดงว่ามี การรับรู้ตรงกัน การปฏิบัติที่ตามมาคือการส่งเสริมสุขภาพ

ส่วน(2) บุคคลรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วย แต่เจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจแล้วไม่พบโรคหรือความ ผิดปกติ แสดงว่ามี การรับรู้ที่ไม่ตรงกัน อาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ใน ด้านการดูแลรักษา

ส่วน(3) บุคคลรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วย และเจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจแล้ว พบโรคหรือความผิดปกติ แสดงว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยตรงกัน ผู้ใช้บริการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ส่วน(4) บุคคลรับรู้ว่าคุณสุขภาพดีแต่เจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจแล้ว พบโรคหรือความผิดปกติ แสดงการรับรู้ที่ไม่ตรงกัน อาจทำให้เกิดการไม่ยอมรับในการรักษาพยาบาล

แนวคิดนี้สามารถนำมาใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้การช่วยเหลือที่สอดคล้องภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ

2.3.2 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

เป็นแบบจำลองที่สร้างขึ้นโดยHochbaum Rosenstoc Lavental Kegeles Kirscht และ Becker (Green และคณะ, 1980 : 72) โดยทำการพัฒนารูปแบบของแบบจำลองนี้เพื่อใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ รวมทั้งใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วยทั้งในผู้ป่วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง โดยอธิบายแนวโน้มของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลมาจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความไวของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค รวมถึงการประเมินถึงผลประโยชน์ที่ได้รับเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่าย นอกจากนี้อาจมีปัจจัยเสริมอื่นๆที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ปัจจัยภายใน ได้แก่ การรับรู้ถึงอาการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและปัจจัยภายนอกได้แก่ ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ (Marteau, 1995:7) แบบจำลองนี้เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ตามคำแนะนำของผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีออกห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ซึ่งการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในครั้งแรกโดย Hochbaum และคณะนั้นได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ซึ่ง Kurt Lewin กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” (บ๊องร ประภาสะสุตร์,จันทรพีญู ปริยัติและอรนาถ วัฒนวงษ์, 2542 : 19) คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อ ถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่อยู่ในวิชาชีพนี้ก็ตาม สอดคล้องกับแนวคิดของประภาพีญู สุวรรณและสวิงสุวรรณ (2534 อ้างตามศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, 2548 : 176) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล จะเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การรับรู้ของบุคคลจะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคล จากแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model,HBM) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่แนวคิดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่า เมื่อเกิดความเชื่อขึ้นพฤติกรรมของคนนั้นก็เปลี่ยนแปลง (Donatelle and Davis ,1996 : 15) โดยมีข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับสิ่งที่จะกระตุ้นการมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลซึ่งมีแนวคิดดังนี้ (McKenzie and Smelthzer, 1996 :111; Cookfair , 1996 : 149; วสันต์ ศิลปสุวรรณและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542 : 68)

1. บุคคลต้องมีความตระหนักตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค
2. บุคคลต้องมีความตระหนักหรือรับรู้ว่ามีปัญหาทางสุขภาพของตนในขณะนี้เป็นเรื่องที่สำคัญ

3. บุคคลต้องรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรง ซึ่งอาการที่จะเกิดขึ้นอาจเป็นในลักษณะของความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย เสียเวลาทำงาน เสียเงินทอง เสียหน้า อับอาย และอื่นๆ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความรุนแรงเชิงทฤษฎีก็ได้

4. บุคคลต้องเชื่อว่า การแสดงพฤติกรรมตามที่ได้รับการเสนอแนะจะลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคถ้ามีอาการเจ็บป่วย และควรไม่มีอุปสรรคที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ซึ่งเมื่อบุคคลประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติแล้ว จะเห็นว่าการแสดงพฤติกรรมนั้นจะเกิดผลประโยชน์ขึ้นแก่ตนเอง ซึ่งพฤติกรรมที่กระทำนั้น เป็นพฤติกรรมที่บุคคลได้ตัดสินใจโดยเหตุผลของตนเองไม่ได้เกิดขึ้นจากการถูกบังคับหรือทำตามกลุ่มบุคคล หรือสมัยนิยม

โดย Becker , Drachman and Kirscht ได้กล่าวถึงการรับรู้ ที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพหรือการป้องกันโรค ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของการรับรู้ 5 ประการ คือ (McKenzie and Smelthzer, 1996 :111-112; บังอร ประภาสสุตร์, จันทรเพ็ญ ปรียัติและอรนาถ วัฒนวงษ์, 2542 : 25)

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเน ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใดในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี หรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ ซึ่งการที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จะมีผลทำให้เกิดความตระหนักหรือรับรู้ว่ามีปัญหาทางสุขภาพของตนในขณะนี้เป็นเรื่องที่สำคัญ จึงต้องแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะคุกคามเหล่านั้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเอง ในด้านความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นสิ่งที่ไม่น่าพึงปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefit and Costs)

หมายถึง ความคิด ความเชื่อที่บุคคลยอมรับว่า การปฏิบัตินั้นเป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ทำให้สามารถป้องกันการเกิดโรค สามารถควบคุมโรค

รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งการรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อทำการประเมินเทียบกับค่าใช้จ่าย จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม มีการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอกเช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ

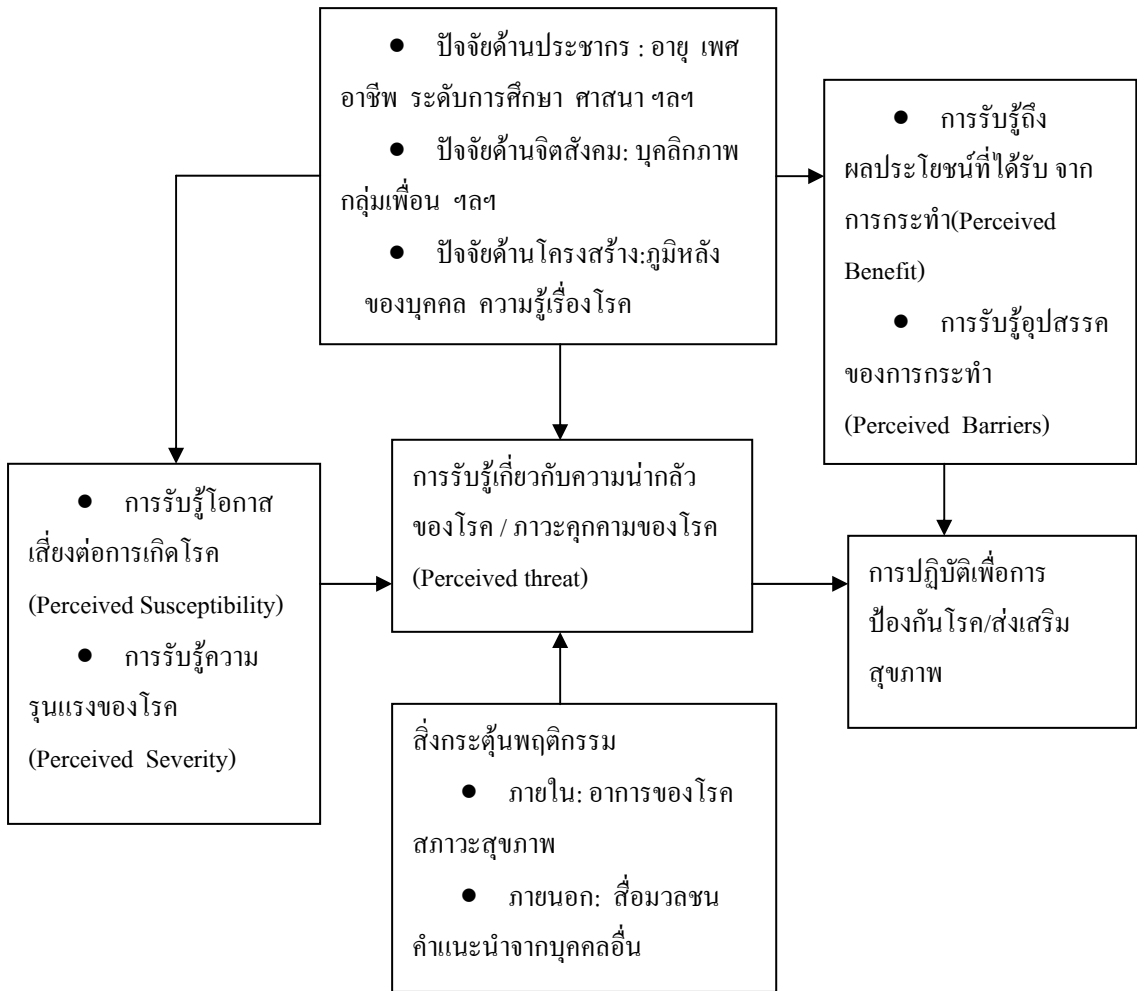
พวงทอง ป็องภัย (2540 : 14) กล่าวถึง แรงจูงใจว่า เป็นสภาพหรือสถานะที่อยู่ในตัวของบุคคล เพื่อแสดงหรือผลักดันให้คนเราแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย แรงจูงใจอาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือจากการเรียนรู้ แต่เมื่อเกิดขึ้นจะทำให้กิจกรรมนั้นไปสู่เป้าหมาย แรงจูงใจจึงมีลักษณะคล้ายกับการรับรู้ เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์

