

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยการสนับสนุนครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลตาคี อำเภอตาคี จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยได้ศึกษา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคเบาหวาน
 - 1.1 ความหมาย กลไกการเกิดโรคและการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
 - 1.2 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2
 - 1.3 การรักษาโรคเบาหวานและการติดตามประเมินผลการควบคุมโรคเบาหวาน
 - 1.4 พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน
3. กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน
4. การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
5. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
6. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวาน

ความหมาย กลไกการเกิดโรคและการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่มีลักษณะสำคัญ คือ ระดับน้ำตาล กลูโคสสูงในเลือด (Hyperglycemia) ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน (Insulin Deficiency) หรือ การออกฤทธิ์ของอินซูลิน (Insulin Resistance) หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งทำให้มีการทำลาย การเสื่อมสมรรถภาพ และการล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ตา (Retinopathy) ไต (Nephropathy) เส้นประสาท (Neuropathy) หลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Microangiopathy) และหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macroangiopathy) (สุทิน ศรีวัชรภาพร, 2548)

ชนิดของโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, ADA)

ได้เสนอระบบการแบ่งชนิดโรคเบาหวานออกเป็น 4 ชนิดคือ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 โรคเบาหวานที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ และโรคเบาหวานที่เกิดจากการตั้งครรภ์ (สุทิน ศรีอัษฎาพร, 2548, หน้า 2) โรคเบาหวานแต่ละชนิดมีความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเปลี่ยนแปลงไปตามระยะของโรคและความรุนแรงของสาเหตุของการเกิดโรค

กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เดิมเรียกว่าเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin-Dependent) เป็นผลจากพยาธิปัจจัยที่สำคัญสองประการร่วมกัน ได้แก่ภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance) และภาวะขาดอินซูลินสัมพัทธ์ (Relative Insulin Deficiency) โดยที่ผู้ป่วยอาจมีภาวะใดภาวะหนึ่งมากกว่าก็ได้ ในระยะแรกภาวะน้ำตาลสูงในเลือดจะไม่รุนแรงและผู้ป่วยยังไม่มีอาการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ พันธุกรรม อายุที่เพิ่มสูงขึ้น ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ประวัติการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงและความผิดปกติของไขมันในเลือด (สุทิน ศรีอัษฎาพร, 2548, หน้า 10)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากความผิดปกติหลัก 2 อย่างคือ

1. ความบกพร่องในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน คือภาวะที่รีเซปเตอร์ (Receptor) ต่ออินซูลินที่เนื้อเยื่อมีจำนวนลดลงทำให้ มีการเพิ่มการสร้างกลูโคสจากตับเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลให้เกิดการเพิ่มของน้ำตาลในขณะอดอาหาร การเพิ่มอัตราการผลิตน้ำตาลจากตับนี้เป็นผลจากความผิดปกติของความสามารถของอินซูลินและน้ำตาลซึ่งในภาวะปกติจะสามารถระงับการหลั่งน้ำตาลจากเซลล์ตับได้ นอกจากนี้ยังอาจเป็นผลเสริมจาก กลูคากอน (Glucagon) ซึ่งเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามปกติแล้วในระยะอดอาหารตับจะเปลี่ยนหน้าที่จากการสร้างน้ำตาลมาเป็นการเก็บน้ำตาลและสะสมอยู่ในรูปของกลูคากอน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีการลดลงของการผลิตน้ำตาลช้ากว่าคนปกติทำให้น้ำตาลในช่วงหลังอาหารเพิ่มมากขึ้น มีการใช้น้ำตาลผ่านทางกล้ามเนื้อลดลงเนื่องจากมีความผิดปกติของกล้ามเนื้อในการกำจัดน้ำตาลจากกระแสเลือด (วิทยา ศรีดามา, 2545)

2. ความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน ร่างกายมีการหลั่งอินซูลินน้อยกว่าปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการแสดงของโรคเบาหวานแต่ยังไม่เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน (Ketoacidosis) เหมือนกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แต่หากผู้ป่วยไม่ระมัดระวังและไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง น้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนต้องพยายามขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยเสียน้ำมากและเกิดภาวะขาดน้ำ ไตทำงานลดลงทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอีก เพราะถูกขับออกจากร่างกายไม่ได้ ภาวะรับรู้ของผู้ป่วยจะลดลงเรื่อย ๆ ในที่สุดอาจหมดสติ และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ภาวะนี้เรียกว่า โคมาจากน้ำตาลในเลือดสูงมาก (Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Koma) (Stapp & Hodge, n.d. อ้างถึงใน

ยวมาลย์ ศรีปัญญาวุฒิศักดิ์, 2546)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มักมีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้กรรมพันธุ์ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอย่างมาก ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานชนิดนี้ได้มากด้วย อาการที่เกิดขึ้นมิได้ตั้งแต่มิแสดงอาการเลยแต่ตรวจพบโดยบังเอิญหรือมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป จนถึงขั้นแสดงอาการรุนแรง ในคนอ้วนอินซูลิน จะออกฤทธิ์ได้น้อยกว่าปกติจึงเป็นเหตุให้คนอ้วนเป็นเบาหวานประเภทนี้กันมาก

อาการของโรคเบาหวานที่พบบ่อยคือ (เทพ หิมะทองคำ, 2545, หน้า 32)

1. บัสสาวะบ่อย มีปริมาณมาก คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก
2. น้ำหนักลด ผอมลง
3. หิวบ่อยและรับประทานจุ

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน พิจารณาที่ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเกณฑ์ สมาคม

โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, ADA, 2004) กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานดังนี้ (สุทิน ศรีอัมภาพร, 2548)

1. มีอาการของโรคเบาหวาน ร่วมกับ ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำ เวลาใดก็ตามมีค่า ≥ 200 mg/ dl
2. ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำหลังรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีแคลอรีเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose) ≥ 126 mg/ dl
3. ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำที่เวลา 2 ชม. หลังรับประทานน้ำตาล 75 กรัม (2-Hour Plasma Glucose) ≥ 200 mg/ dl
4. ในกรณีที่ตรวจพบระดับพลาสมากลูโคสสูงตามเกณฑ์ในข้อ 1-3 แต่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานที่ชัดเจนให้ตรวจซ้ำเพื่อยืนยันอีกครั้งในต่างวันกัน

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยโรคเบาหวานตาม ADA

การวินิจฉัย	เกณฑ์การวินิจฉัยโดยค่า FPG		เกณฑ์การวินิจฉัยโดยค่า 2-h PG	
	มก./ ดล.	มิลลิโมล/ ลิตร	มก./ ดล.	มิลลิโมล/ ลิตร
ปกติ	< 100	< 5.6	< 140	< 7.8
ภาวะ IFG	100-125	5.6-6.9	-	-
ภาวะ IGT	-	-	140-199	7.8-11.0
โรคเบาหวาน	≥ 126	≥ 7.0	≥ 200	≥ 11.1

การวินิจฉัยโรคเบาหวานในปัจจุบันนิยมใช้การวัดระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำหลังงดรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีแคลอรีเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เนื่องจากมีความสะดวกและเหมาะที่จะใช้ในเวชปฏิบัติ

ในการศึกษาครั้งนี้ให้ความหมายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึงผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการหลังอินซูลิน หรือ การออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลกลูโคสสูงในเลือด ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา คือตรวจพบระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำหลังงดรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีแคลอรีเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ≥ 126 mg/dl และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการรุนแรงถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือจะมีอันตรายถึงแก่ชีวิต ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ

1.1 ภาวะฮัยเปอร์กลัยซีมีค ฮัยเปอร์ออสโมลาร์ นอนคีโตนิค ซินโดรม

(Hyperglycemic Hyperosmolar Nonketonic Syndrome, HHNS) เกิดจากการที่ร่างกายมีภาวะขาดอินซูลินอย่างรุนแรงและภาวะคีโตนอินซูลิน ซึ่งเป็นผลให้ระดับกลูโคสในเลือดสูงขึ้นอย่างมากจนทำให้เกิดภาวะฮัยเปอร์ออสโมลาร์ขึ้น แต่ไม่มีการผลิตคีโตนเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีการสลายไขมันน้อยกว่าภาวะคีโตนอะซิโดสิส เกิดในผู้ป่วยที่ไม่ได้ควบคุมโรคเบาหวานหรือควบคุมโรคเบาหวานไม่ดีร่วมกับมีปัจจัยชักนำร่วมด้วย ได้แก่ ภาวะติดเชื้อ ได้รับอุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวาย การได้รับยาบางชนิด เช่น คอร์ติโคสเตอรอยด์

(Corticosteroid) ไทอาไซด์ (Thiazide) และการได้รับน้ำตาลเข้าสู่ร่างกายเป็นจำนวนมาก อาการ

และอาการแสดงที่พบคือ ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำมาก ความดันเลือดต่ำ และช็อกในรายที่เป็นรุนแรง นอกจากนี้ยังเป็นผลจากภาวะฮัยเปอร์ออสโมลาร์ ได้แก่ ซึมลง หมดสติ และชักเกร็ง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของฮัยเปอร์กลัยซีมีค ฮัยเปอร์ออสโมลาร์ นอนคีโตนิค ซินโดรม ได้แก่ ภาวะความผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือด (Disseminated Intravascular Coagulation, DIC) และภาวะหลอดเลือดแดงอุดตัน ซึ่งเป็นผลจากภาวะเลือดข้น ความดันเลือดต่ำและเลือดจับกันเป็นลิ่มเพิ่มขึ้นผู้ป่วยอาจมีอาการที่เกิดจากเนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสมองขาดเลือด แอ่งกรีนของขา แอ่งกรีนของลำไส้ ภาวะหลอดเลือดแดงอุดตันเป็นสาเหตุการตายประมาณร้อยละ 33 ของผู้ป่วยที่มีภาวะฮัยเปอร์กลัยซีมีค ฮัยเปอร์ออสโมลาร์ นอนคีโตนิค ซินโดรม ที่เสียชีวิต (สุทิน ศรีอัฐภาพร, 2548, หน้า 328)