5. ปัจจัยร่วม (Modifying factor)

หมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือปฏิบัติตามคำแนะนำในการควบคุมโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และตัวแปรด้านสนับสนุน ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวของบุคคล เช่น อาการไม่สุขสบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียหรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากกระตุ้น เช่น ข่าวสารจากสื่อต่างๆ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ เพื่อนหรือผู้อื่น บัตรนัดหรือไปรษณีย์เตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

ซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแล้วมีปัจจัยร่วมเป็นตัวส่งเสริมร่วมด้วยจะทำให้การตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปได้ง่ายขึ้น การที่จะชักนำ หรือกระตุ้นมีความแตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้ว จะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ภาพประกอบ 6 แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ



ที่มา : Butler, 1997 : 142

จากภาพประกอบ 6 แสดงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้ตรวจสอบแนวโน้มของการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อการป้องกันโรคหรือส่งเสริมสุขภาพใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยร่วมด้านอื่นๆ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล และการให้คุณค่าในการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันนั้นมีปัจจัยสำคัญ ที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ คือ ปัจจัยทางด้านลักษณะทางประชากร ลักษณะทางจิตสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้าง แรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก ซึ่งจะจูงใจให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ (Smith and Maurer, 2000 : 452) จากการศึกษาของของศิริพร ปาระมะ (2545 : บทคัดย่อ) ที่ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับ

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.01 โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2545:ข-ค) ที่ทำการศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.01 โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ทุกด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้ทำนายว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง มาวิลล์และเฮอร์ต้า (Maville and Huerta, 2002 : 42) เสนอว่าแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบจำลองที่เน้นไปในทางพฤติกรรมป้องกันสุขภาพมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเหมาะกับโรคเบาหวานที่จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมโรค และเนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลสุขภาพในระยะยาว ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยจะมีผลอย่างยิ่งต่อการดูแลตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการประเมินการรับรู้ใน 4 ด้าน คือ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
เป็นความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และความรู้สึของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรค หรือมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)
เป็นความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวาน เกี่ยวกับภาวะของโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน
3. การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ (Perceived Benefit)
ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานถึงผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ที่ได้รับ เมื่อแสดงพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยบุคคลยอมรับว่าการปฏิบัตินั้นเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิด

ผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ทำให้สามารถป้องกันการเกิดโรค สามารถควบคุมโรค รวมทั้งป้องกันการภาวะแทรกซ้อนได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived Barriers)

ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานถึงอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และคนในครอบครัว

ด้วยเหตุนี้ ข้าพเจ้าจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา 4 ตัวแปรนี้ ตามกรอบแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

3. แนวคิดการดูแลตนเอง

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยยาวนาน ธรรมชาติของโรคและการรักษาจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จะมาพบกับบุคลากรทางสุขภาพเพียงครั้งคราวตามนัดหรือเมื่อมีอาการกำเริบ ดังนั้นผู้ป่วยจึงเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบโดยตรงในการดูแล และจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองในแต่ละวัน ทั้งในเรื่องการรักษา ควบคุมอาหาร เผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกาย ความไม่แน่นอนอันจากความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ดังนั้นการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โอเรียม (Orem, 1985 cited in Reutter, 1997 : 332) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง (Self-care) ว่าหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งทุกคนจะต้องปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี

ลิปสันและสไตเกอร์ (Lipson and Steiger อ้างตามจาร์วอร์ธ มานะสุรการ, 2544 : 92) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มหรือกระทำโดยบุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลเพื่อบรรลุ คงไว้ หรือส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพสูงสุด ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การสืบค้นโรค (disease detection) และการจัดการเกี่ยวกับโรค

สรุปแล้วการดูแลตนเอง หมายถึง การที่บุคคล หรือครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี และสามารถดำรงชีวิตได้ตามอรรถภาพอย่างมีความสุข

การดูแลตนเอง มีหลักการดังนี้ (ศิริพร พูนชัย , 2550 : ระบบออนไลน์)

1. บุคคล เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง
2. บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเอง หรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง
3. การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพ ชีวิต การพัฒนาการ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well being)
4. การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้ และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อม และการติดต่อสื่อสารที่ซ้ำกันและกัน
5. การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล
6. การดูแลตนเอง หรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครอง หรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องส่งเสริม
7. ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น
8. การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือ สนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Dileberate action และ goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ (สมจิต หนูเจริญกุล , 2534 : 8)

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งนำไปสู่การกระทำ

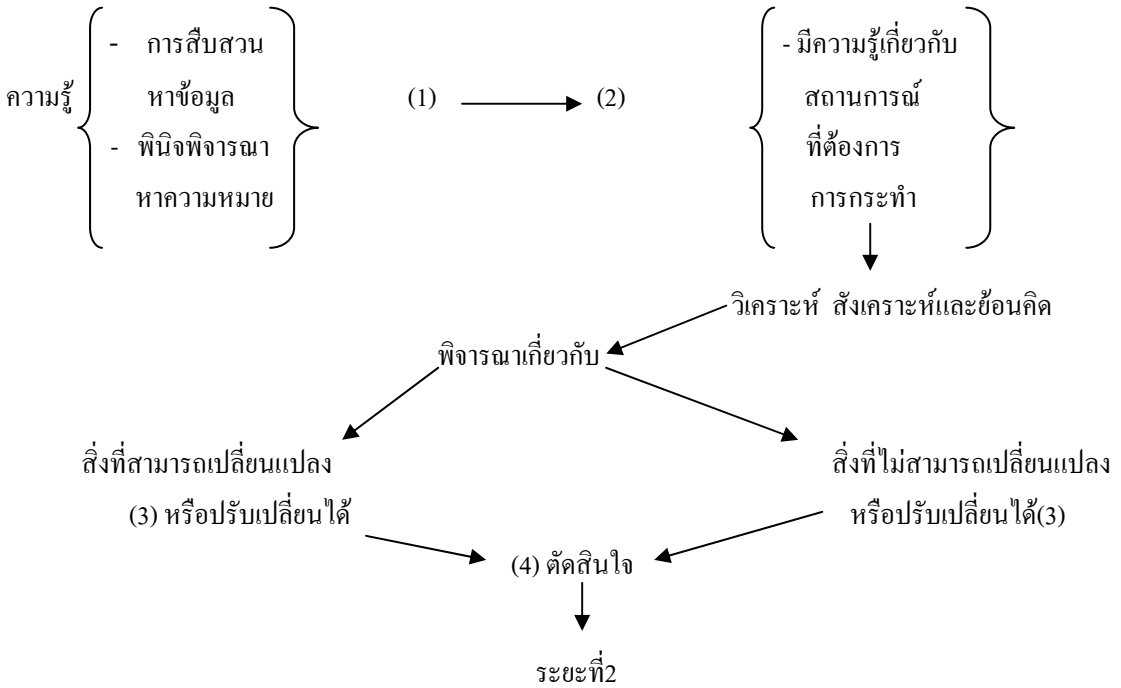
เป็นระยะที่บุคคลมีการแสวงหาข้อมูล ที่เป็นความรู้ในการพิจารณาและตัดสินใจกระทำการดูแลตนเอง โดยบุคคลต้องมีความรู้ทั้งภายในและภายนอกตนเอง จึงจะสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ ว่าสิ่งใดสามารถปรับเปลี่ยนและเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ได้ เพื่อการตัดสินใจเลือกกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและผลของการกระทำ

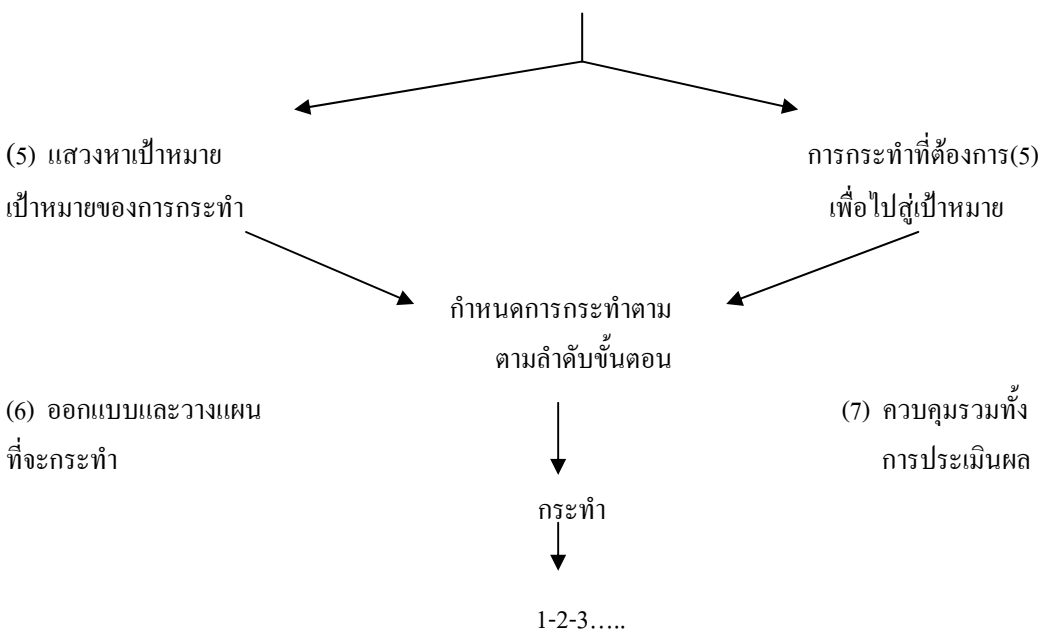
เป็นระยะที่บุคคลดำเนินการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยมีเป้าหมายของการกระทำก่อน เพื่อที่จะสามารถกำหนดกิจกรรมที่จะกระทำได้เพื่อไปสู่เป้าหมาย ภายหลังจากการลงมือกระทำแล้ว บุคคลจะมีการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