ณัฐิกานุจน์ วิสุทิมรรค (2542, หน้า 23) กล่าวว่าภาวะฮัยเปอร์กลัยซีมีค ฮัยเปอร์ออสโมลาร์ นอนคีโตนิค ซินโดรม พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ร้อยละ 80 มักเป็นคนอ้วน สอดคล้องกับ สุทิน ศรีอัฐภาพร (2548, หน้า 330) ที่กล่าวว่ามักเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดฮัยเปอร์กลัยซีมีค ฮัยเปอร์ออสโมลาร์ นอนคีโตนิค ซินโดรม คือผู้สูงอายุมีการทำงานของศูนย์รับความรู้สึกกระหายน้ำ (Thirst Center) ลดลงจึงไม่รู้สึกกระหายน้ำ ใต้มีความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้น (Concentrating Ability) ลดลงตามอายุ ซึ่งทำให้การขับกลูโคสออกทางปัสสาวะลดลง เป็นผลให้ระดับกลูโคสในเลือดสูงมากขึ้น ปริมาณน้ำรวมทั้งร่างกายและความสามารถในการจัดหาน้ำดื่มด้วยตนเองลดลง ทำให้มีภาวะขาดน้ำรุนแรงร่วมด้วย

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เกิดจากภาวะที่ร่างกายมีการใช้กลูโคสในอัตราที่สูงกว่าอัตราที่กลูโคสเข้าสู่กระแสเลือดทำให้ระดับพลาสมากลูโคสลดต่ำลง การลำเลียงกลูโคสจากกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์สมองลดต่ำลงเป็นผลให้เซลล์สมองมีการทำงานบกพร่องและอาจตายไปในที่สุดทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้ ลักษณะทางคลินิกของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ อาการออโตโนมิก (Autonomic) จะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อมีระดับพลาสมากลูโคสประมาณ 50-55 mg/ dl ผู้ป่วยจะมีอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว มือสั่น คลื่นไส้ เหงื่อออก อาการดังกล่าวเป็นสัญญาณเตือนก่อนที่จะมีอาการสมองขาดกลูโคส อาการสมองขาดกลูโคสจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อมีระดับพลาสมากลูโคสต่ำกว่า 45-55 mg/ dl ผู้ป่วยจะมีอาการมึนงง ปวดศีรษะ ปฏิกริยาตอบสนองของข้าง ลับสน ตาพร่ามัว พูดซ้ำ ๆ ว่างซิม ชักและหมดสตินอกจากนี้ อาจมีอัมพาตครึ่งซีกคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแบ่งเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาล (Oral Hypoglycemic Agent) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน และ

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาลร่วมกับอินซูลิน ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาล ได้แก่ ชนิดของยา อายุที่มากขึ้น การทำงานของไตหรือตับบกพร่อง จากการศึกษาผลของการควบคุมเบาหวานอย่างเข้มงวดเปรียบเทียบกับ การควบคุมเบาหวานแบบธรรมดาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่จำนวน 3,867 ราย เป็นเวลานาน 10 ปี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมเบาหวานอย่างเข้มงวดมีอัตราการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมเบาหวานแบบธรรมดา (สุทิน ศรีธัญญาพร, 2548, หน้า 357)

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน กล่าวคือ ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานนานขึ้นจะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากขึ้น การควบคุมเบาหวานและดูแลตนเองให้ถูกต้องจะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนให้ช้าลงหรือป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น พันธุกรรม ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ความอ้วนและการออกกำลังกาย (เทพ หิมะทองคำ, 2545, หน้า 43) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแบ่งออกเป็น

2.1 ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งทำให้มีการตีบตันของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ที่สำคัญ 3 แห่งคือ หลอดเลือดแดงโคโรนารี หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดส่วนปลายที่ขาทำให้เกิดพยาธิสภาพกับอวัยวะที่เส้นเลือดนั้นไปเลี้ยง เช่น โรคอัมพาต โรคหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจวาย มีอาการแขนขาอ่อนแรง มีอาการปวดขาเวลาเดิน โดยเฉพาะ ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงโคโรนารี เป็นภาวะแทรกซ้อนและสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น (วิทยา ศรีดามา, 2545, หน้า 168)

2.2 ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงฝอย พยาธิสภาพเกิดที่หลอดเลือดแดงฝอย คือมีการหนาตัวของหลอดเลือดฝอยทั่วร่างกายส่งผลต่ออวัยวะต่าง ๆ อวัยวะที่สำคัญพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานคือ

2.2.1 ภาวะแทรกซ้อนที่จอตา (Diabetic Retinopathy) หรือเบาหวานขึ้นตา เกิดจากเส้นเลือดของจอรับภาพของตาจะโป่งพองหรือมีเส้นเลือดแตก แต่อาจไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยจึงมักไม่รู้ตัวยกเว้นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในตำแหน่งที่สำคัญของจอรับภาพคือ บริเวณจุดศูนย์กลางของการมองเห็น (Macula) หรือบางครั้งอาจจะมีการแตกของเส้นเลือดอย่างมาก จนบังจอรับภาพหมดก็จะทำให้มองไม่เห็นหรือเกิดตาบอดกระทันหันได้ เบาหวานขึ้นตามีความสัมพันธ์โดยตรงกับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน ตามสถิติพบว่าหากผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมา 10 ปีจะมีโอกาสเกิดเบาหวานขึ้นตาได้ 50 คน ใน 100 คน หรือหากเป็นเบาหวานมานาน 20 ปีโอกาสที่จะเกิดสูงถึง 90 คน ใน 100 คน ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับ

ระยะเวลาของการเป็นเบาหวานและการควบคุมเบาหวานว่าทำได้ดีเพียงใดและสุดท้ายคือกรรมพันธุ์ ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดตาบอดได้มากที่สุด ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสตาบอดสูงเป็น 20 เท่าของคนปกติ (เทพ หิมะทองคำ, 2545, หน้า 44) การป้องกันไม่ให้ตาบอดสามารถทำได้โดยการตรวจตาที่จักษุแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ในกรณีที่เบาหวานขึ้นตารุนแรงจนมีเลือดออกในน้ำวุ้นของลูกตา (Vitreous Hemorrhage) เกิดการลอกหลุดของจอภาพทำให้ตาบอด การผ่าตัดตาเพื่อเปลี่ยนน้ำวุ้นลูกตาและซ่อมจอภาพอาจช่วยในการมองเห็นดีขึ้นได้แต่จะไม่เหมือนปกติ

2.2.2 ภาวะแทรกซ้อนที่ไต (Diabetic Nephropathy) เป็นโรคแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานพบอุบัติการณ์ของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 3-35 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (วิทยา ศรีดามา, 2545, หน้า 127) ภาวะแทรกซ้อนที่ไตเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดสาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน สิ่งที่น่าจะมีภาวะแทรกซ้อนที่ไตคือการตรวจพบโปรตีนแอลบูมิน (Albumin) ในปัสสาวะ ในระยะแรกที่โปรตีนแอลบูมินยังรั่วออกจากไตน้อยคือวันละประมาณ 30-300 มิลลิกรัม เรียกว่าภาวะไมโครแอลบูมิน (Microalbumin) การตรวจปัสสาวะในระยะนี้หากใช้วิธีปกติจะไม่สามารถตรวจพบได้ ต้องใช้วิธีการตรวจพิเศษหากดูแลภาวะแทรกซ้อนที่ระยะนี้ให้ดี เช่น การควบคุมความดันโลหิตเลือกยาลดความดันให้เหมาะสม การควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ดีที่สุด และการจำกัดอาหารโปรตีนที่รับประทาน สามารถที่จะช่วยให้การทำงานของไตกลับสู่ปกติได้ แต่ปัญหาก็คือการวินิจฉัยต้องอาศัยการตรวจปัสสาวะโดยวิธีพิเศษเนื่องจากผู้ป่วยยังไม่มีอาการ เมื่อภาวะแทรกซ้อนที่ไตมีมากขึ้นผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะแมโครแอลบูมิน (Macroalbumin) คือจะมีแอลบูมินในปัสสาวะวันละมากกว่า 300 มิลลิกรัม และหากโปรตีนแอลบูมินรั่วออกจากร่างกายมากขึ้นจะทำให้โปรตีนแอลบูมินในเลือดต่ำลงเกิดอาการบวมโดยเฉพาะบริเวณเท้า ในระยะแรกอาจบวม ๆ ยุบ ๆ และต่อมาก็จะบวมตลอดเวลาและบวมทั่วตัว ในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยมักมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยสุดท้ายจะเข้าสู่ภาวะไตพิการหรือไตวายเรื้อรัง มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชีพลง ไม่รู้สึกตัว หรือเกิดอาการชักได้ รวมทั้งอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด การรักษาภาวะไตวายเรื้อรังก็คือการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และในขั้นสุดท้ายคือการเปลี่ยนไตเมื่อสภาวะผู้ป่วยอานวยและมีไตที่เหมาะสมกับเนื้อเยื่อผู้ป่วย

2.2.3 ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท (Diabetic Neuropathy) เป็นโรคทางระบบประสาทส่วนปลายที่พบบ่อยที่สุด โรคเบาหวานมีผลต่อระบบประสาทส่วนปลายแตกต่างกันดังนี้

2.2.3.1 อาการที่เกิดจากประสาทส่วนปลายเสื่อมเป็นความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ป่วยมักจะสูญเสียประสาทรับความรู้สึกบริเวณเท้าเริ่มที่ปลายนิ้วเท้า

และลูกกลมขึ้นไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บและไม่รับรู้ความร้อนที่เท้าและขาทั้ง 2 ข้าง การสูญเสียประสาทการรับรู้เหล่านี้ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่เท้าได้ง่าย และบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมักถูกละเลยเพราะผู้ป่วยไม่เจ็บโดยเฉพาะหากเกิดขึ้นที่ตำแหน่งของเท้าที่เป็นจุดรับน้ำหนักของร่างกายแผลก็จะไม่หาย ยิ่งร่วมกับภาวะที่เส้นเลือดผิดปกติมีเลือดไปเลี้ยงที่เท้าไม่เพียงพอด้วยแล้วโอกาสที่จะต้องสูญเสียเท้าจะสูงขึ้นมาก ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสที่จะสูญเสียเท้าสูงถึง 40 เท่าของคนปกติ บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการปวดเส้นประสาทขึ้นได้ โดยมีอาการปวดแสบปวดร้อนหรือรู้สึกเหมือนมีไฟช็อตหรือมีความรู้สึกเหมือนมีตัวมดมาไต่ตัวไรมาตอมอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลานอน ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่จะทำให้เท้าหายขาดได้ การควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ดีจะช่วยลดอาการขาหรือไม่ให้มีอาการมากขึ้นได้

2.2.3.2 ความผิดปกติของเส้นประสาทเส้นใดเส้นหนึ่งเช่น เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อตาผิดปกติทำให้กลอกตาไม่ได้บางทิศทาง มองเห็นภาพซ้อน ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะมากร่วมด้วย ความผิดปกตินี้ส่วนใหญ่จะดีขึ้นและหายได้เองใน 2-12 เดือน

2.2.3.3 ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อม อาการที่เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อม แยกได้เป็น ประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมระบบทางเดินอาหารเสื่อม มีผลให้กระเพาะอาหารไม่เคลื่อนไหว มีอาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน การดูดซึมอาหารมีปัญหา อาจทำให้มีอาการท้องเสียเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ ได้ และมักจะท้องเสียในเวลากลางคืนส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์เสื่อมเกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือปัสสาวะไหลออกไม่รู้ตัว เกิดภาวะกระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัวทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะอยู่ตลอดเวลา เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ในเพศชายอาจมีปัญหาการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศร่วมด้วย

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลและระดับปริมาณน้ำตาลที่จับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง สูงกว่าปกติเป็นเวลานานจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น จากการศึกษา The Diabetic Control and Complication Trial พบว่า การควบคุมระดับปริมาณน้ำตาลที่จับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงให้ต่ำกว่าร้อยละ 8 จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงฝอยลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ The United Kingdom Prospective Diabetic Study ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าระดับการควบคุมระดับปริมาณน้ำตาลที่จับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่สูงกว่าปกติมีความสัมพันธ์แบบเส้นตรง (linear) กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่หลอดเลือดฝอย การควบคุมระดับปริมาณน้ำตาลที่จับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงให้ลดลงมาถึงร้อยละ 7 สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงฝอยได้อย่างชัดเจน (ลูทีน ศรีธัญญาพร, 2548, หน้า 379-380) เป้าหมายของการดูแลรักษา

โรคเบาหวานคือผู้ป่วยเบาหวานมีชีวิตยืนยาวที่สุดโดยมีความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ น้อยที่สุด โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงมาถึงระดับใกล้เคียงกับคนปกติ คือระดับน้ำตาลหลังงดอาหารและเครื่องดื่มน้ำที่มีแคลอรีเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมงเท่ากับ 80-120 มก./ ดล. หรือระดับปริมาณกลูโคสที่จับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง < ร้อยละ 7

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อมีระดับพลาสมากลูโคสประมาณ 50-55 mg/ dl ร่วมกับมีอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว มือสั่น คลื่นไส้ เหงื่อออก ภาวะฮัยเปอร์กลัยซีมีค ฮัยเปอร์ออสโมลาร์ นอนคีโตนิค ซินโดรม มีอาการบัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำมาก ความดันเลือดต่ำ ซีมลง ชักเกร็ง และหมดสติ ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงใหญ่ โรคอัมพาต โรคหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจวาย มีอาการแขนขาอ่อนแรง ภาวะแทรกซ้อนที่จอตา ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นการป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานโดยเฉพาะโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การรักษาโรคเบาหวานและการติดตามประเมินผลการควบคุมโรคเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดทุพพลภาพและการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานตลอดจนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานลดลง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (นครชัย เพื่อนปฐม, 2547, หน้า 140) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต้องใช้องค์ประกอบหลายอย่างร่วมกันได้แก่

1. การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทั้งชนิดและปริมาณ การควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกคนไม่ว่าจะให้การรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้นอาจแบ่งง่าย ๆ เป็น 3 ประเภทคือ

ประเภทที่ 1 ห้ามรับประทาน ได้แก่ น้ำตาล และขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา นมข้นหวาน น้ำเกลือแร่ น้ำผลไม้ซึ่งมีน้ำตาลประมาณร้อยละ 8-15 ถ้าดื่มกาแฟควรดื่มกาแฟดำ ไม่ควรใส่น้ำตาล นมข้นหวาน หรือครีมเทียมควรใส่นมจืดพร่องไขมันหรือน้ำตาลเทียมแทน ถ้าดื่มน้ำอัดลมควรดื่มดื่มน้ำอัดลมที่ใส่น้ำตาลเทียม

ประเภทที่ 2 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ผักกาด ผักคะน้า ถั่วฝักยาว ผักบุ้ง ถั่วงอก ทำเป็นอาหารเช่นต้มจืด ยำ สลัด ผัดเป็นต้น อาหารเหล่านี้มีกากอาหารที่เรียกว่าไฟเบอร์ ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง และลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้

ประเภทที่ 3 รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด ได้แก่อาหารพวกแป้ง (คาร์โบไฮเดรต) ปัจจุบันอาหารพวกแป้งนั้นไม่จำกัดจำนวน ถ้าผู้ป่วยไม่อ้วนมาก เนื่องจากการรับประทานคาร์โบไฮเดรตมากขึ้นไม่ทำให้ระดับน้ำตาลสะสมสูงขึ้นหรือระดับอินซูลินเพิ่มขึ้น การลดอาหารจำพวกแป้งให้ต้องเพิ่มอาหารไขมันซึ่งอาจเป็นผลให้ระดับไขมันในเลือดสูงและเพิ่มเนื้อสัตว์ทำให้หน้าที่ของไตเสียเร็วขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคไตร่วมด้วย ผลไม้นั้นต้องจำกัดจำนวน ควรรับประทานพร้อมกับอาหาร 1 ส่วน ดังนั้นจึงควรเลือกรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตที่มีคุณภาพโดยคำนึงถึงปัจจัย 2 อย่างคือ

1. ปริมาณไฟเบอร์ (เส้นใยอาหาร) ทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง และลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ ไฟเบอร์เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนถูกย่อยในลำไส้แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1.1 ไฟเบอร์ชนิดละลายน้ำได้ (Soluble) เป็นไฟเบอร์ที่มีผลในการลดระดับน้ำตาลและอินซูลินในเลือด ด้วยการลดการดูดซึม โดยเพิ่มความหนืดทำให้อาหารสัมผัสกับลำไส้ช้าลง การดูดซึมน้อยลงทำให้การตอบสนองต่ออินซูลินดีขึ้น อาหารที่มีไฟเบอร์ชนิดละลายน้ำได้ ได้แก่ แอปเปิ้ล ส้ม ข้าวโอ๊ต ถั่วพีช

1.2 ไฟเบอร์ชนิดไม่ละลายน้ำ (Insoluble) เป็นไฟเบอร์ที่ช่วยเพิ่มการรวมตัวของอุจจาระไม่มีผลในการลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง แต่เป็นอาหารที่มีแคลอรีต่ำ พบมากในผักต่าง ๆ ปัจจุบันอาหารผู้ป่วยเบาหวานมีคาร์โบไฮเดรตสูงขึ้นเมื่อรับประทานร่วมกับไฟเบอร์ โดยเฉพาะละลายน้ำได้ จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด แนะนำให้รับประทานไฟเบอร์ 20-40 กรัม/ วัน

2. ไกลซีมิก อินเดกซ์ (Glycemic Index) เป็นการวัดการดูดซึมของอาหารเปรียบเทียบกับอาหารมาตรฐานถ้าไกลซีมิก อินเดกซ์เท่ากับ 100 แสดงว่าดูดซึมได้รวดเร็วเท่าอาหารมาตรฐาน ถ้าไกลซีมิก อินเดกซ์ต่ำแสดงว่าดูดซึมได้ช้า ถ้าไกลซีมิก อินเดกซ์สูงกว่า 100 แสดงว่าดูดซึมมากกว่าอาหารมาตรฐาน อาหารที่ควรรับประทานในผู้ป่วยเบาหวานคืออาหารที่มีไกลซีมิก อินเดกซ์ต่ำ ค่าไกลซีมิก อินเดกซ์ในอาหารประเภทแป้ง (โดยใช้ข้าวเจ้าเป็นอาหารมาตรฐาน)

ขนมปังขาว	110
ข้าวเหนียว	106
ข้าวเจ้า	100
กล้วยเตี่ยวเส้นใหญ่	76
กล้วยเตี่ยวเส้นหมี บะหมี่	75
มักกะโรนี สะปาทัดดี	64-67
วุ้นเส้น	63

ค่าไกลซีมิก อินเดกซ์ของผลไม้ไทย (ใช้น้ำตาลกลูโคสเป็นอาหารมาตรฐาน)

ทุเรียน	62.4
สับปะรด	62.4
ลำไย	57.2
ส้ม	55.6
องุ่น	53.1
มะม่วง	47.5
มะละกอ	40.6
กล้วย	38.6

จะเห็นได้ว่า ผลไม้บางอย่างมีรสเปรี้ยวรสหวานอยู่ ทั้งที่คุณสมบัติในการทำให้น้ำตาลสูงเท่ากับผลไม้รสหวาน เช่น สับปะรด ขณะที่มะม่วงมีรสหวานแต่ไกลซีมิก อินเดกซ์ไม่สูง ดังนั้นผลไม้ที่ไม่ควรรับประทานเนื่องจากไกลซีมิก อินเดกซ์สูง ได้แก่ ทุเรียน สับปะรด ลำไย เป็นต้น ผลไม้ที่รับประทานได้เป็นประจำเนื่องจากไกลซีมิก อินเดกซ์ต่ำ ได้แก่ กล้วย มะละกอ เป็นต้น อาหารพวกแป้งเป็นอาหารที่หลีกเลี่ยงได้ยากจึงควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไกลซีมิก อินเดกซ์ต่ำกว่าบ้าง เช่น วุ้นเส้น เส้นก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ต่าง ๆ หลีกเลี่ยงกลุ่มที่มีไกลซีมิก อินเดกซ์สูง เช่น ข้าวเหนียว ขนมปังขาว เป็นต้น