ภาพประกอบ 7 ระยะเวลาของการดูแลตนเอง

ระยะที่1: การวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วยลำดับขั้นตอนดังนี้



ระยะที่2 : เป็นการกระทำและผลของการกระทำ



ที่มา : สมจิต หนูเจริญกุล , 2534 : 9

ในระยะที่ 1 จะเห็นได้ว่า บุคคลจะสามารถกระทำการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และต้องมีความรู้ในการกระทำนั้นว่ามีความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ ดังนั้นการดูแลตนเอง จึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสถานการณ์ ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่พบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจำเป็นต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

องค์ประกอบของการดูแลตนเอง

ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นกิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำ หรือกระทำเพื่อบุคคล หรือความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นเป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคลหรือเพื่อบุคคลมี 3 ชนิด ได้แก่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 : 12-17; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย , 2545 : 73-75; ศิริพร พูนชัย , 2550 : ระบบออนไลน์)

1. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป (Universal self-care requisites : USCR)

เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามกระบวนการของชีวิต ที่เป็นไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เป็นการคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และความผาสุกทั่วไป มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งด้านคุณภาพ หรือปริมาณ ความแตกต่างของอายุ เพศ ระยะ พัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ ประกอบด้วย

1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ คำนึงถึงการกระทำหน้าที่ตามปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย คอยปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อความต้องการ มีการรักษาไว้ซึ่งความคงทนของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหาร น้ำ และอากาศ รวมทั้งการมีความสุขกับการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่กระทบต่อสุขภาพหรือไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ด้วยการจัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย การรักษาโครงสร้างหน้าที่ เพื่อให้มีการขับถ่ายตามปกติ มีการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ

1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน โดยการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย รับรู้และสนใจถึงความต้องการออกกำลังกายของตนเอง มีการตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

อย่างเหมาะสม มีการรับรู้และสนใจความต้องการพักผ่อนของตนเอง มีการสร้างแบบแผน การพักผ่อนและการทำกิจกรรมของตนเอง โดยใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมตามขนบธรรมเนียม ประเพณีของสิ่งแวดล้อมตนเอง

1.4 การรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล บุคคลต้องการคงไว้ซึ่งการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง ส่งเสริม ความเป็นตัวของตัวเองในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บุคคลต้องการการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อการทำหน้าที่ของตนให้มีประสิทธิภาพ รู้จักการติดต่อขอความช่วยเหลือ มีการสร้างมิตรให้ ความรักความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน รวมทั้งการปฏิบัติตนเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ โดยการสนใจและ รับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และจัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย มีการ หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆควบคุม หรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและ สวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคมและ ความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาและคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรม ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง และรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล มีการค้นหาและสนใจ ในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากสภาพของตนเอง

2. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self- care requisites : DSCR)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่นการ ตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆของชีวิตและเหตุการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ ดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาการและการคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการ ของชีวิตและพัฒนาการ ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะตามระยะพัฒนาการ เป็นความต้องการการ ดูแลตนเองที่จำเป็น และการดูแลที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละระยะของพัฒนาการ ได้แก่

2.1.1 ทารกในครรภ์ และกระบวนการคลอด

2.1.2 ทารกแรกเกิดที่คลอดครบกำหนด ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ทารก ที่น้ำหนักปกติ และทารกน้ำหนักน้อยกว่าปกติ

2.1.3 วัยทารก

2.1.4 วัยเด็ก วัยรุ่น และเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

2.1.5 หญิงตั้งครรภ์ทั้งวัยผู้ใหญ่และวัยรุ่น มีความต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจง ตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนการปรับเปลี่ยนบทบาทในชีวิตตามระยะพัฒนาการ

2.2 เป็นความต้องการการดูแลตนเองจากสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย การป้องกัน การบรรเทาหรือการเอาชนะสิ่งที่จะเป็นอันตราย ซึ่งเกิดจากเหตุการณ์ต่อไปนี้

2.2.1 การขาดความรู้

2.2.2 ปัญหาการปรับตัวในสังคม

2.2.3 การสูญเสียญาติหรือผู้ร่วมงาน

2.2.4 การสูญเสียของรัก เช่น การงาน อาชีพ

2.2.5 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมกะทันหัน

2.2.6 ปัญหาสถานการณ์ทางสังคม

2.2.7 ปัญหาภาวะทางสุขภาพและจิตใจ เช่น พิกัด

2.2.8 การดำรงชีวิตที่ถูกกดดัน

2.2.9 การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

3. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

(Health deviation self - care requisites : HDSCR)

ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ภาวะเจ็บป่วยหรือ ได้รับอันตรายหรือมีความพิการ บุคคลจะมีความต้องการในลักษณะต่อไปนี้

3.1 มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น จากทีมสุขภาพ

3.2 รับรู้และสนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ เมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ บุคคลต้องมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ภายในตนเอง และสนใจเอาใจใส่ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ และผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อมีปัญหาสุขภาพจากสาเหตุต่างๆ เมื่อบุคคลได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในทีมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมการช่วยเหลือต่างๆ ต้องการความร่วมมือของบุคคลที่เป็นผู้ป่วยและ/หรือผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

3.4 รับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค ซึ่งผลข้างเคียงต่างๆ เป็นสิ่งที่เฉพาะในผู้ป่วยแต่ละคน

3.5 ปรับเปลี่ยนทัศนคติและภาพลักษณ์เพื่อให้สามารถยอมรับตนเอง ผลจากภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ อาจทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก ความรุนแรง

ขึ้นกับการรับรู้ของบุคคล อย่างไรก็ตามบุคคลมีความต้องการการคงไว้ซึ่งมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวก และยอมรับสภาพของตนเอง ตลอดจนยอมรับว่า ตนเองต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงตามภาวะสุขภาพของตน

3.6 เรียนรู้ที่การดำเนินชีวิตและการปรับตัวต่อพยาธิสภาพ

การประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งบุคคลยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ โดยมีเงื่อนไขหรือขึ้นกับปัญหาสุขภาพของบุคคลนั้น

ผลของการตอบสนองการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 อย่าง คือ

- 1) การรอดชีวิต
- 2) การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
- 3) ได้รับการสนับสนุนในเรื่องพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล
- 4) ป้องกันการบาดเจ็บ และพยาธิสภาพ
- 5) ส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บ และจากพยาธิสภาพ

ที่เกิดขึ้น

- 6) ส่งเสริมการรักษาและควบคุมพยาธิสภาพ

จะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีระยะในการเจ็บป่วยที่ยาวนาน พยากรณ์โรคไม่แน่นอน ทำให้ความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและไม่คงที่เปลี่ยนแปลงตามอายุ ระยะพัฒนาการ ประสบการณ์ในชีวิต สังคม วัฒนธรรม ภาวะสุขภาพและแหล่งประโยชน์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลสุขภาพในระยะยาว เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ตามแนวคิดการดูแลตนเอง

4. โรคเบาหวาน

4.1 นิยามของโรคเบาหวาน

เบาหวาน เป็นโรคที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต ทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานานๆ เป็นปี หรือหลายๆปี ก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางหลอดเลือดและระบบประสาททั่วร่างกาย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะหรือชีวิตได้ เช่นการเกิดต้อกระจก

ต้อหิน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง โรคหลอดเลือดสมอง (CVA = cerebral vascular accident) และภาวะไตวาย เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วย ทั้งกาย จิต สังคม เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังจึงมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ปีทมา โลหเจริญวิช, 2543 : 219)

Donatelle and Davis (1996 : 346) ได้คำนิยามของเบาหวานว่า เป็นโรคที่เกิดจากความบกพร่องในการผลิตฮอร์โมนอินซูลินของตับอ่อนหรือร่างกายขาดประสิทธิภาพในการนำฮอร์โมนอินซูลินมาใช้ ทำให้มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือมีปริมาณของน้ำตาลในปัสสาวะสูงกว่าปกติ

กองบรรณาธิการใกล้หมอ (2549ค : 16) ได้ให้ความหมายของ เบาหวานว่า เป็นชื่อของกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติในการนำน้ำตาลในร่างกาย ที่ได้รับจากการรับประทานอาหารไปใช้เป็นพลังงาน อันเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ถ้าไม่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จะทำให้ระดับน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และเจ็บปวญมากกับปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะของผู้ป่วยเบาหวานมีรสหวาน