องค์ประกอบของอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-60 ผลไม้ร้อยละ 10-15 โปรตีนร้อยละ 12-20 น้ำตาลไม่เกินร้อยละ 5 ไขมันไม่เกินร้อยละ 30 การบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง นอกจากจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แล้วจะสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดและลดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดด้วย (สุทิน ศรีอัษฎาพร, 2548, หน้า 108)

2. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ผู้ป่วยเบาหวานต้องดูแลน้ำหนักตัวไม่ให้เกินมาตรฐาน ซึ่งสามารถเทียบได้จากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) จากสูตร

$$\text{ดัชนีมวลกาย (กก./ ตารางเมตร)} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ความสูง (เมตร)}^2}$$

เปรียบเทียบเกณฑ์ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์ดัชนีมวลกายที่กำหนดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ระดับ	เกณฑ์ดัชนีมวลกาย
เหมาะสม (ดี)	< 23
ยอมรับได้ (น้ำหนักเกิน)	23-24.9
สูงเกิน (อ้วน)	≥ 25

การดูแลน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ปริมาณของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน ต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย การคำนวณหาพลังงานที่พอเหมาะสำหรับผู้ป่วยต้อง คำนึงถึงอายุ เพศ กิจกรรมประจำวัน และสภาวะของร่างกาย เพศชายต้องการพลังงานมากกว่า เพศหญิง เนื่องจากโครงสร้างของร่างกายที่ใหญ่กว่า

การคำนวณพลังงานที่ต้องการต่อวันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เพศหญิง

พลังงานที่ต้องการต่อวัน = น้ำหนักตัวมาตรฐาน X 30 กิโลแคลอรี

เพศชาย

พลังงานที่ต้องการต่อวัน = น้ำหนักตัวมาตรฐาน X 40 กิโลแคลอรี

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ต้องการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมต้อง มีการควบคุมอาหารควบคู่ไปกับการออกกำลังกาย

3. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอนอกจากมีผลดีต่อ สุขภาพทางด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดของร่างกาย ยังมีผลลดระดับน้ำตาล ไขมันชนิด ไตรกลีเซอไรด์และเพิ่มไขมันเอชดีแอลโคเลสเตอรอล อย่างไรก็ตามก่อนออกกำลังกายควร พบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพทั่วไปและหัวใจว่าสามารถออกกำลังกายได้และเลือกชนิดของ การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย รวมถึงการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะ เกิดขึ้น เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น

ข้อพึงปฏิบัติในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

- ควรมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อน ระหว่าง และหลังการออกกำลังกาย อาจ ต้องมีการรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม หรือผลไม้ เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ ถ้าออกกำลังกาย นาน และควรรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ดูดซึมง่าย เช่น ลูกอม น้ำผลไม้ แครกเกอร์
- ถ้าฉีดอินซูลิน ควรฉีดอินซูลินที่หน้าท้อง และหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในช่วงที่ อินซูลินออกฤทธิ์สูงสุด

- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ชนิดแอโรบิค อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งหนึ่งนาน 20-30 นาที โดยประกอบด้วย ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย ระยะเวลาแอโรบิค และระยะเวลาผ่อนคลาย

- ใส่รองเท้าที่เหมาะสมต่อการออกกำลังกาย หลังจากออกกำลังกายควรตรวจดูเท้าทุกครั้ง

- ดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อทดแทนน้ำที่สูญเสียไปทางเหงื่อ

- ควรมีเพื่อนร่วมออกกำลังกายด้วย ไม่ควรออกกำลังกายโดยลำพัง หรือ มีฉะนั้น

จะต้องแจ้งผู้ใกล้ชิด รวมถึงพบแพทย์ประจำตัวผู้เป็นเบาหวานเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหมดสติ จากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้พบเห็นจะได้ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น

4. การใช้ยาเม็ดน้ำตาล ใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่ตอบสนองต่อการควบคุมอาหารและไม่ซื้อห้ามต่อการใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการไม่มากควรเริ่มรักษาโดยการควบคุมอาหาร และออกกำลังกายก่อน แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการชัดเจนควรให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดไปได้เลย ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ

4.1 ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea) ประสิทธิภาพของยาขึ้นอยู่กับการทำงานของตับอ่อน ยกดูดีขึ้นได้ดีเมื่อรับประทานก่อนอาหาร กลไกการออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพของอินซูลินในการนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย ระวังการสร้างน้ำตาลจากตับ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง ช่วยลดการเกาะกันของเกล็ดเลือดทำให้เลือดไหลเวียนดีขึ้นช่วยป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

4.2 ยากลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanide) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มน้ำตาลกลูโคสที่กล้ามเนื้อต่าง ๆ ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้ และลดการสร้างกลูโคสจากตับ แต่ไม่มีฤทธิ์กระตุ้นให้ตับอ่อนหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น จึงลดน้ำตาลในเลือดลงไม่ได้มาก นิยมใช้เป็นยาตัวที่สองร่วมกับยาซัลโฟนิลยูเรีย ในกรณีที่ใช้ยาซัลโฟนิลยูเรียตัวเดียวในขนาดสูงสุดแล้วยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ยากลุ่มนี้จะทำให้ความอยากอาหารลดลง ดังนั้นยากลุ่มนี้อาจใช้เดี่ยว ๆ ได้ในกรณีของผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนและมีระดับน้ำตาลไม่สูง เพราะยานี้จะทำให้รับประทานอาหารน้อยลง น้ำหนักจะลดลง มีผลทำให้ระดับน้ำตาลลดลง

4.3 ยาต้านแอลฟาไกลูโคซิเดส (Intestinal Insulin Sensitivity) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์เฉพาะในลำไส้โดยการจับกับเอนไซม์แอลฟาไกลูโคซิเดสจึงทำให้การย่อยสารอาหารจำพวกแป้งน้อยลง การดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดก็จะน้อยลงด้วยระดับน้ำตาลในเลือดจึงไม่สูง เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้ดีควรรับประทานพร้อมอาหาร

4.4 ยาเพิ่มความไวต่ออินซูลิน (Thiazolidinedione) มีกลไกในการไปกระตุ้นให้เซลล์ของร่างกายสร้างสารที่ช่วยให้เซลล์มีความไวต่ออินซูลินมากขึ้น จึงเพิ่มการนำน้ำตาลเข้าเซลล์ ภาวะดื้ออินซูลินมีผลกระทบต่อการเผาผลาญไขมันด้วย จึงพบว่าในผู้ที่มีภาวะดื้ออินซูลินจะมีระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น รวมทั้งสารต่าง ๆ ที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาที่ช่วยลดภาวะดื้ออินซูลินจึงมีประโยชน์ในการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดดีกว่ายาในกลุ่มอื่น ๆ ที่ใช้รักษาเบาหวาน

ข้อห้ามในการใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

1. เบาหวานชนิดที่ 1, เบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน
2. มีภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน
3. ร่างกายอยู่ในภาวะเครียด (Stress) เช่น ภาวะติดเชื้อรุนแรง ได้รับการผ่าตัด
4. ภาวะตั้งครรภ์
5. แพ้ยาซัลฟา
6. โรคตับ โรคไต

การใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดมีโอกาสได้ผลร้อยละ 70 ผู้ป่วยที่เหลือน้ำตาล 30 ใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ผล เมื่อให้ยาไปจนกระทั่งถึงขนาดสูงสุดแล้วไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเวลา 1-2 เดือนเป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาเม็ดรับประทาน ตั้งแต่เริ่มต้น (Primary Failure) การรักษาเบาหวานโดยใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดนั้นเป็นการรักษาเพื่อให้มีอินซูลินหลังออกมาให้เพียงพอที่จะลดระดับน้ำตาลลงมาสู่ปกติ แต่ไม่ได้เป็นการยับยั้งการดำเนินโรคเบาหวาน ซึ่งจะมีการสร้างอินซูลินลดลงตามลำดับ จนในที่สุดไม่สามารถกระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินให้ออกมาเพียงพอที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ทำให้เกิดภาวะดื้อยาในภายหลังการใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด (Secondary Failure) ทำให้ต้องให้การรักษาด้วยอินซูลิน

5. การใช้อินซูลิน ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาเม็ดรับประทาน ตั้งแต่เริ่มต้นหรือเกิดภาวะดื้อยาในภายหลัง การใช้อินซูลินเพื่อควบคุมเบาหวานให้ดีขึ้นต้องเข้าใจถึงปริมาณอินซูลินในร่างกายของคนปกติและการตอบสนองต่ออาหารและสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ การเลียนแบบธรรมชาติใกล้เคียงที่สุดจะสามารถควบคุมเบาหวานได้ดีซึ่งจะเป็นผลให้สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนบางอย่างและหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากการให้ยาอินซูลินได้

ชนิดของอินซูลิน จำแนกตามชนิดของการออกฤทธิ์ของยาได้ 3 ชนิดคือ

5.1 ชนิดออกฤทธิ์เร็วและสั้น (Short Acting Insulin) เมื่อฉีดเข้าใต้ผิวหนังจะออกฤทธิ์ในเวลา 30-60 นาที ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 2-4 ชั่วโมงและมีฤทธิ์นาน 5-7 ชั่วโมงอินซูลินชนิดนี้

มีลักษณะเป็นน้ำใส ใช้ฉีดก่อนอาหารครึ่งชั่วโมงเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลหลังอาหาร และใช้ฉีดเมื่อต้องการลดระดับน้ำตาลในเลือดลงอย่างรวดเร็วในกรณีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก

5.2 ชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate Acting Insulin) เมื่อฉีดเข้าใต้ผิวหนังจะออกฤทธิ์ในเวลา 2-4 ชั่วโมง ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 6-12 ชั่วโมงและมีฤทธิ์นาน 18-24 ชั่วโมงอินซูลินชนิดนี้มีลักษณะเป็นน้ำขุ่นขาว ใช้เป็นอินซูลินหลักในการรักษาโรคเบาหวานสามารถฉีดวันละ 1-2 ครั้ง

5.3 ชนิดออกฤทธิ์นาน (Long Acting Insulin) เมื่อฉีดเข้าใต้ผิวหนังจะออกฤทธิ์ในเวลา 8-14 ชั่วโมง และมีฤทธิ์นานประมาณ 36 ชั่วโมง ใช้สำหรับฉีดเพื่อให้ระดับอินซูลินในเลือดสูงขึ้นน้อย ๆ อยู่ตลอดเวลา และต้องใช้ร่วมกับอินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้นเสมอ

การติดตามประเมินผลการควบคุมโรคเบาหวาน

การติดตามและประเมินผลการควบคุมโรคเบาหวานเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามปัจจัยต่าง ๆ ในคนปกติระดับน้ำตาลจะสูงขึ้นไม่มากหลังรับประทานอาหารและจะลดลงสู่ระดับปกติอย่างรวดเร็วภายใน 2 ชั่วโมง แต่ในผู้ป่วยเบาหวานระดับน้ำตาลจะสูงขึ้นมากและลดลงสู่ระดับปกติค่อนข้างช้า ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อช่วยในการประเมินและควบคุมโรคเบาหวาน (เทพ หิมะทองคำ, 2545, หน้า 123) การวัดระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำหลังรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีแคลอรีเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง พบว่าระดับน้ำตาลขึ้นลงเร็วตามอาหารที่รับประทานทำให้เปรียบเทียบการควบคุมเบาหวานได้ยาก จึงมีการใช้การวัดปริมาณกลูโคสที่จับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ที่เกิดจากการจับกันของกลูโคสและฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ในช่วงชีวิต 120 วันของเม็ดเลือดแดง จึงเป็นการวัดปริมาณกลูโคสในระยะเวลา 120 วันจะสัมพันธ์กับระดับกลูโคสในเลือดช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งจะช่วยให้สามารถทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานในอนาคตได้ (สุทิน ศรีอัมพร, 2548, หน้า 108)

ในการศึกษาครั้งนี้การรักษานักศึกษาผู้ป่วยเบาหวานใช้การรักษาทั้งด้านปรับเปลี่ยนการให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การใช้อินซูลินภายใต้การควบคุมของแพทย์ทั้งในกลุ่มควบคุมและในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

พฤติกรรม (Behavior) เป็นผลจากการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสถานการณ์ต่าง ๆ (Zimbardo, 1996 อ้างถึงใน เรียม ศรีทอง, 2542, หน้า 5) พฤติกรรมป้องกันการโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น อายุ เพศ

ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ฐานะทางสังคม และรวมถึงความรู้ที่ได้จากสื่อมวลชน คำแนะนำ ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฝูง (Becker, 1974 อ้างถึงใน สุนีย์ เก่งกาจ, 2544) เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาไปตลอดชีวิต เนื่องจากมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหลอดเลือดหัวใจ (สุทิน ศรีอัฐภาพร, 2548, หน้า 63) การที่จะรักษาเบาหวานให้ได้ผลดีผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และให้ความร่วมมือในการรักษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะของร่างกายโดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกับคนปกติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ความหมาย

พฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค (สุนีย์ เก่งกาจ, 2544) จากการศึกษาของ สมคิด สีสัทธี (2546) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่าง 110 รายที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามธิบดีพบว่าพฤติกรรมมารับประทานยาในขนาดที่เหมาะสม ตามแผนการรักษาของแพทย์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้ การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานโดยการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการและเหมาะสมกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาของ สุนทรา พรายงาม (2545) เรื่องผลการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรีจำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้าดีกว่ากลุ่มควบคุมและค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษาของ นฤทธิ เชนน้อย (2542) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาทศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 88 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 44 คนกลุ่มเปรียบเทียบ 44 คนพบว่ากลุ่มทดลองมีการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

ไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารประเภทกะทิ ผลไม้รสหวานจัด อาหารที่ประกอบจากไขมัน บริโภคอาหารระหว่างมื้อน้อยลง รับประทานอาหารประเภทผักมากขึ้น มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคโดยการเดิน และกายบริหารอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา เนาวรัตน์ (2541) เรื่องการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับบุคคลอ้างอิงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 79 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 39 คน หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาดีขึ้น ส่งผลให้ค่าปริมาณกลูโคสที่จับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงลดลงและการศึกษาของ อูระณี รัตน์พิทักษ์ (2540) เรื่องผลของการพยาบาลระบบส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 23 คน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การประเมินและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำผิดปกติ การดูแลรักษาเท้า การหลีกเลี่ยงความเครียดและมีการพฤติกรรมทางเพศ ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น

จากผลของการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลเท้า การหลีกเลี่ยงความเครียด มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้

1. การควบคุมอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดน้ำตาลหรือฉีดอินซูลิน จำเป็นต้องควบคุมอาหารร่วมด้วย ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้มีการประเมินพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเรื่องของการรับประทานอาหารตามเวลา รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ควบคุมอาหารแป้งและไขมัน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง และการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอนอกจากจะสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลงได้ ยังมีผลทำให้น้ำหนักตัวลดลง ไขมันในเลือดลดต่ำลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจน้อยลง สุขภาพจิตดีขึ้น อารมณ์แจ่มใสมากขึ้น (เทพ หิมะทองคำ, 2545, หน้า 93) ในการศึกษาครั้งนี้มีการประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายในเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพียงพอ การบริหารเท้า การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย

3. การใช้ยาตามแผนการรักษา ในการใช้ยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด และการใช้อินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สิ่งที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยสามารถใช้ยา ถูกชนิด ตรงเวลา ไม่ลดและเพิ่มขนาดยาเอง ใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ (สุนทรหา พรายงาม, 2545, หน้า 51) ในการศึกษาครั้งนี้ มีการประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาตรงตามขนาด ตรงตามเวลา ไม่เพิ่มหรือลดยาเอง ไม่ขาดยา

4. การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป การศึกษาครั้งนี้ประเมินพฤติกรรมเรื่องการ แปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-ก่อนนอน อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การดูแลเท้า การตรวจสุขภาพเท้า การสวมรองเท้าที่เหมาะสม การระบุงการและการแก้ไขเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำพบแพทย์สม่ำเสมอตามนัด เพื่อรับการตรวจน้ำตาลในเลือด ตรวจสุขภาพทั่วไป และคำแนะนำ ที่ถูกต้องในการประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

5. การจัดการกับความเครียด ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์ เพราะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ประเมินพฤติกรรมเรื่องการพักผ่อน การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดความเครียด การผ่อนคลายความเครียด

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวานโรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Olson, 2000 อ้างถึงใน จิตติมา จรูญสิทธิ์ และสุรีพร ธนศิลป์, 2547) เนื่องจากยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาส เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน โรคหลอดเลือดสมองและยังมีโอกาส เสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ข้างต้นทำให้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานลดลง

ความหมาย

คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรมและมีความหมายหลากหลาย คำว่า คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มักจะมีการให้ความหมายที่สัมพันธ์กับความสามารถในทางกาย ทางจิตใจ ความผาสุก และสิ่งที่บุคคลทำได้หรือทำไม่ได้ คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตจึงต้องรวมถึงสิ่งที่ทำให้ชีวิต ของแต่ละบุคคลมีค่าเพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

แพทเทอร์สัน (Patterson, 1975 อ้างถึงใน กรรณิการ์ พงษ์สนธิ์, ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล, 2541) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม มีความหมาย ขั้วซ้อน แสดงถึงการตอบสนองของบุคคลต่อร่างกาย จิตใจ และปัจจัยในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ดำรง ชีวิตประจำวันอย่างปกติสุข

เฟอแรนส์ และเพาเวอร์ (Ferrans & Power, 1985 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ เทพพรบริสุทธิ, 2546) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของบุคคล ซึ่งความรู้สึกนี้เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิตที่เป็นสิ่งสำคัญของบุคคล

โอเรม (Orem, 1985) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต มีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุกซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

องค์การอนามัยโลก (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2541) ให้คำจำกัดความคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อตำแหน่งชีวิตของตนในบริบทของวัฒนธรรมและระบบคุณค่าต่าง ๆ ที่เขาเกี่ยวข้องอยู่และในส่วนที่สัมพันธ์กับบรรดาเป้าหมายในชีวิตของเขา รวมทั้งการคาดหมายมาตรฐานและสิ่งเกี่ยวข้องต่าง ๆ ของเขาด้วย เป็นแนวคิดกว้างขวางและซับซ้อน ด้านสุขภาพกาย ภาวะจิตใจ ระดับของความเป็นอิสระ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกคือระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ในบริบทของชุมชนที่มีวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ทางสังคม

การวัดคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับคุณภาพชีวิต สามารถประเมินได้หลายแนวทางได้แก่

ยูเนสโก (UNESCO, 1980 อ้างถึงใน วิลาสินี แผ้วชนะ, 2541) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้านคือ

1. ด้านวัตถุวิสัย การประเมินด้านวัตถุวิสัย วัดได้โดยการอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
2. ด้านจิตวิสัย เป็นการประเมินด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายมี 3 วิธีการหลัก (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2539; Patrick & Erickson, 1993; Newbold, 1995 อ้างถึงใน สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, 2542) คือ

1. วิธีวัดแบบประเมินจากภาพที่เห็น (Visual Analogue Scale) โดยการใช้เส้นตรงที่มีความยาว ปลายข้างหนึ่งหมายถึงภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่นึกได้มีคะแนนเต็มเท่ากับ 100

และปลายตรงข้ามเป็นภาวะสุขภาพที่เลวที่สุดเท่าที่นึกได้ มีคะแนนเป็น 0 ผู้ถูกประเมินจะทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงที่ตำแหน่งคุณภาพสุขภาพของตน

2. วิธีการวัดแบบช่วงเวลาเสียชีวิต (Time Tradeoff) ผู้ถูกประเมินจะได้ข้อเสนอทางเลือกสองทางที่แน่นอน และต้องเลือกทางใดทางหนึ่ง เช่น ทางเลือกที่หนึ่งมีภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรงจะมีชีวิตอยู่ได้ t ปีก็จะเสียชีวิต ทางเลือกที่สอง คือ มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ โดยจะมีชีวิตได้ x ปีก็จะเสียชีวิตเช่นกันโดย x สั้นกว่า t ค่าของ x จะเปลี่ยนไปจนผู้ตอบไม่รู้สึกรู้สีกแตกต่างจาก t ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมีค่าเท่ากับ x/t ลักษณะการวัดแบบนี้คุณภาพชีวิตด้านที่ดีที่สุดจะเป็น 1 และเลวที่สุดจะเป็น 0

3. วิธีการวัดแบบมาตรฐานเกมเบอร์ (Standard Gamble) ผู้ถูกประเมินจะได้รับข้อเสนอ 2 ทาง ทางเลือกที่หนึ่งเป็นสภาพร่างกายปัจจุบันที่แน่นอนอยู่แล้วอีกทางเลือกหนึ่งเป็นสภาพที่ไม่แน่นอน 2 แบบด้วยกันคือ การมีโอกาสที่ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ (p) และการมีโอกาสเสียชีวิต ($1-p$) โอกาสที่ร่างกายแข็งแรงจะเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ จนไม่รู้สึกรู้สีกแตกต่างกันกับระหว่างทางเลือกทั้งสองทาง ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมีค่าเป็น ค่าโอกาสมีสุขภาพดีค่าสุดท้ายที่เลือก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีที่สุดจะเป็น 100 และเลวที่สุดคือความตายจะเป็น 0

สตรอมเบอร์ก (Stromberg, 1985 อ้างถึงใน วิลาลินี แม้วชนะ, 2541) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิต อาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิตคือ การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว ซึ่งเป็นการประเมินโดยรวมแล้วให้บุคคลสรุปออกมาเป็นคุณภาพชีวิตของตนเองและการประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ หรือการประเมินคุณภาพตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตก็ได้ นอกจากนั้นยังได้แสดงทัศนคติในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยการประเมินออกมาเป็นคะแนน
2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจ และความสุขที่ตนเองได้รับโดยการประเมินออกมา

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองและวัดออกมาเป็นการบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1994)

ได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) โดย

โครงสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญ ๆ ต่อคุณภาพชีวิต แบ่งเป็นคำถาม 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านจิตใจ
3. ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา
4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
5. ด้านสภาพแวดล้อมจิตใจ
6. ด้านระดับความเชื่อส่วนบุคคล

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบการรับรู้เชิงรูปธรรม ประกอบด้วย

1. คำถามในรูปของความเข้ม (Intensity) ซึ่งหมายถึง ความรุนแรงของความรู้สึกนั้น ๆ
2. ความจุ (Capacity) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้สถานการณ์ที่มีผลต่อ

คุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด

3. ความถี่ (Frequency) หมายถึง ช่วงระยะห่างของพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่เป็นประสบการณ์ ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต

ในปี ค.ศ. 1995 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1994) ได้พัฒนาคุณภาพชีวิตขึ้นมาใหม่ เพื่อเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลก โดยการรวมคำถามบางส่วนเข้าด้วยกันจนมีข้อคำถาม 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อซึ่งในประเทศไทยมีการนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มาใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7,789 คนและใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกับระดับน้ำตาลในเลือด (วรรณา สามารถ และคณะ, 2545) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 26 ข้อ ซึ่ง สุวัฒน์ มัทนรินทร์กุล และคณะ (2541) ได้พัฒนาและปรับปรุงจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลกที่ได้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1995 โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษตรวจสอบความถูกต้องในด้านของเนื้อหาและความหมายของคำถามที่แปลได้กับความหมายที่องค์การอนามัยโลกต้องการ พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคอัลฟาของแบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีค่าเป็น 0.846 แบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองตามแนวคิดของ พาสเกิร์ต และแมดารา (Paskert & Madara, 1985 อ้างถึงใน ธิดารัตน์ กำลั้งดี, 2543) รวมตัวจัดตั้งกลุ่ม ภายใต้แนวความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. เพื่อลดปัญหาทางอารมณ์จากภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า เครียดของสมาชิกในกลุ่ม โดยในการจัดทำกลุ่มได้มีการให้คำแนะนำแลกเปลี่ยนกลวิธีในการเผชิญปัญหา อันเนื่องจากโรค และปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น
2. สมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหา หรือเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันเกิดการเรียนรู้ต่าง ๆ ทำให้มีพฤติกรรมหรือแนวทางในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
3. สมาชิกได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล สร้างความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองในสังคมด้วยการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น
4. รู้สึกว่าสมาชิกมิได้มีปัญหา หรือต่อสู้กับปัญหาตามลำพัง ทำให้มีกำลังใจที่จะเผชิญหรือต่อสู้กับปัญหาอย่างเหมาะสม

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการจัดตั้งกลุ่ม

นอร์เบค (Norbeck, 1991 อ้างถึงใน ธิดารัตน์ กำลั้งดี, 2543) กล่าวไว้ดังนี้

1. โครงสร้างของกลุ่มประกอบด้วย
 - 1.1 ขนาดของกลุ่มควรมีสมาชิกจำนวน 4-12 คน
 - 1.2 จัดให้เป็นวงกลมเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์
 - 1.3 สถานที่และเวลาในการจัดกลุ่ม กำหนดสถานที่ในการจัดกลุ่มให้เป็นสัดส่วน เฉพาะ เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน และมีบรรยากาศที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาที่ว่าง ไม่มีกิจกรรมอื่นของทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่ม การทำกลุ่มจะต้องมีการเริ่มและและการสิ้นสุดให้ตรงเวลาระยะเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่มควรใช้ครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง
2. ผู้ดำเนินการกลุ่ม หรือผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ 4 ประการคือ
 - 2.1 เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองของความต้อการ 3 ด้านคือ ความมั่นคงปลอดภัย (Security) ความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม หรือรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging) ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship)
 - 2.2 ให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความรู้สึก แสดงความคิดเห็น สร้างบรรยากาศในกลุ่ม ไม่ให้อยู่ในภาวะตึงเครียด
 - 2.3 ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของกลุ่มให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยสอบถามถึงประสบการณ์ที่มีต่อผู้ตอบแบบสอบถามถึงประสบการณ์ที่มีต่อแบบสอบถามในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ผู้ตอบประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยฉบับภาษาไทย ในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเนื่องจากการนำไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน และเป็นแบบประเมินที่สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใช้ในการดำเนินการประกันคุณภาพการพยาบาลในชุมชน

กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน จากการศึกษาเรื่องกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานของ ยุวมาลัย ศรีปัญญาวุฒิสักดิ์ (2546) พบว่าการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถส่งเสริมการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และส่งผลถึงการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด

ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ธิดารัตน์ กำลังดี (2543) ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้ว่าเป็นกลุ่มหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม หรือเครือข่ายทางสังคมโดยตรงต่อการดูแลตนเอง โดยที่สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่มีลักษณะหรือปัญหาคล้ายคลึงกันมารวมกลุ่มกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั่วไปและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นคล้ายกัน กลุ่มจะช่วยสมาชิกในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยใช้ประสบการณ์ที่แต่ละคนเคยได้รับและแก้ไขจนผ่านพ้นภาวะต่าง ๆ มาร่วมกันอภิปราย เพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นการรวมกลุ่มที่เกิดจากความสมัครใจของสมาชิก

กลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ตั้งขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานที่ว่า บุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และสมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายถึงความรู้สึกร่วมให้ข้อมูล ข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (Steiger & Lipson, 1985 อ้างถึงใน ธิดารัตน์ กำลังดี, 2543)

เรสนิค (Resnick, 1986 อ้างถึงใน ยุวมาลัย ศรีปัญญาวุฒิสักดิ์, 2546) กล่าวว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มของบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมารวมกันด้วยความสมัครใจ

และใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยเฉพาะบุคคลที่สามารถ
แก้ปัญหาที่ผ่านมาได้แล้วจะช่วยแก้ปัญหาให้กับสมาชิกอื่น

การแบ่งลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

มีการแบ่งลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้หลายลักษณะดังนี้

กาเนอร์ และริชแมน (Gartner & Riessman, 1976 อ้างถึงใน สุรีย์ จันทรมโนลี, 2543,
หน้า 93-94) แบ่งออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

1. เป็นกลุ่มรวมตัวกันเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพ ช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม
เพื่อการปรับตัว เช่น หลังรับบริการรักษาโรค หรือหลังร่วมกิจกรรม
2. กลุ่มรวมตัวจัดตั้งกลุ่มภายใต้แนวความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
(Behavioral Modification) เช่น ผู้ป่วยโรคอ้วนมีการระวังกน้ำหนักตัวเอง
3. การรวมตัวของกลุ่มที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น สมาคมโรคเบาหวาน สมาคม
โรคหัวใจ ซึ่งจะต้องมีการติดตามรับการรักษาและดูแลสุขภาพตัวเองอย่างต่อเนื่อง
4. การรวมตัวของกลุ่มเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วยโรค
(Case Finding) การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจมะเร็งเต้านม
การส่งเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ

พาสเกิร์ต และแมดารา (Paskert & Madara, 1985 อ้างถึงใน ธิดารัตน์ กำลังดี, 2543)
แบ่งออกเป็น 4 ประเภทคือ