อรรพรรณ บำรุง (2550 : ระบบออนไลน์) กล่าวถึงโรคเบาหวานว่า เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินออกมาได้เพียงพอ หรือสร้างไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่อินซูลินนั้นออกฤทธิ์ได้ไม่ดี ความผิดปกติเหล่านี้ล้วนแต่เป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายนำน้ำตาลไปใช้ได้ไม่ดี ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดเหลือค้างอยู่มากและมีระดับสูงกว่าปกติ (ในคนปกติ ก่อนรับประทานอาหารเช้าจะมีระดับน้ำตาลในเลือดประมาณ 70 – 110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และหลังรับประทานอาหารเช้าแล้ว 2 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลไม่เกิน 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) เมื่อในเลือดมีระดับน้ำตาลสูงมาก ไตจะกรองน้ำตาลออกมากับน้ำปัสสาวะทำให้ปัสสาวะมีรสหวาน จึงเรียกภาวะนี้ว่า เบาหวาน

อุไร ศรีแก้ว (2538 : 123) กล่าวถึงเบาหวาน ว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีน้ำตาลในเลือดสูง และมีอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากขาดอินซูลินและ/หรือประสิทธิภาพ ของอินซูลินลดลง ถ้าอาการรุนแรงควบคุมไม่ได้ก็จะเกิดภาวะคีโตอะซิโดซิส

ดังนั้นเบาหวานคือ กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติในการนำน้ำตาลในร่างกายที่ไปใช้เป็นพลังงาน ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดเหลือค้างอยู่มากและมีระดับสูงกว่าปกติ

4.2 ตับอ่อนและอินซูลิน

เบต้าเซลล์ในตับอ่อนเป็นแหล่งที่สร้างและหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน (กองบรรณาธิการใกล้หมอ, 2549ค : 20) ซึ่งช่วยควบคุมระดับในการผลิต สะสม และปล่อยสารอาหารต่างๆ ให้ร่างกายใช้ในการสร้างพลังงาน ซึ่งอินซูลิน เป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นให้ร่างกายสะสมอาหารในรูปคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อินซูลินจะทำหน้าที่เปลี่ยนกลูโคสไปเป็นไกลโคเจนเก็บไว้ที่ตับ ฉะนั้นถ้าขาดอินซูลินระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นจนออกมาในปัสสาวะ ทำให้เสียน้ำในปัสสาวะมาก (คณาจารย์ภาควิชาสรีรวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545 : 384)

4.3 ประเภทของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ (Swearingen , 1999 : 450)

1. โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin-dependent diabetes mellitus, IDDM)

เป็นภาวะที่ร่างกายขาดอินซูลินที่มีประสิทธิภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลอย่างสมบูรณ์และเป็นกลุ่มที่มักเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนเกิดภาวะคีโตอะซิโดซิส อาการของโรคมักเกิดก่อนอายุ 30 ปี

2. โรคเบาหวานชนิดไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (Non-Insulindependent diabetes mellitus, NIDDM)

เป็นโรคเบาหวาน มักไม่ต้องการอินซูลินเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากบางครั้ง เป็นกลุ่มที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่ภาวะคีโตอะซิโดซิส เกิดกับคนวัยผู้ใหญ่หรือสูงอายุ การเกิดโรคมักสัมพันธ์กับรูปร่างอ้วนและอายุที่มากขึ้น สามารถรักษาโดยการคุมอาหารเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการรักษา

4.4 สาเหตุของโรคเบาหวาน

ปีทมา โลทเจอร์นิช (2543 : 219-221) และกองบรรณาธิการใกล้หมอ (2549ก : 50-69) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน ตามชนิดของโรคเบาหวาน ดังนี้

1. สาเหตุของโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน

1.1 พันธุกรรม พบว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน มีประวัติคนในครอบครัวเป็นเบาหวานแบบเดียวกัน และจากการศึกษาฝาแฝดในไข่ใบเดียวกัน (Identical twins)

พบว่า เมื่อคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวานก่อนอายุ 40 ปี และเป็นชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน ประมาณร้อยละ 50 ของคู่แฝด อีกคนหนึ่งจะเป็นเบาหวานด้วย

1.2 สิ่งแวดล้อม โรคเบาหวานชนิดที่ 1 มักมาจากการไปสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นทำให้เกิดการทำลายของเบต้าเซลล์ ซึ่งสิ่งแวดล้อมนี้อาจได้แก่ โภชนาการ สารพิษที่ปนมาในอาหาร ทำให้เกิดโรค การติดเชื้อไวรัส โดยพบว่าหลังจากติดเชื้อไวรัสพอกางทุม หัดเยอรมัน ตับอักเสบบจากการติดเชื้อไซโตเมกาโลไวรัส คอกแซคกี บีสี่ (coxsackie B₄) โดยไวรัสอาจไปกระตุ้นปฏิกิริยาออโตอิมมูนในไอส์เลตเซลล์ของตับอ่อน (Islet cell) ทำให้การสร้างและการหลั่งอินซูลินลดลง

1.3 ปฏิกิริยาออโตอิมมูน โรคออโตอิมมูนหลายโรค เช่น ไทรอยด์เป็นพิษ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ มัยแอสทีเนีย เกรวิส ซึ่งเมื่อเกิดโรคผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะมีออโตแอนติบอดีต่อไอส์เลตเซลล์ในระยะแรกของโรค ทำให้มีการทำลายเบต้าเซลล์ (Beta cell)

2. สาเหตุของโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

2.1 พันธุกรรม จากการศึกษาฝาแฝดในไข่ใบเดียวกัน (Identical twins) พบว่า เมื่อคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวานก่อนอายุ 40 ปี และเป็นชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประมาณร้อยละ 90 ของคู่แฝด อีกคนหนึ่งจะเป็นเบาหวานด้วย

2.2 สิ่งแวดล้อม ได้แก่ โภชนาการ ความอ้วน ความอ้วนทำให้เกิดการคัดค้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน การขนถ่ายกลูโคสเข้าสู่เซลล์ลดลง หรือขัดขวางเมตาบอลิซึมของกลูโคสภายในเซลล์ หรือการคัดค้านอินซูลินจากจำนวนหน่วยรับอินซูลิน (Insulin receptor) ที่ Target cell ลดลง ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมาก อาหารที่มีน้ำตาลมากจะดูดซึมได้รวดเร็ว ทำให้กระตุ้นการหลั่งของอินซูลินจากเบต้าเซลล์อย่างเฉียบพลัน ถ้าเป็นเช่นนี้บ่อยๆ ก็ทำให้มีโอกาสเป็นเบาหวานมากขึ้น การขาดการออกกำลังกายจะทำให้เนื้อเยื่อมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออินซูลินไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย จึงมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายอยู่เสมอ

2.3 จากความผิดปกติของตับอ่อน ตับอ่อนเกิดการอักเสบ เช่น มะเร็ง เนื้องอก

2.4 สาเหตุอื่น เช่น การที่มีฮอร์โมนควบคุมการเจริญเติบโต (Growth hormone) สูงมากผิดปกติ ซึ่งฮอร์โมนนี้มีความสามารถในการต่อต้านอินซูลิน ทำให้ความสามารถในการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อลดลง การใช้ยาพวกกลูโคคอร์ติคอยด์และยาคุมกำเนิด จะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างกลูโคสมากขึ้น

โดยในเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคดังนี้ (วรรณิ นิธิยานันท์, 2548 : 41)

1. อายุมากกว่า 45 ปี
2. ประวัติสายตรง (พ่อแม่พี่น้อง) เป็นโรคเบาหวาน
3. เป็นชนเชื้อชาติอินเดีย เชื้อชาติจีน

4. ในชีวิตประจำวันขาดกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสมเพียงพอ
5. น้ำหนักตัวมากเกินไปหรืออ้วน
6. เคยตรวจพบความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด
7. ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักตัวแรกเกิด >4,000 กรัม
8. มีความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท
9. มีโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ
10. ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ HDL-cholesterol ในเลือด < 40 มก./ดล และ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล

4.5 อาการและอาการแสดง

ในผู้ป่วยเบาหวานจะพบอาการและอาการแสดงที่สำคัญและเด่นชัด 4 ประการ คือ(อรรถวรรณ บำรุง, 2550 : ระบบออนไลน์; ปัทมา โทหเจริญนิช , 2543 : 223; อุไร ศรีแก้ว, 2538 : 126)

1. ปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมาก เนื่องจากกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากออกมาทางปัสสาวะโดยไตนี้ จำเป็นต้องดึงน้ำออกมาด้วย ดังนั้นผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลสูงมากเท่าใดก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น ทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนหลายครั้ง

2. ดื่มน้ำมาก (polydipsia) เมื่อเสียน้ำมากจึงเกิดภาวะขาดน้ำ ทำให้คอแห้งกระหายน้ำ ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำจึงต้องชดเชยด้วยการดื่มน้ำมาก ดื่มน้ำบ่อยๆ

3. น้ำหนักลด ผอมลง เนื่องจากในภาวะที่ขาดอินซูลินร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงจำเป็นต้องนำเอาโปรตีนและไขมันที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้แทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

4. หิวบ่อยและรับประทานจุเนื่องจากร่างกายขาดพลังงานจึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยและรับประทานจุ

ส่วนอาการอื่นที่อาจพบได้แก่

- 1) ปัสสาวะมีมดขึ้น
- 2) มีผื่นคัน
- 3) เชื้อราตามผิวหนังและซอกอับ ได้แก่ รักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบ
- 4) เป็นแผลเรื้อรังตามแขนขา เป็นฝีบ่อย เป็นแผลงายหายช้า

- 5) สายตาพร่ามัว
- 6) หลอดเลือดตีบหรืออุดตัน ให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย
- 7) ชาปลายมือปลายเท้า

4.6 การวินิจฉัยโรค

ค่าของระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหารเป็นเวลา 8 ชั่วโมงปกติ มีค่า 60-110 mg/dl ซึ่งถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 mg/dl จะพิจารณาได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ผิดปกติ (Christensen and Kockrow , 1999 : 461)

สำหรับสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดเกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน 3 ประการดังนี้ (กองบรรณาธิการใกล้หมอ, 2549ก : 30)

1. ระดับกลูโคสพลาสมาธรรมดา (Casual plasma glucose)

หมายถึง ระดับน้ำตาลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกินอาหารตามปกติขณะมีการทดสอบเลือด มีความเข้มข้นของน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl ร่วมกับอาการของโรคเบาหวาน

2. ระดับกลูโคสพลาสมาเมื่ออดอาหาร (Fasting plasma glucose/FPG)

หมายถึง ระดับน้ำตาลเมื่อผู้ป่วยงดกินอาหารก่อนตรวจเลือดเป็นเวลา 8 ชั่วโมง ความเข้มข้นของน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl

3. ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด

หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl โดยทำการทดสอบเลือด 2 ชั่วโมง หลังกินกลูโคส 75 กรัม ซึ่งเรียกการทดสอบนี้ว่า Oral Glucose Tolerance Test

4.7 อาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

โรคแทรกซ้อนของเบาหวานแบ่งตามลักษณะการเกิดโรคได้ 2 ประเภท

1. โรคแทรกซ้อนเฉียบพลันจากเบาหวาน (Acute diabetic complication)

โรคแทรกซ้อนเฉียบพลันนี้ขึ้นอยู่กับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นหรือลดต่ำลงจนถึงระดับที่เป็นอันตราย มักพบบ่อยในเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน (กองบรรณาธิการใกล้หมอ , 2549ข : 20)

ภาวะหมดสติจากเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดอาการหมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจมีสาเหตุ จากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอ พลาดเวลาอาหารหลักหรืออาหารว่างรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตน้อย ดื่มสุราขณะท้องว่าง การใช้ยาอินซูลินหรือยาเม็ดรับประทานมากเกินไป หรือออกกำลังกายมากเกินไปแล้วดื่มเพิ่มอาหารระหว่างการออก

กำลังภายใน นอกจากนี้อาจพบได้ขณะที่มีอาการเจ็บป่วยไม่สบาย (อภิสิทธิ์ บุญญาวรกุล, 2545 : 42) นอกจากนี้ยังเกิดจากสาเหตุร้ายแรงได้แก่ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544 : 475-476)

1.1 ภาวะคีโตแอซิโดซิส (Ketoacidosis) พบเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ที่ขาดการฉีดอินซูลินนานๆ หรือพบในภาวะติดเชื้อมาก ร่างกายได้รับบาดเจ็บ ซึ่งร่างกายต้องการอินซูลินมากขึ้น ร่างกายจะมีการเผาผลาญไขมันแทนน้ำตาลทำให้เกิดการคั่งของคีโตนในเลือด จนเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบลึก กระวนกระวาย ขาดน้ำรุนแรง (ตาโป้น้ำหนักเหี่ยว ความดันต่ำ ซิพจรเบาเร็ว) อาจมีอาการท้องเดิน ซึมลง จนกระทั่งหมดสติ หากรักษาไม่ทันอาจตายได้

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง (non-Ketotic hyperglycemia hyperosmolar coma หรือ NKHHC) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เป็นโรคโดยไม่รู้ตัวหรือขาดการรักษา หรือมีภาวะติดเชื้อมาก ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 600 mg/dl ผู้ป่วยจะเกิดภาวะขาดน้ำรุนแรง ซึม เพ้อ ชัก หมดสติ โดยก่อนหน้าหมดสติเป็นวันหรือสัปดาห์ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย

2. โรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวาน (Chronic diabetic complication)

เกิดจากภาวะมีน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานาน โดยโรคแทรกซ้อน มักเกิดกับคนไข้ ที่ปล่อยปละละเลยให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่นานเป็นเวลา 5- 10 ขึ้นไป (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2540 : 48) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้แก่ (ปีพมา โลหเจริญวิช, 2543 : 226-227; สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544 : 475)

2.1 ไต มักเกิดภาวะไตวายมีอาการบวม ชิด ความดันโลหิตสูง ผิวแห้ง เบื่ออาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่พบได้ค่อนข้างบ่อย

2.2 ระบบประสาท ผู้ป่วยอาจเป็นปลายประสาทอักเสบหรือปลายประสาทเสื่อมจะมีอาการชาหรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้า ทำให้เกิดแผลได้ง่าย โดยปลายประสาทเสื่อมจะเป็นสาเหตุหลักของการเกิดแผลได้ร้อยละ 62-87 ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์จากการมีแผล โดยมีโอกาสเป็นแผลสูงถึง 8-18 เท่า และมีโอกาสถูกตัดขา 2- 15 เท่าเทียบกับผู้ไม่มีปลายประสาทเสื่อม (ศิริพร จันทร์ฉาย, 2548 : 173) บางคนอาจมีอาการวิงเวียน เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ภาวะประสาทไม่ทำงาน ทำให้กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่หรือไม่มีแรงเบ่งปัสสาวะ ภาวะอาหารไม่ทำงาน มีอาการจุกเสียด อาหารไม่ย่อย ท้องผูก

2.3 ตา อาจเป็นต้นกระจกก่อนวัย ประสาทตาหรือจอตาเสื่อม และอาจทำให้ตาบอดในที่สุด ซึ่งจากการศึกษาของสุรพล ศิริวัช (2547 : 21-28 อ้างตามคามพ์ มุกด์มณี , 2550 : 89) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อปี พ.ศ. 2544 พบว่าภาวะ

เบาหวานขึ้นจอประสาทตาคิดเป็นร้อยละ 13.82 ซึ่งภาวะดังกล่าวมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว

2.4 ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ถ้าหลอดเลือดแดงที่เท้าแข็งและตีบ เลือดไปเลี้ยงเท้าไม่พออาจทำให้เท้าเย็น เป็นตะคริวปวดขณะเดินมากๆ หรืออาจทำให้เป็นแผลหายยากหรือนิ้วเท้าเป็นเนื้อตายเน่า

2.5 ภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นโรคติดเชื้อได้ง่าย เช่น วัณโรคปอด ภาวะแพ้ปัสสาวะอักเสบ กรวยไตอักเสบ กลาก โรคเชื้อรา เป็นฝีหรือพุพองบ่อย นิ้วเท้าหรือช่องคลอดอักเสบ เป็นต้น

2.6 แผลที่เท้า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีภาวะปลายประสาทอักเสบ และภาวะขาดเลือดทำให้เท้าชาเกิดแผลได้ง่ายและหายยาก เนื่องจากไม่มีความรู้สึกเจ็บเมื่อเกิดบาดแผล ทำให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ เกิดเป็นแผลหรือเป็นเนื้อตายเน่า บางครั้งจำเป็นต้องตัดนิ้วหรือตัดขา ทำให้เกิดภาวะพิการได้ ซึ่งในต่างประเทศมีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์และความชุกของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 1.0 - 4.1 และ 5.3 - 10.5 โดยพบว่า 20 % ของผู้ป่วยเบาหวาน ต้องเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาแผลที่เท้า (กุลภา ศรีสวัสดิ์, 2545 : 37-38)

4.8 การรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวานมีหลักสำคัญคือ จะต้องรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรง ป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งโรคเบาหวานนั้น ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลให้ลดลงอยู่ในระดับที่ปกติ ทำช่วยให้สามารถมีชีวิตอย่างปกติสุขได้

ซึ่งหลักในการรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุมรักษาสมดุลของน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย (พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนาและคณะ, 2543 : 95-97)

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานตั้งแต่แรกได้แก่

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุของการเกิดโรค การดำเนินโรค และแนวทางการรักษา

1.2 อินซูลิน วิธีการฉีดอินซูลิน การเก็บอินซูลิน และการออกฤทธิ์ของอินซูลิน

1.3 ยารับประทานoral hypoglycemia agent กรณีเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1.4 การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะ เมื่อไร อย่างไร

1.5 อาหารกับเบาหวาน การปรับเปลี่ยนแลกออาหาร

1.6 การดูแลตนเองในภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำตาลสูง การปรับขนาดอินซูลิน

เมื่อจำเป็น

- 1.7 การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย เดินทางโอกาสพิเศษ
- 1.8 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเบาหวาน
- 1.9 ที่แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้และการป้องกัน
- 1.10 การปรับตัวของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

2. การให้การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินและยารับประทาน

โดยยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานมี 2 ชนิด (ปีทมา โลหเจริญวิช , 2543 : 223-225)

2.1 ยาเม็ดลดน้ำตาล (OHA=oral hypoglycemia agent) ที่นิยมใช้มี 2 กลุ่ม

2.1.1 ซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylurea) ยากลุ่มนี้จะมีฤทธิ์ในการกระตุ้นเบต้าเซลล์หลังอินซูลินออกมา เช่น Chlorpropamide glibenclamide ผลข้างเคียงที่พบได้คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โซเดียมต่ำ อาจแพ้ยามีอาการผื่นขึ้น เม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ

2.1.2 ไบควาไนด์ (biquanides) ที่ใช้ปัจจุบัน คือ metformin ซึ่งออกฤทธิ์โดย ลดการดูดซึมของกลูโคสในลำไส้ ทำให้เซลล์ตับสร้างกลูโคสลดลง เพิ่ม insulin receptor ยาในกลุ่มนี้มีข้อดี คือ ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และลดระดับน้ำตาลที่สูงหลังอาหารได้ดี ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ เบื่ออาหาร ขมในปาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ขาดวิตามินบีสิบสอง และอาจเกิดกรดแลคติกคั่ง

2.2 ยาฉีดอินซูลิน มักใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน โดยส่วนมากจะสอนให้ผู้ป่วยและญาติคิดเองที่บ้าน ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและยังไม่คือต่อยากิน เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องหันไปฉีดยาฉีดอินซูลิน หลังจากสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีแล้ว ก็จะกลับมาใช้ยากินแบบเดิม (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544 : 447) ซึ่งอาการข้างเคียงที่สำคัญที่เกิดจากการใช้ยาฉีดอินซูลิน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยช็อคและเสียชีวิตได้ อาการที่พบได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น เป็นลมหมดสติ ส่วนผลข้างเคียงอื่นๆได้แก่ แพ้อินซูลิน บวมแดงบริเวณที่ฉีด ตามัว เพราะระดับน้ำตาลเปลี่ยนเร็ว น้ำหนักเพิ่ม และในผู้ป่วยที่ได้รับยาเม็ดหรือยาฉีดอินซูลิน สิ่งสำคัญที่ควรสังเกตหลังได้รับยาแล้ว ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อตามปกติหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยไม่รับประทานหรือรับประทานได้น้อย โอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีได้สูงและพบได้เสมอ (ปีทมา โลหเจริญวิช , 2545 : 248)

3. การวางแผนโภชนาการที่เหมาะสม

การควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ไม่ว่าจะให้การรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วยหรือไม่ก็ตามซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของการควบคุมโรค อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสามารถแบ่งอย่างง่าย ๆ เป็น 3 ประเภท คือ (วิทยา ศรีดามาและพันธ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์ , 2540 : 378-380)

ประเภทที่1 อาหารห้ามรับประทาน

ได้แก่ อาหารน้ำตาลและขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา นมข้นหวาน น้ำเกลือแร่ น้ำผลไม้ซึ่งมีน้ำตาลประมาณ 8-15% เป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นน้ำมะเขือเทศ มีน้ำตาลประมาณ 1 % ควรดื่มน้ำเปล่า น้ำชาหรือกาแฟไม่ใส่น้ำตาล นมข้นหวาน หรือครีมเทียม ควรใส่นมจืดพว่องไขมันหรือน้ำตาลเทียมแทน

ประเภทที่ 2 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน

ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักคะน้า ผักกาด ถั่วฝักยาว ผักบุ้ง ทำเป็นอาหาร เช่น ต้มจืด ยำ สลัด ผัด ผัก เป็นต้น อาหารเหล่านี้มีสารอาหารต่ำ นอกจากนี้ยังมีกากอาหารที่เรียกว่า ไฟเบอร์ ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลงและลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้

ประเภทที่ 3 รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด

ได้แก่ อาหารจำพวกแป้ง (คาร์โบไฮเดรต) ปัจจุบันอาหารจำพวกแป้งนั้นไม่จำกัดจำนวน ถ้าผู้ป่วยไม่อ้วนมาก เนื่องจากรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น ไม่ได้ทำให้น้ำตาลสะสมสูงขึ้น หรือระดับอินซูลินเพิ่มขึ้น การลดอาหารจำพวกแป้งทำให้ต้องเพิ่มอาหารพวกไขมัน ซึ่งอาจเป็นผลให้ระดับไขมันสูงและเพิ่มเนื้อสัตว์ ทำให้หน้าที่ของไตเสียไปเร็วขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคไตร่วมด้วย ในส่วนของผลไม้ควรรับประทานชนิดไม่หวานจัด เช่น ส้มเขียวหวาน มะละกอ สับปะรด แดงโม ชมพู ฝรั่งในปริมาณที่พอเหมาะ เช่น ส้มเขียวหวาน 1 ผล มะละกอ สับปะรด แดงโม มีอยู่ 5-6 ชิ้น ขนาดพอคำ ควรงดผลไม้แห้ง เช่น กลิ้วตาก อินทผลัม ลูกเกด ลำไยแห้ง เป็นต้น

ปริมาณพลังงาน

การคำนวณอาหารต่อวันนั้น ผู้ป่วยเบาหวานต้องการปริมาณอาหารประมาณ 20-45 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัวและกิจวัตรประจำวัน ถ้าน้ำหนักตัวน้อย ควรให้อาหารมากขึ้นเพื่อเพิ่มน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่มาตรฐาน ในขณะที่ถ้าอ้วนควรให้น้อยลง เพื่อลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่มาตรฐาน ถ้าผู้ป่วยทำงานหนักใช้แรงงาน ควรให้ปริมาณอาหารมาก ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้ใช้แรงมากก็ควรให้ปริมาณอาหารต่ำ (สุนันท์ พันธุ์แพ, วชิรา ธนาประชุมและวิทยา ศรีดามา , 2541 : 20)

การคำนวณแคลอรีต่อวันโดยเฉลี่ย คิดได้จากตารางน้ำหนัก ความสูง อายุ เพศ หรือใช้วิธีคำนวณ บี เอ็ม ไอ (BMI= Body Mass Index) ดังสูตร (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก , 2541 : 259)

$$BMI = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กก.)}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ค่าปกติในเพศชาย 20-27 กก./ตร.ม.

ค่าปกติในเพศหญิง 20-24 กก./ตร.ม.

ถ้าคำนวณได้มากกว่าปกติ ก็จัดว่ามีน้ำหนักตัวเกินกว่าที่จะเป็น และถ้าได้ค่าต่ำกว่าปกติ แสดงว่ามีน้ำหนักต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

ปริมาณสารอาหาร

สัดส่วนของอาหารเบาหวาน คาร์โบไฮเดรต:โปรตีน:ไขมัน เท่ากับ 55:15:30 โดยแบ่งตามหมวดหมู่ดังนี้

1. คาร์โบไฮเดรต ให้พลังงาน 4 แคลอรีต่อ 1 กรัม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานควรให้ความสำคัญกับการลดอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต โดยควรลดการกินน้ำตาลและของหวานทุกชนิด (รวมทั้งผลไม้หวานและน้ำผึ้ง) ให้เหลือน้อยที่สุด ควรเลิกกินน้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน เหล้าเบียร์ โดยเฉพาะเหล้าเบียร์นั้นจะให้จำนวนแคลอรีมาก ทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้นมากอย่างรวดเร็ว ควรลดการกินอาหารพวกแป้ง เช่น ข้าว ข้าวเหนียว ขนมปัง ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ วุ้นเส้น เผือก มัน รวมทั้งผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน มะม่วงสุก ลำไย ลิ้นจี่ แต่ควรเลือกอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด เช่นการบริโภคข้าวซ้อมมือแทนข้าวขาว (กองบรรณาธิการใกล้หมอ, 2549 : 116) ซึ่งอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและไฟเบอร์สูงเป็นสูตรอาหารที่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีที่สุดเป็นอันดับสองรองจากการฉีดอินซูลิน โดยอธิบายได้ว่าอาหารที่มีไฟเบอร์สูงช่วยทำให้การดูดซึมช้าลง เป็นผลให้ไม่เกิดระดับน้ำตาลที่สูงทันทีหลังอาหาร รวมทั้งช่วยลดน้ำหนัก ซึ่งช่วยลดความรุนแรงของเบาหวานประเภทไม่พึ่งอินซูลิน (สรจักร ศิริบริรักษ์ , 2542 : 55-57)

2. โปรตีน ให้พลังงาน 4 แคลอรีต่อ 1 กรัม ผู้ป่วยควรหันไปกินอาหารพวกโปรตีน (เนื้อแดง ไข่ นม ถั่วต่าง ๆ) อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ควรเลือกส่วนที่มีไขมันน้อยที่สุด

3. ไขมัน ให้พลังงาน 9 แคลอรีต่อ 1 กรัม ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักมีระดับ triglyceride และ cholesterol ในเลือดสูง ไขมันที่ควรรับประทานคือ ไขมันจากพืช พวกรำข้าว ข้าวโพด ถั่ว ดอกคำฝอย ดอกทานตะวัน ควรลดไขมันจากสัตว์ทุกชนิด รวมทั้ง นม เนย กะทิ มะพร้าว น้ำมันปาล์ม นอกจากนี้ควรลดอาหารพวกไขมัน เช่น ของทอด ของมัน ขาหมู หมูสามชั้น อาหารหรือขนมที่ใส่กะทิ

นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานต้องรับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ กินให้ตรงเวลา ไม่รับประทานจุกจิก กินผักให้มากๆ (ปีทมา โลหเจริญนิช , 2543 : 232)

4. การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม

การออกกำลังกายจะทำให้ความต้องการอินซูลินลดลงและลดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นผลให้ลดขนาดการใช้ยาได้ เชื่อว่าการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จะทำให้ insulin receptor มีความไวต่ออินซูลินมากขึ้น ช่วยส่งเสริมการเผาผลาญและร่างกายนำกลูโคสไปใช้ ได้มากขึ้น โดยสามารถเลือกรูปแบบออกกำลังกายแบบใดก็ได้ เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ จักรยาน ว่ายน้ำ รำมวยจีน เล่นโยคะ กายบริหาร เป็นต้น แต่ควรทำอย่างสม่ำเสมอ โดยที่ชนิดและเวลาในการออก

กำลังกายควรจะเหมือนกันทุกวัน และไม่ควรหักโหมจนเกินไป (ปีทมา โลหเจริญนิช, 2543 : 232) ซึ่งประโยชน์ของการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีดังนี้

4.1 ช่วยให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เพราะขณะออกกำลังกายกล้ามเนื้อและไขมันจะใช้น้ำตาลเพิ่มขึ้น (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541 : 24)

4.2 กระตุ้นระบบการไหลเวียนเลือดและเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ ลดการสร้างมวลกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการลดน้ำหนัก และช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด (Smeltzer and Bare,2000 :984) ซึ่งจะทําให้อาการของโรคเบาหวานดีขึ้น

4.3 ช่วยลดไขมันในเส้นเลือด ซึ่งจะลดโรคแทรกซ้อนบางอย่างของเบาหวานได้ หลักการออกกำลังกายควรทำอย่างสม่ำเสมออย่าให้ขาดตอน อย่างน้อยวันละประมาณ 25 - 30 นาที หรือถึง 1 ชั่วโมง จนเหงื่อออกซึมๆ และสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ไม่ควรออกกำลังกายอย่างหักโหม และไม่ควรรอกกำลังกายขณะหิวหรืออัม

หยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อมีอาการดังนี้ คือ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , 2541 : 26)

1. ตื่นเต้นกระสับกระส่าย
 2. มือสั่น ใจสั่น
 3. เหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย
 4. ปวดศีรษะ ตาพร่า หิว
 5. เจ็บแน่นหน้าอก เจ็บที่หน้าอกร้าวไปที่แขน คอ ขากรรไกร
 6. หายใจหอบมากผิดปกติ
5. การใช้ยาและการพบแพทย์

ผู้ป่วยเบาหวานต้องมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำเพื่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เนื่องจากถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเล็กน้อย (140-200mg/dl) ก็อาจไม่มีอาการผิดปกติให้รู้สึกได้ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชะงักใจ ปล่อยตัวจนเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้ รวมทั้งต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามขนาดที่แพทย์สั่ง ไม่ควรปรับยาหรือหยุดยาเอง เนื่องจากการใช้ยาเกินขนาด อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ การใช้ยาดต่ำกว่าขนาด อาจทำให้ระดับน้ำตาลสูง ควบคุมโรคไม่ได้ (สุรเกียรติ อชานานุภาพ, 2544 : 478; เสนอ อินทรสุขศรี, ม.ป.ป.:231-231)

6. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ปีทมา โลหเจริญนิช, 2543 : 233-234; สุรเกียรติ อชานานุภาพ , 2544 : 480-483; อุไร ศรีแก้ว , 2538 : 128)

6.1 การดูแลสุขภาพเท้า

6.1.1 ผู้ป่วยควรหมั่นดูแลรักษาเท้าเป็นพิเศษ ระวังอย่าให้เกิดบาดแผลหรือการอักเสบ ซึ่งอาจลุกลามจนกลายเป็นแผลเน่าจนต้องตัดนิ้วหรือขาทิ้ง เช่น

6.1.2 ควรล้างเท้าให้สะอาดด้วยสบู่ เช็ดให้แห้ง โดยเฉพาะตรงซอกเท้า อย่าถูแรง ๆ เพราะผิวหนังอาจถลอกหรือเป็นแผลได้

6.1.3 เวลาตัดเล็บควรตัดออกตรงๆ อย่าตัดโค้งหรือตัดถูกเนื้อเล็บ และควรตัดเล็บหลังล้างเท้าหรือหลังอาบน้ำใหม่ๆ เพราะเล็บจะอ่อนและตัดง่าย ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ 4.6 เท่านั้น ที่มีการตัดเล็บอย่างถูกต้อง (รัชณี โชติมงคล, อัมพรพรรณ ธีรานุตร และสุวรรณ บุญยะสิทธิ์, 2549 : บทคัดย่อ)

6.1.4 อย่าเดินเท้าเปล่า เวลาออกนอกบ้านหรือเดินบนพื้นที่สกปรก ระวังเหยียบถูกของมีคม หนาม หรือของร้อน (เช่น ถ่าน) จนเป็นแผลเน่าได้ อย่าสวมรองเท้าคับไป หรือถูงเท้ารัดแน่นเกินไป

6.1.5 ถ้าเป็นหูดหรือตาปลาที่เท้า ควรให้แพทย์รักษา อย่าตัดหรือแกะเอง

6.1.6 ถ้ามีตุ่มพอง มีบาดแผล หรือการอักเสบที่เท้าควรรีบไปให้แพทย์รักษา อย่าใช้เข็มบ่ง (ตุ่มพอง) เอง หรือใช้ทิงเจอร์ไอโอดีน หรือไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ชะแผล ควรล้างแผลด้วยน้ำสะอาดกับสบู่ และปิดแผลด้วยผ้าก๊อซที่ฆ่าเชื้อโรคแล้ว และติดด้วยพลาสติกอย่างนิ่ม อย่าใช้พลาสติกธรรมดา

6.1.7 มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยเบาหวานอย่างเหมาะสม ได้แก่ (คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2544 : 425)

- บริเวณพื้นบ้านต้องเก็บกวาดให้เรียบร้อย ห้ามมีสิ่งของโดยเฉพาะของมีคมวางอยู่

- รองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องได้รับการตรวจก่อนใส่เสมอ เพื่อป้องกันสิ่งแปลกปลอมซ่อนอยู่ภายในรองเท้า

6.1.8 ตรวจสอบเท้าทุกวัน ดูบาดแผล หนองผิวหนังง้ำ หรือผิวหนังเปลี่ยนสี บวมหรือมีแผลเปิด แจ้งเรื่องเหล่านี้ให้แพทย์ทราบโดยไม่ชักช้า (ใช้กระจกส่องดูฝ่าเท้าหรือถ้าทำได้ลำบากก็ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (สุนทร ตันชนันท์, 2548 : 27-28)

6.2 ผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด เพราะมีหลักฐานทางการแพทย์ที่แน่ชัดว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดและเร่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการตีตันของหลอดเลือดขนาดเล็ก (Retinopathy, Nephropathy, Neuropathy) และหลอดเลือดขนาดใหญ่ (สุภาวดี ลิขิตมาศกุล, ชนิกา ตูจินดา และคัทรี ชัยชาญวัฒนากุล, 2542 : 149)

6.3 ผู้ป่วยอย่าซื้อยาชุดกินเอง เพราะยาบางอย่างอาจเพิ่มน้ำตาลในเลือดได้ เช่น สเตอโรยด์ ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น และยาบางอย่างอาจเสริมฤทธิ์ของยารักษาเบาหวาน ทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำได้ เช่น แอสไพริน เฟนิลบิวตาโซน ซัลฟา เป็นต้น ถ้ามีความจำเป็นต้องใช้ยาเองต้องแน่ใจว่า ยานั้นไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด

6.4 ผู้ป่วยเบาหวานที่กินยาหรือฉีดยาเป็นประจำทุกวัน ถ้าหากมีอาการหิว ใจหิว ใจสั่น หน้ามืด ตาลาย ตัวเย็น อาจมีภาวะของน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรรีบกินน้ำตาลหรือของหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่กินอาหารน้อยลงหรือกินผิดเวลาหรือทำงานหรือออกกำลังกายหักโหม กว่าปกติหรือใช้ยาเกินขนาด ผู้ป่วยควรพกน้ำตาล ลูกอม หรือของหวาน ติดตัวเวลาเดินทางไปไหนมาไหนไว้ใช้กินทันทีที่มีอาการสงสัยว่าอาจเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

6.5 หมั่นตรวจน้ำตาลในเลือดเป็นประจำ ช่วยให้สามารถรู้ได้ว่า ควบคุมน้ำตาลได้ดีเพียงไร ถ้าเป็นไปได้ควรซื้อเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีเทคนิคการตรวจอย่างง่าย ๆ ไว้ตรวจเองที่บ้านทุกวัน จะช่วยให้สามารถประเมินผลการรักษา และปรับอาหารให้สอดคล้องกับระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น

6.6 ควรพบแพทย์ประจำตัวที่ระบุถึงโรคและยาที่ใช้รักษา เพื่อว่าหากเกิดเป็นลมหมดสติระหว่างเดินทาง แพทย์จะได้ให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องและทันการ

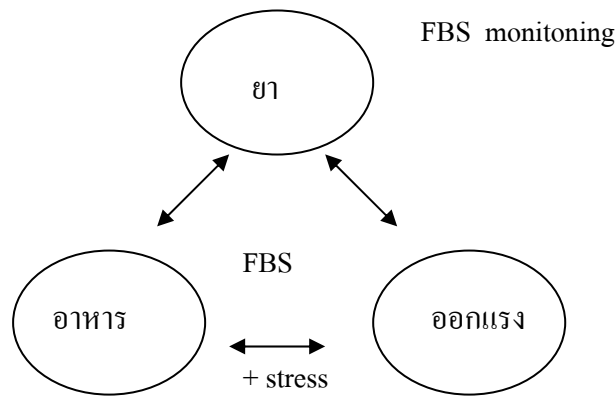
7. การควบคุมอารมณ์และจัดการกับความเครียด

โรคเบาหวานเป็นภาวะเรื้อรัง ที่ต้องดูแลรักษาตนเองตลอดชีวิต จากการศึกษาของพรทิพย์ ชุ่นอื้อ, วันดี สุทธิรังษีและบุญวดี เพชรรัตน์(2549 : 83) ที่ทำการวิจัยเรื่องภาวะซึมผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กรณีศึกษาผู้รับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลตรัง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.1 โดยมีสาเหตุหลักมาจาก สัมพันธภาพในครอบครัว รองลงมาคือความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยรู้สึกเครียดในปัญหาการเจ็บป่วยของตนที่เป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ต้องมาเป็นภาระให้กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งความเครียดหรือกังวลใจมากๆ จะทำให้น้ำตาลถูกขับออกจากตับมาก มีผลให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานควรทำจิตใจให้สบาย มีการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6- 8 ชั่วโมง การจัดการกับความเครียดทำได้โดยการพัฒนาความคิดด้านบวก ถ้ามีโอกาสควรทำงานอาสาสมัคร หรือสาธารณกุศล เข้าสมาคมชมรมหรือกลุ่มกิจกรรมต่างๆ จะช่วยให้รู้สึกตนเองมีคุณค่าและหายเครียด

ซึ่งคุณลักษณะในการดูแลรักษาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แสดงได้ดังนี้

ภาพประกอบ 8 คุณภาพในการดูแลรักษาเบาหวาน

* คุณลักษณะ



ที่มา : สุรเกียรติ อชานานุภาพ, 2547 : 95

5. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับโรคของตนเป็นระยะเวลายาวนาน และเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว แต่โรคเบาหวานไม่ใช่โรคร้ายแรงเช่นเอ็ดส์หรือมะเร็ง เพียงแต่เป็นภาวะที่ร่างกายเบี่ยงเบนไปจากปกติ ซึ่งถ้าหากรู้จักดูแลรักษาและปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมจะสามารถควบคุมภาวะเบี่ยงเบนหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ให้กลับสู่ภาวะปกติเช่นคนทั่วไปได้ สามารถมีชีวิตยืนยาวและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขได้ (สุรเกียรติ อชานานุภาพ, 2544 : 480-481) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มีเป้าหมายในการดูแลแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน ดังคำกล่าวของฟิฟส์ (Phipps, 1999 อ้างตามจากรุวรรณ มานะสุรการ, 2544 : 51) ที่ว่า เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังไม่ใช่การรักษา แต่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพของตน การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วย ช่วยชะลอการดำเนินโรค และลดการเกิดการกำเริบของโรค (Connelly, 1987 อ้างตามจากรุวรรณ มานะสุรการ, 2544 : 91) ทำให้ผู้ป่วย

สามารถมีชีวิตได้อย่างมีความสุขไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสำคัญอย่างยิ่ง แนวทางการดูแลตนเองประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) ของ Orem มีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 : 154)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป (Universal self-care)

1.1 การคงไว้ซึ่งน้ำและอาหารที่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ทำให้ไม่สามารถดึงน้ำตาลมาใช้ได้ จึงต้องนำโปรตีนและไขมันที่เก็บสะสมมาใช้แทน จึงมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง น้ำหนักลด ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องมีการควบคุมอาหาร โดยควรลดอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต โดยลดการกินน้ำตาลและของหวานทุกชนิดให้เหลือน้อยที่สุด ควรเลิกกินน้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน เหล้าเบียร์ แต่ควรเลือกอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด คืออาหารที่มีกากใยสูง ซึ่งเส้นใยอาหารจากพืชจะมีกรดกิมเนมาช่วยขัดขวางการดูดซึมน้ำตาลในลำไส้ ช่วยป้องกันไม่ให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (พนิดา กุลประสูติดิถ, 2543 : 182) ควรลดอาหารพวกไขมัน เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมักจะมีปัญหาไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย (อุไร ศรีแก้ว, 2538 : 127) และควรบริโภคน้ำในปริมาณที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำเนื่องจากการขับถ่ายปัสสาวะที่บ่อยครั้งและภาวะน้ำเกินในรายที่มีภาวะไตวายร่วมด้วย (ปีพมา โลหเจริญวนิช, 2543 : 228) แต่จากการศึกษาของอุไร วินิจกุล (2544 : 31) กลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องเรื่องการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักจะหิวบ่อยและมักรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าวเหนียว ขนมหวาน ผลไม้ที่มีรสหวาน ซึ่งรับประทานตามความคุ้นเคยไม่จำกัดปริมาณ

1.2 การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน มักมีความผิดปกติของหลอดเลือดแดง คือ หลอดเลือดแดงจะแข็งและตีบ ทำให้เซลล์ขาดออกซิเจนซึ่งจะส่งผลให้เกิดปลายประสาทอักเสบ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือดและไตวายได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยให้ระบบหลอดเลือดและหัวใจทำงานสมบูรณ์ขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ (สุรเกียรติ์ อาษานานุภาพ, 2544 : 475; ปีพมา โลหเจริญวนิช, 2543 : 232)

1.3 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีอาการปัสสาวะบ่อย ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ (ปีพมา โลหเจริญวนิช, 2543 : 228)

1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ผู้ป่วยเบาหวานควรมีกิจกรรมการออกกำลังกายและการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ ซึ่งการออกกำลังกายทำให้ความไวของอินซูลินเพิ่มขึ้น น้ำหนักลดลง ซึ่งมีผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้การออก

กำลังกายและการพักผ่อนที่เพียงพอจะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ลดการหลั่งน้ำตาลออกมาจากตับ (อุไร ศรีแก้ว , 2538 : 129)

1.5 การรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถทางด้านร่างกาย ทำให้อ่อนเพลียง่าย ไม่มีแรง นอกจากนี้อาจมีความทุพพลภาพทางร่างกาย เช่น เคลื่อนไหวร่างกายได้ไม่เป็นปกติ บางรายช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาคือคนอื่น ซึ่งผลกระทบดังกล่าวมีผลทำให้เกิดภาวะเครียดในชีวิตผู้ป่วย เกิดความสูญเสียความพึงพอใจและอัตมโนทัศน์ ทำให้เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า ไม่พึงพอใจในตนเองส่งผลต่อการไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับใคร หรือไม่ยอมออกสู่สังคมภายนอก (พิไลรัตน์ ทองอุไร , 2541 : 37-39) ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีการสร้างพลังอำนาจในตัวเอง มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เพื่อให้รู้สึกถึงการมีคุณค่าและไม่เกิดความเครียด

1.6 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องปฏิบัติตามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เป็นปกติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมา ซึ่งจะส่งผลการทำหน้าที่ต่างๆหรืออาจส่งผลต่อชีวิตได้

1.7 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง เป็นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้มีความสุขตามอัตภาพ คือ มีความสุขแม้ว่าจะมีรอยรอยของความพิการหลงเหลือจากภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self- care)

เป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้การดำเนินไปของชีวิตเป็นไปตามพัฒนาการที่เหมาะสม

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self - care)

เป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งดัดแปลงจากแนวคิดของประคอง อินทรสมบัติ (2534 : 154) ดังนี้

- 3.1 การแสวงหาวิธีการรักษาโรคเบาหวานที่เหมาะสม
- 3.2 มีความรู้เรื่องการควบคุมโรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- 3.3 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย และการฟื้นฟูสุขภาพ
- 3.4 มีการตรวจสอบตนเอง ตรวจสอบแผนการรักษา เมื่อมีการปรับเปลี่ยนยาหรือเปลี่ยนแผนการรักษาใหม่
- 3.5 มีการปรับความความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด เหนื่อยล้าจากภาวะของโรคหรืออาการแทรกซ้อนของเบาหวาน

3.6 ขอมรับภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้น ที่เป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเช่นต้องตัดนิ้วในรายที่มีเนื้อตายที่นิ้ว

3.7 เรียนรู้วิธีการดำเนินชีวิตและการปรับตัวต่อพยาธิสภาพของโรคจากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถสรุปแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็น 5 ประการดังนี้

1. การควบคุมอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การใช้ยาและการพบแพทย์
4. การจัดการความเครียด
5. พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุนีย์ เก่งกาจ (2544 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 100 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมและรายด้านในระดับสูง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมและรายด้านสูงทุกด้านยกเว้น ด้านการออกกำลังกายมีพฤติกรรมป้องกันในระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าม้งานวิจัยจำนวนน้อยที่ทำการ ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นข้าพเจ้าจึงสนใจที่จะทำการศึกษ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดการดูแลตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

. กรอบแนวคิดในการวิจัย