1. กลุ่มที่มีปัญหาความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยเหลือสมาชิกที่เป็น
ผู้ป่วย บิดา มารดา ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาสำคัญ ๆ มีผลทำให้สุขภาพเปลี่ยนไปเป็น
การรวมกลุ่มโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแสวงหาความช่วยเหลือในการปรับตัวต่อปัญหาที่ทำให้เกิด
ความเครียดต่าง ๆ
2. กลุ่มที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กลุ่มนิรนาม (Anonymous) ต่าง ๆ ซึ่งเน้นเกี่ยวกับ
พฤติกรรมติดสิ่งเสพติด เป็นการรวมกลุ่มของผู้ติดสิ่งเสพติด หรือกลุ่มนิรนามต่าง ๆ
มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ แก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีปัญหา
3. กลุ่มให้การสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group) สำหรับบุคคลที่มี
การเปลี่ยนแปลงในชีวิตหรือเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกได้รับ
การช่วยเหลือหรือสนับสนุนทางสังคมทำให้มีกำลังใจที่ดำเนินชีวิตต่อไป
4. กลุ่มให้การสนับสนุนประชาชน สำหรับบุคคลกลุ่มพิเศษ เช่น กลุ่มสิทธิสตรี
กลุ่มคนชรา กลุ่มรักร่วมเพศ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของสมาชิกและ
เพิ่มความสำนึกทางสังคม หรือเรียกร้องทางกฎหมาย

2.4 จัดทำแผนในการทำกลุ่มกำหนดและอธิบาย จุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มและวิธีการดำเนินการของกลุ่มให้สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มเข้าใจอย่างชัดเจน

3. สมาชิกกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต้องมีลักษณะ ร่วมเป็นผู้นำ ให้ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา ให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิก รับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก รักษาความลับของสมาชิกในกลุ่ม

ขั้นตอนในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ขั้นตอนในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมี 3 ระยะ ซึ่งใช้เวลาครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิก ผู้นำกลุ่มชี้แจงให้สมาชิกเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม ข้อตกลงและแนวทางในการปฏิบัติของสมาชิกในกลุ่ม ส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม ทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหา และเลือกวิธีแก้ไขปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือ สนับสนุน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มจะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ ในการนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ ระยะนี้เป็นการระดมพลังของสมาชิกทุกคนออกมเพื่อแก้ปัญหาของกลุ่ม

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้สมาชิกประเมินความก้าวหน้า และความเปลี่ยนแปลงของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มควรบอกให้สมาชิกทราบล่วงหน้าเพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกบางคน อาจเกิดความวิตกกังวลที่จะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. การรวมกันทำให้รับรู้ว่ามีคนที่มมีปัญหาเดียวกันมาก มีเพื่อนที่ประสบชะตากรรมเดียวกัน ได้รับความเข้าใจ เห็นใจซึ่งกันและกัน ตระหนักถึงความสำคัญของการรวมกลุ่ม การช่วยเหลือและให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้คลายความทุกข์ ปรับตัวและปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตัวเองดีขึ้น

2. ได้เห็นรูปแบบตัวอย่าง (Role Model) ของสมาชิกในการปฏิบัติตัวที่ดีในการแก้ไขปัญหา ได้แนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

3. สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสระบายความรู้สึก (Expression) ความเครียด ความอึดอัด ความกลัว ความคับข้องใจ โดยจัดกลุ่มให้มีบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ เปิดเผยเป็นกันเอง มีการแลกเปลี่ยนความรู้ มีโอกาสสะท้อนความรู้สึก ความคิดของสมาชิก รับฟังปัญหาที่คล้ายกับตัวเอง

4. จัดปมด้อยเพิ่มการนับถือตนเองมากขึ้น (Self-Esteem) สามารถเสริมพลังอำนาจให้กับตนเอง (Empowerment) สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น รู้สึกตนเองมีค่าเมื่อมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น ได้ทำประโยชน์ให้กับสมาชิกในกลุ่ม

5. สมาชิกยอมรับปัญหาความเจ็บป่วยของตัวเอง ยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษา เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางเหมาะสมมากขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ดีขึ้น มีโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตัวเอง (Potential) ในการดูแลสุขภาพตนเอง

6. สร้างเครือข่ายในการแก้ปัญหาร่วมกัน ก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ

7. กลุ่มมีศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร เป็นแหล่งข้อมูล แหล่งรวมจิตใจ แก้ปัญหาร่วมกัน เป็นศูนย์กลางให้คำปรึกษาของผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน

การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุม

โรคเบาหวาน และควบคุมรับน้ำตาลในเลือดพบได้จากการศึกษาเรื่องผลของการเข้าร่วมกลุ่ม

ช่วยเหลือตนเองของพระภิกษุสูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานครของ

กัลยารัตน์ อนนทธีรัตน์ (2547) พบว่า พระภิกษุสูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารมากกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มและมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม

การศึกษาของ ชูวมาลย์ ศรีปัญญาวุฒิสักดิ์ (2546) เรื่องผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยสมาชิกในกลุ่มประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันอภิปรายถึงความรู้สึก ร่วมให้ข้อมูลและร่วมกันแก้ไข ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมโรคเบาหวาน ขนาดของกลุ่มประกอบด้วยสมาชิก 8-15 คน ใช้ระยะเวลาในการทำกลุ่มประมาณ 45-60 นาที จัดโปรแกรมการทำกลุ่มทั้งหมด 3 ครั้งห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์

การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยจะควบคุมเบาหวานให้ได้ดีนั้น จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้ง บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว ที่จะให้การดูแลและสนับสนุนให้ผู้ป่วย รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ

ความหมาย

ในการศึกษาครั้งนี้ การสร้างแรงสนับสนุนของครอบครัววัดแปลงมาจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ที่มีการให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

โดมอนต์ (Dimon, 1997 อ้างถึงใน อธิระ ภักดีจรุง, 2548) กล่าวว่า การสนับสนุนจากสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับจากคู่สมรส ญาติ พี่น้องและบุตรหลานจะสนับสนุนการปรับตัวในผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ฮับบราด และคณะ (Hubbard et al., 1984 อ้างถึงใน ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด, 2540) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นโครงสร้างหลายมิติซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในทางที่ดี ความรู้สึกผูกพันเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

คอบบ์ (Cobb, 1976 อ้างถึงใน จักรกฤษณ์ พิญาพงษ์, 2541) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีผู้ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง รวมถึงการมองตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1987 อ้างถึงใน จักรกฤษณ์ พิญาพงษ์, 2541) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้จักถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และบุคคลที่จะได้รับการสนับสนุนนี้โดยกลุ่มคนซึ่งอยู่ในระบบของสังคมนั้นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

การสนับสนุนจากสังคม หมายถึง การสนับสนุนความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับ การติดต่อกับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เป็นกิจกรรมหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้รับ เกิดความพอใจ เกิดความรู้สึกว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ทั้งนี้การสนับสนุนจากสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานและองค์กรช่วยเหลือต่าง ๆ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่มากระทบได้และมีสุขภาพดี (Pollok, 1989 อ้างถึงใน ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด, 2540)

ดังนั้นการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเบาหวานจะส่งผลถึงการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยเบาหวาน

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ไทเดน (Tilden, 1985 อ้างถึงใน ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด, 2540) แบ่งการสนับสนุนทาง
สังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นความรู้สึกผูกพัน อบอุ่นใจ
และเชื่อมั่นไว้วางใจ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำ
ในการแก้ไขปัญหา
3. การให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล และ
การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง
และบริการ

เฮาส์ (House, 1985 อ้างถึงใน ธีระ ภักดีจรุง, 2548) แบ่งประเภทพฤติกรรมในการให้
การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับ
นับถือ ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่
2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผลและเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal
Support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง เช่นการให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องใน
การรับรอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลแนะนำ
การบอกทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติ เช่นการให้คำแนะนำซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาที่กำลัง
เผชิญอยู่ได้ การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร
4. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental Support) เป็นการ
ให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อพฤติกรรมของคน เช่น แรงงาน เงิน หรือเวลา

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนจากสังคมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม (Thoits, 1982 อ้างถึงใน ธีระ ภักดีจรุง,
2548) คือ

1. กลุ่มสังคมในระบบครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง คู่สมรสและบุตรหลาน
2. กลุ่มสังคมในระดับชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน บุคลากรในวิชาชีพ
อาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือชมรมต่าง ๆ ซึ่งตั้งขึ้นในสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

ผลของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ของความกดดันในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการควบคุมโรคเบาหวาน (Griffith et al., 1990 อ้างถึงใน ธีระ ภักดีจรัส, 2548) โดยการศึกษาจากผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 80 คนแบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 40 คน ชนิดที่ 2 จำนวน 40 คน ประเมินผลการควบคุมโรคด้วยค่า ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ผลการศึกษาพบว่าเมื่อภาวะความกดดันในชีวิตต่ำ การสนับสนุนทางสังคมต่ำ ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในสภาวะที่แรงกดดันในชีวิตเพิ่มขึ้น การสนับสนุนทางสังคมต่ำค่าฮีโมโกลบินเอวันซี มีระดับสูงกว่าภาวะความกดดันในชีวิตสูง การสนับสนุนทางสังคมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรวา พรายงาม (2545) ที่ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อายุระหว่าง 40-65 ปี จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและการศึกษาของ ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 274 คน ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานนอกเวลา โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 116 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมอยู่ในระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ ไทเดน (Tilden, 1985) 3 ด้านคือ การสนับสนุนทางอารมณ์ ในการให้กำลังใจ การชมเชย การลดภาวะเครียดของผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคที่ถูกต้อง และการสนับสนุนด้านสิ่งของ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานที่ดีขึ้น เช่น การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด การจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน รวมถึงการช่วยดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย เพื่อให้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่ำขึ้นและมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ชุมชนมีความหมายทั้งรูปธรรมและนามธรรมซึ่งหมายถึง การที่คนจำนวนหนึ่งเท่าใดก็ได้ มีหลายขนาดและหลายระดับ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้านจนถึงระดับโลกที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารหรือรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำ การจัดการเพื่อให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ร่วมกัน (ประเวศ วะสี, 2540 อ้างถึงใน ศิริพรรณ พันธุมะโสภาส และคณะ, 2546) รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ได้ให้สิทธิและอำนาจต่อชุมชนในการจัดการและพัฒนาชุมชนของตนเองได้ทำให้มีการรวมกลุ่มร่วมคิดร่วมทำ โดยการสนับสนุนของภาครัฐและองค์กรเอกชนรวมทั้งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 ได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สุขภาพจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ การจัดการด้านสุขภาพโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพ

ความหมายของการมีส่วนร่วม

เวอร์ทิม (Werthiem, 1981 อ้างถึงใน วิไลวรรณ เทียมประชา, 2547) ได้กล่าวว่าการมีส่วนร่วมหมายถึงการที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระดับต่าง ๆ ทางด้านการบริหาร และทางการเมืองเพื่อกำหนดความต้องการของชุมชนของตนเอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1978 อ้างถึงใน กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล, 2541) ได้ให้คำจำกัดความการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานว่า หมายถึง กระบวนการที่บุคคลและครอบครัวเป็นผู้ที่รับผิดชอบต่อสุขภาพ สวัสดิภาพของตนเองและชุมชน ยกเว้นความสามารถในการพัฒนาตนเองและชุมชน อีกทั้งมีแรงจูงใจการพัฒนาด้วยตนเอง แทนที่จะเป็นผู้รอรับความช่วยเหลือแต่ฝ่ายเดียว

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2543) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาว่า เป็นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยี ในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

วิไลวรรณ เทียมประชา (2547) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปไม่ว่าจะอยู่ในรูปของบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิ หรือองค์กรต่าง ๆ เข้ามา

มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกัน โดยที่การเข้าร่วมอาจจะอยู่ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ เพื่อการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้

แนวคิดของการมีส่วนร่วม

แนวคิดของการมีส่วนร่วม พิจารณาถึงการกระทำร่วมกันของบุคคลในกระบวนการพัฒนา 2 ลักษณะคือ (กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และประพิมพ์ พุทธิรักษกุล, 2541)

1. การมีส่วนร่วมเป็นมรรคหรือกลวิธีพัฒนา (Participation as a Means) หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นมรรควิธี หรือเครื่องมืออันจะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้
2. การมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายการพัฒนา (Participation as a End) ซึ่งมุ่งเน้นที่กระบวนการของการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชน ทำให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามัคคีจนทำให้เกิดการพึ่งตนเองในที่สุด เป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพในกระบวนการแก้ไขปัญหาและร่วมทำกิจกรรมซึ่งมีความสำคัญมากกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำ เพราะการมีส่วนร่วมจะยังคงอยู่ แม้โครงการจะสิ้นสุดลง ทำให้เกิดประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืนต่อชุมชน

ประเภทของการมีส่วนร่วม

จำแนกตามแนวคิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติแบ่งออกเป็น 4 ประเภท (Cohen & Uphoff, 1975 อ้างถึงใน นภรัตน์ ด่วงลา, 2545) คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หมายถึง การมีโอกาสในการแสดงความคิดเห็น การเสนอทางเลือก และการมีส่วนในการวางแผนต่อสิ่งที่จะมีผลต่อกลุ่มและการตัดสินใจจำแนกได้ 3 ประเภทคือ
 - 1.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในขั้นการริเริ่ม
 - 1.2 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในขั้นการดำเนินการ
 - 1.3 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงปฏิบัติการในงานที่มีความซับซ้อนต้องการความประณีต เช่น การเลือกผู้นำ การจัดประชุม
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมแบบนี้มีหลัก 3 ประการคือ
 - 2.1 การสนับสนุนทรัพยากร (Resource Contribution)
 - 2.2 การบริหารและการประสานงาน (Administration and Coordination)
 - 2.3 การเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรม (Program Enlistment Activities)

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ประการคือ

3.1 ผลประโยชน์ในทรัพย์สิน (Material Benefits)

3.2 ผลประโยชน์ทางสังคม (Social Benefits)

3.3 ผลประโยชน์ด้านส่วนบุคคล (Personal Benefits)

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การควบคุม และตรวจสอบการดำเนินงานกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมอื่น ๆ

จำแนกตามระดับของความสมัครใจ

1. การมีส่วนร่วมโดยความสมัครใจ เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากแนวคิดริเริ่มของประชาชนเอง

2. การมีส่วนร่วมโดยการถูกชักนำ เป็นการมีส่วนร่วมที่ไม่ได้เกิดจากความคิดริเริ่มของประชาชนเอง แต่เกิดจากการชักนำจากภายนอกหรือบุคลากรของรัฐ กระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา

3. การมีส่วนร่วมโดยการบังคับ เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากการใช้อำนาจที่เหนือกว่าหรือระดมประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

วิไลวรรณ เทียมประชา (2547) กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมไว้ว่า

1. ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหาของตนเอง และตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของตนเอง

2. ประชาชนได้มีโอกาสในการใช้ความสามารถของตนที่มีอยู่ ทั้งในรูปของความคิด การตัดสินใจและการกระทำอย่างเต็มที่

3. เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชน ประชาชนรู้สึกมีความเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนามีความมั่นคง ถาวรและประหยัด

4. ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

5. เป็นขบวนการพัฒนาความสามารถและพลังของประชาชนในการพึ่งพาตนเอง

6. เป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย

7. ประชาชนรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนของตน

8. เป็นการแสดงความเคารพ นับถือ เชื่อใจ ไว้ใจ รักและศรัทธาในประชาชนว่า

มีความรู้ความสามารถ

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการสร้างกระบวนการที่สมาชิกในชุมชนให้เป็นผู้ที่รับผิดชอบต่อสุขภาพ สวัสดิภาพของชุมชน โดยการเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้ทราบถึงปัญหา ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ระบุผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งต่อตัวบุคคล ครอบครัว และต่อชุมชนในวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุด ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การติดตามผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น เพื่อพัฒนาทั้งในด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพัฒนาให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการด้านสุขภาพให้เกิดการดูแลตนเองอย่างยั่งยืนได้

ทักษะที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นบุคคลที่มีส่วนร่วม ทั้งประชาชน ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต้องมีคือ

1. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skill)
2. ทักษะในการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร (Communication Skill)
3. ทักษะในการทำงานเป็นทีม (Team Building Skill)

เพื่อเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ เจตคติ และทักษะได้ดีที่สุด (จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ, 2546) ซึ่งประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 ประการคือ

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการคือ
 - 1.1 ประสบการณ์ (Experience) เป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนนำประสบการณ์ของตนเองมาใช้ในการเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์ของตนเองกับผู้อื่น ซึ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้เกิดความรู้เพิ่มขึ้น
 - 1.2 การสะท้อนความคิดและการอภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นการที่ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้เกิดความรู้ที่กว้างขึ้น และการสะท้อนความคิดหรือการอภิปรายให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย
 - 1.3 ความคิดรวบยอด (Concept) ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา หรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิวิสัย (Knowledge) อาจเกิดได้หลายทางเช่น จากการบรรยายของผู้สอน การสะท้อนความคิดและอภิปรายของผู้เรียน การสรุปความคิดรวบยอด

1.4 การทดลองหรือการประยุกต์แนวคิด (Experimentation/ Application) จากการเรียนรู้ทั้งหมดเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

2. กระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในทุกกิจกรรมเพื่อให้เกิดการบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้โดยการกำหนดกิจกรรมบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกกลุ่ม และมีโครงสร้างงานที่ชัดเจน

จากผลการศึกษาของ วิไลวรรณ เทียมประชา (2547) ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเชิงรุกแก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้บริการเชิงรุกกับผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 5 โครงการหลังสิ้นสุดโครงการพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ นันทิยา พิมแพง (2545) เรื่องการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยศึกษาในแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในจังหวัดสระแก้ว จำนวน 806 คนผลการศึกษาพบว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมมากกว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่ได้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) เรื่องผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่แต่งงานแล้ว โดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมพบว่าสตรีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความรู้ เจตคติที่ดี และมีความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการจัดอบรมผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และร่วมดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับผู้ป่วยเบาหวาน และสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของชุมชน

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคือ การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ดีนั้นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเนื่องจากต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543, หน้า 28) ผู้วิจัยจึงทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยในการศึกษาคั้งนี้คือ

1. อายุ

จากการศึกษาของ เขาวเรศ สมทรัพย์ (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยในจังหวัดสงขลา จำนวน 202 คนจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรา หิรัญวรรณ (2538) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 304 คน พบว่า อายุ รวมอธิบายการผันแปรพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้

2. ระดับการศึกษา

จากการศึกษาของ ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด (2540) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 274 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ระดับการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี ไชนิล (2536) อ้างถึงใน ธรรมนูญฉวี วิสุทธิมรรค, 2542) พบว่าระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ จากการศึกษารื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเบาหวานของ จีรนุช สมโชค (2540) พบว่าการศึกษาศาสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ สุธีรัตน์ แก้วประโลม (2538) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ จำนวน 135 คน พบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีที่สุด จากการศึกษารื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของ กาญจนา เกษกาญจน์ (2541)

ที่พบว่า ระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้

3. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

จากการศึกษาของ จีรนุช สมโชค (2540) เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานาน 1-5 ปี จะไม่เข้มงวดในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรพรรณ ศรีธัญรัตน์ (2540 อ้างถึงใน วรณี จันทร์สว่าง และอุษณีย์ เพชรรัชชชาติ, 2545) ที่พบว่ากระบวนการดูแลตนเองขั้นสุดท้ายของผู้ป่วยเบาหวาน คือการดำรงชีวิตตามปกติ ซึ่งผู้ป่วยจะเริ่มยืดหยุ่นในการดูแลตนเอง วิลาสินี แฝ่วชนะ (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 5 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก (สมศักดิ์ คำธัญญมงคล และ อชฌา แสงม่วงชุม, 2541) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 186 คน พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละกลุ่ม (Match Paired) จำนวน 30 คู่ให้มีลักษณะของปัจจัยพื้นฐานตามที่คุณวิจัยกำหนดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีใกล้เคียงกันในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน