

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลการรักษาครอบครัวตามทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย โดยนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งอดทนของครอบครัว
 - 1.1 ความหมายของความเข้มแข็งอดทนของครอบครัว
 - 1.2 แนวคิดของความเข้มแข็งอดทนของครอบครัว
 - 1.3 องค์ประกอบของความเข้มแข็งอดทนของครอบครัว
 - 1.4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งอดทนของครอบครัว
 - 1.5 งานวิจัยเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทนของครอบครัว
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษาครอบครัวตามแนวพฤติกรรมทางปัญญา
 - 2.1 ความหมายของการให้การรักษาครอบครัว
 - 2.2 ประวัติทฤษฎีการให้การรักษาครอบครัวกลุ่มพฤติกรรมนิยมและกลุ่มพฤติกรรมทางปัญญา
 - 2.3 แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและพฤติกรรมทางปัญญา
 - 2.4 กระบวนการให้การรักษาครอบครัวตามแนวพฤติกรรมทางปัญญา
 - 2.5 เทคนิคการให้การรักษาครอบครัวตามแนวพฤติกรรมทางปัญญา
3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน
 - 3.1 ความหมายโรคเบาหวาน
 - 3.2 ประเภทของโรคเบาหวาน
 - 3.3 อาการของโรคเบาหวาน
 - 3.4 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน
 - 3.5 ผู้ป่วยเบาหวานกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 3.6 ผลกระทบจากการเป็นโรคเบาหวานและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยเบาหวาน
 - 3.7 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
 - 3.8 ผลกระทบจากเบาหวานที่มีต่อสภาพจิตใจ
 - 3.9 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

3.10 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งอดทนของครอบครัว

ความหมายของความเข้มแข็งอดทน

Kobasa (1979 อ้างถึงใน เบญจวรรณ ม่วงจีน, 2547) กล่าวว่า ความเข้มแข็งอดทน หมายถึง ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยแสดงออกทางเจตคติ ความเชื่อและพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นนิสัย

Pollock (1984 อ้างถึงใน เบญจวรรณ ม่วงจีน, 2547) กล่าวว่า ความเข้มแข็งอดทน หมายถึง เป็นลักษณะของบุคคลที่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เครียดในชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาจสรุปได้ว่า ความเข้มแข็งอดทน หมายถึง ลักษณะของบุคคลในการเผชิญและจัดการ กับเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ในเชิงความรู้สึก ความคิดความเชื่อ และพฤติกรรม

ความหมายของความเข้มแข็งอดทนของครอบครัว

McCubbin, McCubbin, and Thompson (1986) ได้ศึกษาแนวคิดความเข้มแข็งอดทน ของครอบครัว (Family Hardiness) ให้ความหมายว่า ความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวหมายถึง ความเข้มแข็งและความทนทานของสมาชิกภายในครอบครัว และลักษณะความแข็งแกร่งในการ ปรับตัวและจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

Noreuil (2002) ให้ความหมายว่า ความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวหมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการฟื้นตัว จัดการหรือการกลับมาฟื้นตัวของความสามารถในการทำ หน้าที่ของครอบครัวหลังเกิดเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัว

Bower, Chant, and Chatwin (1998) ให้ความหมายว่า ความเข้มแข็งอดทนของครอบครัว หมายถึง ลักษณะความ เข้มแข็งภายในของครอบครัวในแง่ของการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ เกิดขึ้น มีความสามารถรับมือกับผลที่เกิดขึ้นได้

Chan (2005) ให้ความหมายว่า ความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวหมายถึง คุณสมบัติ ของความหย่อนตัวที่เร่งให้เกิดการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ตึงเครียดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

สรุปได้ว่า ความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวหมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวรับรู้ ความรู้สึกของกันและกัน มีความเชื่อมั่น กล้าเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ สมาชิกเรียนรู้การวางแผน จัดการ และสามารถในการควบคุมสถานการณ์ในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้น ภายในครอบครัว

ครอบครัวที่มีความสามารถและความแข็งแกร่งต่อการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งมีผลทำให้เกิดกระบวนการเติบโตและเป็นเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการปรับตัว และการให้ความหมายของสถานการณ์ดังเครียดที่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่า ความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวในข้างต้น หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัว การรับรู้ความรู้สึกของกันและกัน มีความเชื่อมั่น การกล้าเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ สมาชิกเรียนรู้ การวางแผน การจัดการ และความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ในครอบครัวของสมาชิกใน ครอบครัวที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความเข้มแข็งอดทน ของครอบครัวของ McCubbin et al. (1986) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ ความร่วมมือและพันธะสัญญา ร่วมกันของบุคคลในครอบครัว (Commitment) การควบคุมสถานการณ์ (Control) และการท้าทาย (Challenge)

การเสริมสร้างความเข้มแข็งอดทนของครอบครัว

การสร้างเสริมความเข้มแข็งอดทนนั้น โคบาซาได้อธิบายการพัฒนาลักษณะต่าง ๆ ของ มนุษย์มาจากความสามารถ ความเชื่อ ค่านิยม มาตั้งแต่ในระยะต้นของชีวิต ซึ่งจะมีการพัฒนา มาอย่างต่อเนื่องจากประสบการณ์จนหล่อหลอมเป็นแกนหลักของบุคลิกภาพ (Kobasa & Maddi, 1977 อ้างถึงใน เบญจวรรณ ม่วงจีน, 2547, หน้า 15)

ประการแรก ชีวิตต้องมีการเปลี่ยนแปลง มนุษย์จำเป็นต้องเผชิญกับความเครียดที่มา พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงเสมอ ดังนั้นมนุษย์จึงควรรู้จักวิธีการใช้ความเครียดที่เกิดขึ้นให้เป็น ประโยชน์ และหาทางเอาชนะความเครียดให้สำเร็จ การพัฒนาจะเกิดขึ้นได้จากการเปลี่ยนแปลง ในชีวิตอันจะทำให้บุคคลมีการเจริญเติบโตตามวัย ตามธรรมชาติอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงซึ่งจะพัฒนา ไปเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล

ประการที่สอง บุคลิกภาพของบุคคลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ จากวิถีการดำรง ชีวิตของแต่ละบุคคล

ประการที่สาม ความเครียดและสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิต ถือเป็นสิ่งที่ท้าทาย และน่าตื่นเต้น ทำให้บุคคลรู้จักคิดและตัดสินใจซึ่งการพัฒนาจะเกิดขึ้นจากการได้รับประสบการณ์ จากการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่าง เป็นสุข

งานวิจัยเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทนของครอบครัว

Noreuil (2002) ศึกษาครอบครัวจำนวน 58 ครอบครัวผลการศึกษาพบว่า สำหรับมารดา มีระดับความไม่แน่นอนและความเข้มแข็งของครอบครัวมีนัยสำคัญทางสถิติในการพยากรณ์ระดับ สุขภาวะที่ดีของมารดา สำหรับบิดา ความเข้มแข็งของครอบครัวเท่านั้นที่สามารถพยากรณ์สุขภาวะ

ที่ดีของบิดา ในกรณีที่ไม่มีบุตร เพียงความเข้มแข็งครอบครัวหรือความไม่แน่นอนตัวใดตัวหนึ่งก็นับสำคัญต่อการพยากรณ์สุขภาพทางจิตที่ดีของมารดาที่ป่วยเรื้อรัง

Svavarsdottir and Rayens (2005) ทำการศึกษาวัฒนธรรม เพศ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ความผูกพัน และความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด จำนวน 76 ครอบครัว พบว่า คุณภาพชีวิตของบิดาและมารดาแตกต่างกัน มารดามีคะแนนความซึมเศร้ามากกว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความแตกต่างกันระหว่างภูมิประเทศวัฒนธรรมซึ่งสามารถอธิบายได้จากความรู้สึกรู้สึกผูกพันส่วนบุคคล ความซึมเศร้า ความอยู่ดีมีสุขของผู้ปกครอง นั้น มีผลต่อความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Failla and Jones (1991) ได้ศึกษาความเข้มแข็งอดทนครอบครัว โดยใช้กลุ่มตัวอย่างมารดา 57 คน และบุตรที่มีพัฒนาการบกพร่องอายุ 6 ขวบขึ้นไป มุ่งศึกษามีความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวและความเครียดของครอบครัว การจัดการกับปัญหา การสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในการทำหน้าที่ครอบครัวเป็นตัวกำหนด พบว่าความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียดของครอบครัว และมีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวกับความผูกพันของครอบครัว สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ (2546) ได้ทำการศึกษาสตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตด้านการเงินและครอบครัวว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เครียดในระดับปานกลาง ในขณะที่เหตุการณ์ในชีวิตด้านอื่น ๆ ทำให้เครียดในระดับต่ำ ส่วนเหตุการณ์ด้านดีที่ทำให้สตรีมีความสุขเป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและสุขภาพของตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งอดทนโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีความเครียดโดยรวมในระดับสูง โดยมีอาการเครียดในระดับสูง 4 ระบบคือระบบประสาทพาราซิมพาเธติก ระบบประสาทซิมพาเธติก ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกันส่วนระบบอื่นอีก 3 ระบบ มีอาการเครียดระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่หลากหลาย โดยวิธีที่มีผู้ปฏิบัติมากที่สุดคือ ดักบาตรหรือทำบุญตามความเชื่อทางศาสนา ดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง และพูดคุยปรึกษากับสามีหรือบุตร สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนกับความเครียด พบว่าเป็นความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ

สิริกาญจน์ สง่า (2551) ทำการศึกษาผลของกลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธต่อความเข้มแข็งอดทนของนักศึกษาและเพื่อศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทนของนักศึกษา ผลการศึกษาพบว่า 1) นักศึกษากลุ่มทดลองมีความเข้มแข็งอดทนสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ โดยความเข้มแข็งอดทนในระยะหลังเข้ากลุ่มและติดตามผลไม่แตกต่างกัน 2) หลังการเข้ากลุ่มและระยะติดตามผล

2 สัปดาห์ นักศึกษากลุ่มทดลองมีความเข้มแข็งอดทนสูงกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า สมาชิกรับรู้ถึงประโยชน์จากการเข้าร่วมกลุ่ม กล่าวคือ ประสพการณ์จากการปฏิสัมพันธ์ทางบวกและสัมพันธภาพที่อบอุ่น ไว้วางใจของสมาชิก ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจ เกิดการยอมรับ และตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและผู้อื่น อีกทั้งยังส่งผลต่อเนื้อใจให้นักศึกษามีความมุ่งมั่น พยายาม ผูกมัดตนเอง มีความสามารถในการควบคุมตนเอง และยอมรับความท้าทายที่เกิดขึ้นในชีวิตเพิ่มขึ้น สัมพันธภาพที่มีความหมายที่เอื้อโดยผู้นำกลุ่มน่าจะเป็นปัจจัยเบื้องต้นที่นำไปสู่การพัฒนาความเข้มแข็งอดทนของสมาชิกในกลุ่ม

สุวรรณพร มิตสุวรรณ (2550) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง และเพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 90 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.87, SD = 0.53$) 2) ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.43, 0.50$ และ 0.52 ตามลำดับ) 3) ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดสามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจพยากรณ์ได้ร้อยละ 43.00

สรุปได้ว่า ความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการพลิกฟื้นครอบครัวจากการมีประสบการณ์ตึงเครียดให้สามารถฟื้นฝ่า จัดการ และเรียนรู้ที่จะเติบโตขึ้นท่ามกลางวิกฤตดังกล่าว ช่วยให้ปรับตัวและรู้จักการวางแผนรับมือทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษาครอบครัวตามแนวพฤติกรรมทางปัญญา

ความหมายของการให้การรักษาครอบครัว

Biggs (1994) กล่าวว่า การให้การรักษาครอบครัวคือ การให้การรักษาที่เน้นจะปฏิบัติต่อครอบครัวโดยส่วนรวม การให้การช่วยเหลือจึงมีเป้าหมายที่จะพยายามปรับเปลี่ยนเพื่อปรับปรุงสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวว่า จิตบำบัดครอบครัวหรือครอบครัวบำบัดคือการบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย กล่าวง่าย ๆ ก็คือ เป็นการบำบัดบำบัดทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยเพียงคนเดียว ซึ่งครอบครัวในที่นี้ หมายถึง

บุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ สามีนหรือภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และบางครั้งรวมไปถึงมิตรสหายด้วย

เมธินันท์ ภิณฺณชฺน (2539 อ้างถึงใน ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, 2549, หน้า 42) กล่าวว่า การให้การปรึกษาคครอบครัว หมายถึงกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่เฉพาะสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่ถูกกล่าวว่ามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพราะถือว่าครอบครัวเป็นระบบ ระบบหนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบของครอบครัวจึงเป็นส่วนรวม และเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัว ที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข โดยความช่วยเหลือของนักให้การปรึกษาคครอบครัว ที่มีคุณสมบัติส่วนตัว มีวิชาชีพที่เหมาะสม เพื่อที่จะให้ครอบครัวอยู่ในสภาวะที่สมดุล และทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นแนวทางที่จะพัฒนาสมาชิกในครอบครัว ให้มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสื่อสารได้ดี และสามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดี ทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก

สรุปได้ว่า ความหมายของการให้การปรึกษาคครอบครัว คือกระบวนการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ดำเนินต่อไปอย่างสมดุล มีความเป็นตัวของตัวเอง สร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกอย่างเหมาะสม อันเป็นแนวทางไปสู่ความแข็งแกร่งของตัวสถาบันครอบครัว เรียนรู้ทักษะการจัดการปัญหาต่าง ๆ ภายในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวร่วมกันกำหนดแบบแผนของครอบครัวได้อย่างเหมาะสมอย่างเป็นระบบ แสดงออกซึ่งการให้กำลังใจ ใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีเวลาร่วมกัน กำหนดบทบาทของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม และสร้างความสุขให้กับสมาชิกครอบครัวและปรับตัวต่อสถานการณ์ และสังคมภายนอกได้เป็นอย่างดีเต็มศักยภาพ

ประวัติทฤษฎีการให้การปรึกษาคครอบครัวกลุ่มพฤติกรรมนิยมและกลุ่มพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Family Counseling)

รูปแบบของการให้การปรึกษาคครอบครัวได้นำแนวคิดพฤติกรรมนิยมตลอดจนทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้ โดยมุ่งเน้นพฤติกรรมส่วนบุคคลที่เชื่อมโยงกับเหล่าสมาชิกในครอบครัว ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงมากกว่าให้การให้การปรึกษาทั้งระบบครอบครัว

ผู้นำและความเป็นมา

ผู้นำทางความคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยม (Goldenberg & Goldenberg, 1996 อ้างถึงใน ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, 2549) ในฐานะผู้บุกเบิก ผู้ริเริ่ม ผู้ศึกษาวิจัยและทดลองเพื่อพัฒนาหลักการ และเทคนิคในการให้การปรึกษา มีหลายคนเป็นต้นว่า John B. Watson, Mary Cover Jones, Evan Pavlov, B.F. Skinner, Joseph Wolpe และ Albert Bandura ฯลฯ ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะผู้นำที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทฤษฎีการให้การปรึกษาคครอบครัวโดยตรง

ทฤษฎีการให้การศึกษารอบครัวกลุ่มพฤติกรรมนิยมและกลุ่มพฤติกรรมนิยมทางปัญญา (Behavioral and Behavioral-Cognitive Family Therapy) พัฒนามาจากงานของ Skinner ผสมกับงานของ Wolpe และ Bandura เป็นส่วนใหญ่ ผู้นำคนสำคัญในการให้การศึกษารอบครัวกลุ่มพฤติกรรมนิยมและพฤติกรรมนิยมทางปัญญา ได้แก่ Gerald Patterson, Richard Stuart, Norman Epstein และ Neil Jacobson

เยอราลด์ แพตเตอร์สัน (Gerald Patterson)

เยอราลด์ แพตเตอร์สัน (Gerald Patterson) มักจะได้รับการกล่าวถึงในฐานะเป็นนักทฤษฎีคนแรกที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมมาใช้กับปัญหาครอบครัว แพตเตอร์สันทำงานที่ Oregon Social Learning Center งานสำคัญของเขา คือ การฝึกพ่อแม่ให้เป็นตัวแทนหรือหน่วยงานของการเปลี่ยนแปลง (Agents of Change) สิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ซึ่งงานนี้ได้นำไปสู่การเข้าใจปัญหาพฤติกรรมและวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมอย่างกว้างขวาง ตัวอย่างเช่น การให้รางวัลขั้นพื้นฐาน (Primary Awards) ได้แก่ การใช้ลูกกวาดเป็นรางวัลและใช้เทคนิคอื่น ๆ ประกอบซึ่งรวมถึงเทคนิคแม่แบบ (Modeling) การให้คะแนน (Point Systems) การให้เวลานอก (Time-Out) และการเอาใจใส่ที่มีเงื่อนไข (Contingent Attention) จากการสังเกตพ่อแม่และเด็กในห้องปฏิบัติการและในสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ เช่น ที่บ้านและโรงเรียน ช่วยให้แพตเตอร์สันและเพื่อนร่วมงานของเขาได้พัฒนาระบบการให้รหัสการสังเกตครอบครัว (A Family Observational Coding System) นอกจากนั้น Patterson ยังเป็นบุคคลที่สำคัญในการเขียนคู่มือสำหรับพ่อแม่ที่จะช่วยเหลือเด็กและครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Patterson ได้ชื่อว่าเป็นบุคคลที่สำคัญในการใช้หลักการและเทคนิคในการเรียนรู้ (Learning Principles and Technique) มาช่วยแก้ปัญหาครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการครอบครัวนับอย่างมาก ยิ่งกว่านั้นเขายังมีอิทธิพลที่ช่วยให้นักพฤติกรรมนิยมทำงานกับครอบครัวในทัศนะของทฤษฎีระบบ (Systemic Perspective) อีกด้วย การบูรณาการรูปแบบการบำบัดมาจากการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Therapy) และการปรับพฤติกรรม (Behavior Therapy) (Romana, 2003 อ้างถึงใน วรางคณา เร่งไพบูลย์วงศ์, 2553) แต่เดิมนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งพัฒนาจากทฤษฎีการเรียนรู้ถือว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพอย่างมากในการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยเน้นพฤติกรรม การแสดงออกที่สามารถสังเกตเห็นได้ วัดได้เท่านั้น ไม่ได้สนใจในตัวแปรภายในหรือตัวแปรทางความคิด ซึ่งมีอิทธิพลมากต่อการแสดงออกของบุคคล Mahoney (1974 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) กล่าวว่าตัวแปรทางความคิดหรือตัวแปรที่อยู่ตรงกลางระหว่างสิ่งเร้า และการตอบสนองนั้นมีผลตอบสนองต่อคนเราอย่างมาก นักจิตวิทยาและนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวนมากมีความคิดในลักษณะเดียวกับความคิดของ Mahoney โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม บางคนพบว่ามีความผิดปกติที่เป็นปัญหาหลายพฤติกรรมด้วยกันที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยการใช้หลักการปรับพฤติกรรมขึ้นมาใหม่ โดยอาศัยแนวคิดที่ว่าตัวแปรภายในของบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก การปรับพฤติกรรมโดยอาศัยแนวคิดดังกล่าวจึงเรียกว่า การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) เนื่องจากนักจิตวิทยาต่างคนต่างก็พัฒนาเทคนิคของตนเองขึ้นมา อีกทั้งถ้านักจิตวิทยาที่พัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมทางปัญญาออกเป็นกลุ่มตามพื้นฐานความรู้เดิมก็แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ด้วยกันคือ กลุ่มที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางจิตวิเคราะห์ ชื่อเสียงในกลุ่มนี้คือ Ellis และ Beck กลุ่มต่อมาคือกลุ่มที่มีพื้นฐานความรู้ทางจิตวิทยาทางปัญญา ซึ่งผู้ที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้คือ Mahoney ส่วนกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางการเรียนรู้ ผู้ที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้คือ Bandura และ Meichenbaum ซึ่งจะเห็นว่าเทคนิคการปรับพฤติกรรมทางปัญญานี้มีหลายเทคนิคและพัฒนามาจากกลุ่มนักจิตวิทยาที่มีพื้นฐานความรู้ทางจิตวิทยาที่แตกต่างกัน แม้ว่าความรู้พื้นฐานของนักจิตวิทยาเหล่านั้นจะแตกต่างกัน แต่สิ่งที่เห็นเหมือนกันคือตัวแปรทางปัญญานั้นย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญาได้ พฤติกรรมของบุคคลย่อมเปลี่ยนแปลงตาม และแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญานี้มีผู้นำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมของบุคคลอย่างกว้างขวาง และได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่าง Cognitive Therapy กับ Behavior Counseling นั้น ในทางปฏิบัติแล้ว Cognitive Counseling ไม่ได้มุ่งเน้นที่การเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยด้วยการบำบัดจิตแต่เพียงอย่างเดียว แต่ Cognitive Counseling อาศัยเทคนิคหลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมบำบัด เช่น การสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย การวางลำดับของปัญหาการกำหนดกิจกรรมให้ผู้ป่วยกระทำ การลองซ้อมบทบาท การทดสอบความคิดที่ผิดปกติของผู้ป่วยซึ่งเทคนิคต่าง ๆ ของพฤติกรรมบำบัดจะถูกนำมาใช้ควบคู่ไปกับเทคนิคของ Cognitive Therapy ความเกี่ยวเนื่องเช่นนี้ทำให้นิยมเรียกรวมกันว่า Cognitive Behavior Counseling (วรารณา เร่งไพบูลย์วงษ์, 2553) Cognitive Counseling เป็นจิตบำบัดที่มี Aron T. Beck เป็นผู้นำ

แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและพฤติกรรมทางปัญญา

ผู้ให้การปริกษาครอบครัวยุคพฤติกรรมนิยมจำนวนหนึ่ง ได้เน้นด้านการรู้คิด (Cognition) ในการให้การปริกษา โดยพวกเขาได้ให้ความสำคัญกับการคิดเท่า ๆ กับพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลนั้น ดังนั้นแนวคิดสำคัญก็คือ ความคิดและการพูดกับตัวเองทางลบ นำไปสู่ความขัดแย้งและ/หรือปฏิสัมพันธ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปการให้การปริกษาครอบครัวยุคพฤติกรรมนิยมมีความเชื่อในเรื่องของพฤติกรรมดังต่อไปนี้ (Gladding, 1995 อ้างถึงใน ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, 2549, หน้า 58)

1. พฤติกรรมทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ การที่บุคคลและครอบครัวแสดงพฤติกรรมใด ๆ ออกมา เป็นเพราะเขาเคยได้รับการเสริมแรงหรือรางวัลในอดีต และพฤติกรรมนั้นจะคงอยู่ตราบเท่าที่ยังได้รับการเสริมแรงหรือรางวัล และจะเปลี่ยนไปเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในการได้รับการเสริมแรงหรือรางวัล
2. พฤติกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนและแทนที่ได้โดยพฤติกรรมใหม่ ดังนั้นการให้การปรึกษากลุ่มพฤติกรรมนิยมจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในปัจจุบัน โดยไม่ให้ความสนใจกับพัฒนาการในอดีต
3. การที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว สมาชิกทุกคนไม่จำเป็นจะต้องรับการบำบัด โดยทั่วไปแล้วผู้ให้คำปรึกษากลุ่มนี้จะให้ความช่วยเหลือสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัวหรือของกลุ่มสมรส อย่างไรก็ตามเป็นที่นิยมว่าการ ได้พบกับสมาชิกครอบครัวมากกว่าคนหนึ่ง เช่น พบพ่อแม่และลูก หรือหากเป็นปัญหาระหว่างคู่สมรส ก็จะพบทั้งสามีและภรรยา เหตุผลเบื้องหลังของการพบในลักษณะนี้ คือ หากสามารถแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของแต่ละบุคคล และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ได้โดยตรง การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นจะเกิดขึ้นในครอบครัวโดยรวมอย่างชัดเจน
4. การให้การปรึกษารอบครัวกลุ่มพฤติกรรมนิยม จะให้ความสำคัญกับเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (Here and Now) มากกว่าเรื่องราวในอดีต โดยผู้ให้คำปรึกษาจะให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาในการระบุ (Identify) และเปลี่ยนแปลง (Change) สิ่งแวดล้อมในปัจจุบันที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษาใหม่

กระบวนการทางปัญญา

สติปัญญา ที่ส่งผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคล กล่าวคือ ให้ความเห็นว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์เกิดจากการที่เขารับรู้ ตีความ และให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่ประสบ ส่วนบุคลิกภาพเกิดขึ้นจากค่านิยมและประสบการณ์ส่วนตัวที่หล่อหลอมขึ้นมาเป็นบุคคลนั้น ในด้านการรักษาตามแนวคิด Cognitive Therapy ได้ผสมผสานแนวคิดด้านจิตวิเคราะห์พฤติกรรมบำบัดและการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แนวคิด Cognitive Therapy ที่ Beck (1967 อ้างถึงใน วรางคณา เร่งไพบุลย์วงศ์, 2553) กล่าวว่ารูปแบบความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitivetriad) ซึ่งจะทำให้บุคคลพิจารณาตนเอง โลก และอนาคตในทางที่บิดเบือนไป (Cognitive Error) ความคิดหลัก 3 ประการ คือ

2.2 การสรุปเหตุการณ์เข้าหาตัวเอง (Personalization) เป็นการตำหนิตนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น “ทั้งหมดเป็นความผิดของฉัน ที่เราต้องเลิกกันในที่สุด”

2.3 การสรุปแบบเหมารวม (Over-Generalization) เป็นการสรุปผลทางลบโดยมีหลักฐานเพียงเล็กน้อย เช่น “เพราะว่าฉันตอบคำถามข้อหนึ่งไม่ได้ กรรมการคงประเมินให้ฉันไม่ผ่าน ฉันคงสอบไม่ได้แน่”

2.4 การคาดคะเนแบบหมอดู (Fortune-Telling) เป็นความคิดที่เชื่อว่าการเดาตนถูกต้อง เช่น “ฉันหายใจไม่ออกหัวใจเหมือนหยุดเต้นต่อไปฉันต้องเจอกับสถานการณ์อีกหลายครั้ง”

2.5 การให้เหตุผลโดยอิงอารมณ์ (Emotional Reasoning) บุคคลที่กักอารมณ์เป็นข้อเท็จจริง เช่น “ตอนนี้ฉันรู้สึกตื่นเต้น ดังนั้นการขับรถต้องมีอันตราย”

2.6 การติดตรา (Labeling) เป็นการใช้คำที่ไม่เกิดประโยชน์พรมณมาถึงตนหรือคนอื่น เช่น “ฉันขี้แงอะไรอย่างนี้” “ฉันคือตัวภาระ”

2.7 การขยายจนเกินจริง (Magnification) เป็นการสรุปที่ขยายความมากจนเกินขอบเขต เช่น “ฉันลืมโทรศัพท์หาแม่วันนี้ ฉันเป็นลูกที่แย่มากเลย”

2.8 การคิดแบบสุดโต่งทั้งหมดหรือไม่เลย (All-or-Nothing Thinking) บุคคลคิดแบบสุดขั้วในทำนองไม่ขาวก็ดำอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น “แฟนคงทิ้งฉันแน่ถ้าฉันไม่ตามใจเขา” ในคนปกติจะมีความคิดทางลบชั่วคราว แต่สำหรับผู้มีปัญหาทางอารมณ์เช่นมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มักมีความคิดลบเกิดขึ้นบ่อยครั้ง

3. Schemata เป็นรายละเอียดหรือข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง และภาวะแวดล้อมที่ผ่านการรับรู้และถูกเก็บไว้ แต่จะถูกเรียกนำมาใช้บ่อยครั้งและสร้างระบบหรือแบบแผนความคิดขึ้นหรือเรียกว่า Schemata ของบุคคลผู้นั้น การมีแบบแผนความคิดช่วยตัวเห็นความเหมือนเมื่อได้ข้อมูลใหม่ ทำให้โยงข้อมูลใหม่กับความรู้ที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพพบยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบหรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ใหม่ในทางลบ เป็นความล้มเหลว ความสูญเสีย หรืออันตรายโดยที่บุคคลผู้นั้นไม่รู้ตัว เมื่อใดที่เขาอยู่ในภาวะที่ความรู้สึกหรือสถานการณ์สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่ ระบบความคิดจะถูกกระตุ้นและทำให้การรับรู้และการแปลสถานการณ์ทั้งปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการให้การปรึกษารอบครัว

Goldenberg and Goldenberg (2008) อธิบายว่าเป็นการให้การปรึกษารอบครัวที่เน้นการเปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว รูปแบบ (Model) การให้การปรึกษารอบครัวนี้ได้รวมหลักการของ ทฤษฎีระบบ (System Theory) ทฤษฎีการรู้คิด

(Cognitive Theory) และพฤติกรรมนิยม เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจหน้าที่และสามารถแสดงพฤติกรรมในสัมพันธภาพที่ปกติ ช่วยปรับความรู้สึกไว้ประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง มุ่งเน้นสร้างสรรค์สัมพันธภาพที่ปราศจากการตำหนิ กระตุ้นแรงจูงใจของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ผู้ให้การปรึกษตามแนวคิดนี้จะส่งเสริมให้เกิดเจตคติ สมมุติฐาน ความคาดหวัง การติตรา และอารมณ์ที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดมุมมองที่แตกต่างจากเดิม อันเป็นรากฐานของพฤติกรรมใหม่อย่างเหมาะสมตามกระบวนการความคิดที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ให้การปรึกษายังให้ความสนใจพฤติกรรมซึ่งถูกมองว่าเป็นสิ่งที่ปรับเปลี่ยนได้ มากกว่าติตราว่า “ดี” หรือ “เลว” พฤติกรรมส่วนบุคคลมีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เฉพาะในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังนั้น ผู้ให้การปรึกษาจะไม่พยายามเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของครอบครัว แต่มุ่งช่วยเหลือพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่อย่างราบรื่น ไม่มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกล่าวโทษ มีรูปแบบระบบครอบครัวแห่งความเข้าใจและพร้อมก้าวเดินไปด้วยกัน แบ่งปันความรู้สึกและร่วมรับผิดชอบต่อผลของการกระทำ

การให้การปรึกษารอบครัวกลุ่มพฤติกรรมนิยมและกลุ่มพฤติกรรมทางปัญญาสามารถนำมาประยุกต์ใช้ใน 4 กลุ่ม ใหญ่ ๆ ดังนี้ (Gladding, 1995 อ้างถึงใน ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, 2549, หน้า 59)

1. การฝึกทักษะการเป็นพ่อแม่แบบพฤติกรรมนิยม (Behavioral Parent Skills Training)
2. การให้คำปรึกษาคู่สมรสแบบพฤติกรรมนิยม (Behavioral Marriage Therapy)
3. การให้การปรึกษารอบครัวที่เน้นหน้าที่ของพฤติกรรม (Function Family Therapy)
4. การแก้ปัญหาเรื่องเพศแบบพฤติกรรมนิยม (Behavioral Treatment of Sexual)

กระบวนการให้การปรึกษตามแนวคิดพฤติกรรมทางปัญญา

การให้การปรึกษารอบครัวแบบเน้นหน้าที่ของพฤติกรรมทางปัญญา ประกอบด้วยขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือที่เป็นระบบ 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษา ความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic Relationship) ระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษามีความสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา ผู้รับการปรึกษาจะต้องมีความจริงใจซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีความสามารถในการร่วมรู้สึก (Empathy) กับผู้ป่วย สามารถเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษา จะต้องแสดงความอบอุ่นใจให้แก่ผู้รับการปรึกษาด้วยการยอมรับประสบการณ์ผู้รับการปรึกษา โดยไม่พิพากษาใด ๆ เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษา มีผลต่อความเชื่อมั่นในตัวผู้ให้การปรึกษา

2. ขั้นการสำรวจและประเมิน เพื่อค้นหาว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นมีบทบาทอะไรในครอบครัว เป็นต้นว่าช่วยทำให้สมาชิกครอบครัวใกล้ชิดกันหรือห่างเหินกันมากขึ้น ขั้นนี้ผู้ให้การศึกษาจะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวเพื่อศึกษาความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวโดยการถามและการสังเกต

3. ขั้นของการเปลี่ยนแปลงให้การศึกษา คือ การช่วยให้สมาชิกมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการจัดการกับปัญหา เป็นต้นว่าการทำความเข้าใจและความเข้าใจในพลวัตของความสัมพันธ์ในครอบครัว การชี้ให้เห็นถึงความเกี่ยวพันกันและกันของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว การแปลความหมายและชี้ให้เห็นถึงหน้าที่พฤติกรรมที่กำลังเกิดขึ้นในครอบครัว การเรียกพฤติกรรมนั้นเสียใหม่เพื่อหลีกเลี่ยงการดำเนินคดี การอธิบายถึงผลกระทบที่จะมีต่อครอบครัว การปรับการให้การศึกษาจากรายบุคคลไปสู่ครอบครัวทั้งครอบครัว ความเข้าใจ อารมณ์ ความคิด ระหว่างสมาชิกในครอบครัวต่อปัญหาอย่างเหมาะสม สมาชิกเรียนรู้การจัดการปัญหาต่าง ๆ ภายในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวร่วมกันกำหนดแบบแผนของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม แสดงออกซึ่งการให้กำลังใจ ใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ใช้เวลาร่วมกัน มีการกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม มีความสามารถในการใช้วิธีการที่หลากหลายในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวให้ผ่านสภาวะการณ์ต่าง ๆ ไปด้วยดี

4. ขั้นการฝึกทักษะที่เป็นประโยชน์ในการจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ทักษะต่าง ๆ ที่สอนให้กับครอบครัว ได้แก่ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การทำงานร่วมกันเป็นทีม การหาแหล่งการจัดการที่หลากหลาย การมีมุมมองต่อเหตุการณ์ตึงเครียดของครอบครัวอย่างสร้างสรรค์

5. ขั้นตอนการยุติ

เทคนิคการให้การศึกษาครอบครัวตามแนวพฤติกรรมทางปัญญา

การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมตามแนวคิดพฤติกรรมทางปัญญามีกระบวนการและมีเทคนิคที่ใช้เฉพาะในแต่ละขั้นตอน (Taylor, 2006 อ้างถึงใน วราภรณ์ เร่งไพบุลย์วงศ์, 2553) ดังนี้

การให้การศึกษาตามแนวคิดพฤติกรรมทางปัญญา Cognitive Behavior Family Counseling ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

1. มีเป้าหมายการรักษาร่วมกัน (Goal)
2. มีแนวทางร่วมกันในการมุ่งสู่เป้าหมาย (Task)
3. พัฒนาข้อผูกมัดร่วมกัน (Bond) ช่วยกันกำหนดปัญหาที่จะถูกกัน ช่วยกันกำหนดว่าจะสนใจแง่มุมใด ช่วยผู้รับการปรึกษาซักซ้อม

1. เทคนิคการให้เหตุผล (Reattribution Technique) ใช้เมื่อผู้รับการปรึกษามีเหตุผลที่ไม่เป็นไปตามความเป็นจริงต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นประยุกต์ใช้เหตุผลในการคิดและกำหนดพฤติกรรมตอบสนองใหม่

1.1 วิธีการศึกษาความหมายของคำ (Somatic Method) เน้นความสำคัญในการให้ความหมายของคำว่า “ควร...” ที่มีต่อตนเอง ต่อสมาชิกครอบครัว ต่อบุคคลอื่น และต่อเหตุการณ์ที่ดึงเครียดจากที่มีอย่างคับแคบและเป็นกฎที่ใช้บังคับของตน ผู้รับการปรึกษาสามารถตรวจสอบถึงความเป็นจริงและแทนที่คำนั้นด้วยคำอื่นปรับปรุงขึ้น เช่น “ฉันหวังว่า...” “ครอบครัวควรที่จะ”

1.2 วิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับ (Cost-Benefit Analysis) เน้นที่แรงจูงใจของผู้รับการปรึกษาที่จะยอมรับความคิดและความเชื่อด้านลบ เมื่อพบว่ามีความคิดและความเชื่อด้านลบที่ไม่มีประโยชน์มากกว่ามีประโยชน์ (Burn, 1996 อ้างถึงใน ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, 2549)

การใช้คำถามในการทดสอบความคิดอัตโนมัติ ได้แก่

- มีเหตุผลอะไรที่สนับสนุนความคิดนี้
- มีเหตุผลอะไรที่ไม่สนับสนุนความคิดนี้
- คนอื่นอาจจะคิดอย่างไรต่อเหตุการณ์นี้
- ผลดีที่เป็นไปได้ของเหตุการณ์นี้
- ผลเสียที่เป็นไปได้ของเหตุการณ์นี้
- ถ้าเกิดผลเสียขึ้น จะทำอะไรเพื่อให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด
- การคิดอย่างนี้ได้ประโยชน์อย่างไร
- สามารถอธิบายเหตุการณ์นี้ได้หรือไม่

2. พิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (Identify Maladaptive Assumption) ในขณะที่ผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาช่วยกันสกัดและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้รักษาอาจจะพบมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในการคิด การเข้าใจของผู้รับการปรึกษา ผู้รับการปรึกษามีมูลบทหรือข้อสันนิษฐาน (Underling Rule) ในการดำเนินชีวิต จนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง Beck กล่าวว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐาน (Intermediate and Core Beliefs) เป็นความคิด ความเข้าใจที่ลึก ๆ ในใจของผู้รับการปรึกษา ต่อตัวเอง ต่อสมาชิกครอบครัว ต่อระบบสุขภาพ และต่อสภาพการเจ็บป่วย ต่อเหตุการณ์ที่เครียด ซึ่งทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติ เช่น การที่ผู้รับการปรึกษามีมูลบทหรือข้อสันนิษฐานในใจเสมอว่า

ชีวิตที่ดีจะต้องเกิดจากการทุ่มเทให้กับงานอย่างเต็มที่ เกณฑ์มูลฐานที่ไม่ถูกต้องนี้ นำความรู้สึกไม่พึงพอใจตัวเอง ครอบคลุ

3. วิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (Analyzing Maladaptive Assumption) ขั้นตอนนี้จะเป็นการทำนองเดียวกับการทดสอบความจริงที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ กล่าวคือการที่ผู้ให้การปรึกษาชวนผู้รับการปรึกษาทดสอบว่า มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ผู้ป่วยมีอยู่นั้น ไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง วิธีการวิเคราะห์วิธีหนึ่งคือการชวนผู้ป่วยให้ป้องกัน (Defend) สมาชิกครอบครัว่ามูลบทหรือข้อสันนิษฐานดีแล้วหรือยัง มีมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่เป็นอย่างอื่น ตัวอย่างในข้อ 1 นั้น ผู้ให้การปรึกษาจะสอบถามถึงเหตุผลที่ผู้รับการปรึกษายึดมูลฐานนั้น ผู้ให้การปรึกษาชวนผู้รับการปรึกษาให้ป้องกันตนเองว่า ผู้รับการปรึกษาเคยมีบางช่วงไหมที่ผู้ป่วยรู้สึก ว่าสูญเสียสิ่งดี ๆ ไป เพียงเพราะว่ามัวทุ่มเทเวลาให้กับงานอย่างเต็มที่ ผู้ให้การปรึกษาชวนให้ ป้องกันตนเองต่อไปว่าเป็นไปได้ไหมที่จะเกิดจากการทั้งได้ทุ่มเทเวลาให้กับบางอย่างเต็มที่และ การได้ผ่อนคลายในบางเวลา หาเวลาสื่อสารกัน ให้เวลาร่วมกัน ร่วมกันแก้ปัญหา ผ่าฟันอุปสรรค อย่างสร้างสรรค์ ผู้ให้การปรึกษานับสนุนผู้รับการปรึกษาให้ป้องกันตนเอง และสมาชิกครอบครั ต่อไปอีกว่าเป็นได้ไหมที่บางครั้งชีวิตที่ดี ๆ จะเกิดจากการได้ทำงานอย่างเต็มที่แต่ไม่ต้องตลอดเวลา การสร้างพันธมิตรร่วมกับการให้การปรึกษาแบบการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) โดยการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเฉพาะตัว (Idiosyncratic Beliefs) และแบบแผน ความคิด (Cognitive Schema) ในการรับรู้โลก ประสบการณ์ชีวิต และการคาดการณ์ในอนาคต ในทางลบให้เหมาะสมสมเหตุสมผลขึ้น ผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็น ความคิดที่บิดเบือนไปจากความจริง (Cognitive Distortion) ของตนเองและครอบครั โดยการให้ ทั้งคำถาม ให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความนึกคิดของตนเอง ฝึกทักษะที่สำคัญ เพื่อเรียนรู้ว่าประสบการณ์ของตนเกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนอย่างไร และให้หัดแปล ประสบการณ์ใหม่ไม่ให้เป็นไปในทางลบ เนื่องจากการฝึกหัดนี้ได้ทำหลังจากที่เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น ผ่านไปแล้ว ผู้รับการปรึกษาจึงมองสถานการณ์ได้เป็นกลางมากขึ้น เข้าใจสถานการณ์ได้ถูกต้อง ขึ้นอีก แต่ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่า เมื่อเกิดสถานการณ์จริงขึ้น หรือเมื่อผู้รับการปรึกษาต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้วิตกกังวล แต่เมื่อพบสถานการณ์แล้ว ผู้รับการปรึกษาก็จะกลับมีความเป็นกลางและเข้าใจสถานการณ์ได้ถูกต้องขึ้นอีก ผู้ให้การปรึกษา จะให้การบ้านเพื่อให้สมาชิกในครอบครัเกิดพันธสัญญาและร่วมกันแก้ปัญหาได้เรียนรู้ใน แต่ละครั้งของการรักษา

4. การให้เทคนิคทางพฤติกรรม ในระหว่างการให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาคควรใช้ เทคนิคทางพฤติกรรมนิยม ประกอบระหว่างการให้การปรึกษาด้วย ดังต่อไปนี้

4.1 การนำหลักการที่ได้มาซักซ้อมให้เกิดทักษะทางความคิด โดยซักซ้อมในแต่ละขั้นของปัญหาที่ได้แบ่งย่อยไว้ (Cognitive Rehearsal) ตัวอย่างเช่น จากการมองในแง่ไม่ดี เป็นการมองในแง่ดีและถูกต้องตามความเป็นจริง หรือโดยฝีกหยุดคิด (Thought Stopping) เช่น ยางรัดข้อมือเวลาคิด บางที่ไม่ต้องการหรือไม่จำเป็นต้องคิด ให้คิดยางจนรู้สึกเจ็บ เป็นเทคนิคของ Aversive Conditioning หรือฝีกให้คิดช้าลง (Thought Delay) โดยคิดแยกแยะวิเคราะห์ตนเอง มองความคิดอย่างช้า ๆ และคิดให้มีสุข

4.2 การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill Training) ให้สามารถมีความกล้าที่จะทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อตนเองได้เหมาะสม โดยใช้ Modeling และ Role Playing

4.3 การจัดตารางกิจวัตรประจำวัน เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้นำหลักการไปปฏิบัตินอกเวลา โดยครั้งแรกให้ผู้รับการปรึกษารอกิจกรรมประจำวันตามปกติ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนแล้วจึงร่วมกันกำหนดตารางกิจกรรมใหม่เป็นการบ้านให้ผู้ปฏิบัติในช่วงท้ายของการรักษา

4.4 เทคนิคการสรุป (Summarizing) เพื่อการทบทวนเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละ Session โดยผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ซึ่งจะเป็นโอกาสให้ผู้ให้การปรึกษาได้อธิบายทฤษฎีและเหตุผลในการใช้เทคนิคเฉพาะอย่าง และได้แยกแยะถึงความก้าวหน้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการรักษา

4.5 เทคนิคการสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อการรักษา และความรู้สึกที่มีต่อผู้ให้การปรึกษา และเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้กระบวนการนี้ประเมินถึงความเข้าใจของผู้รับการปรึกษาที่มีต่อเหตุการณ์ความตึงเครียดในครอบครัวให้โอกาสผู้รับการปรึกษาได้สะท้อนกลับเป็นส่วนสำคัญที่จะได้ทราบถึงความก้าวหน้าของการปรึกษา และผู้ให้การปรึกษาเองจะได้ตระหนักและเข้าใจในตัวผู้รับการปรึกษา

4.6 การมอบหมายงานหรือการบ้าน (Homework) ในแต่ละครั้งที่พบกันระหว่างการให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะมอบหมายงานให้ผู้รับการปรึกษาทุกครั้ง ผู้ให้การปรึกษาจะต้องกำหนดเนื้อหาให้ชัดเจน และบอกเหตุผลเกี่ยวกับการบ้านที่มอบหมายให้ผู้รับการปรึกษาในแต่ละครั้ง และค้นหาเจตคติของผู้รับการปรึกษาที่มีต่อการบ้านที่มอบหมายให้ด้วย รวมถึงทำความเข้าใจกับเหตุผลของผู้รับการปรึกษาในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาไม่ทำการบ้านนั้นให้สำเร็จตามที่ได้รับมอบหมาย

4.7 การฝึกทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหา (Communication and Problem Solving Skills Training) ได้แก่ การให้คำชม การใช้แม่แบบ และการฝึกใช้สรรพนามฉัน (“I” Message) เป็นต้น

4.8 การทำสัญญา (Contracting) การทำสัญญาจะใช้เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกทางลบต่อกัน การทำสัญญาเป็นการให้รางวัลแก่พฤติกรรมอย่างหนึ่ง การใช้เบี้ยบรรณาการ (Token Economy) เป็นตัวอย่างหนึ่งของการทำสัญญา และในบางกรณีก็ให้การให้รางวัลตามคะแนน (Point) ที่ได้รับ ด้วยวิธีการที่ละเอียดอ่อนกว่าการให้รางวัลโดยทั่วไป เพื่อเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม

4.9 การสอน (Coaching) เทคนิคนี้ผู้ให้การศึกษาจะช่วยบุคคล คู่สมรสและครอบครัวให้สามารถตอบสนองสิ่งเร้าอย่างเหมาะสม โดยการสอนด้วยวาจา โดยถือว่าสมาชิกครอบครัว ก็เช่นเดียวกับนักศึกษา ที่ต้องมีโค้ชมาช่วยบอก ช่วยสอนเทคนิคให้ และเปิดโอกาสให้มีการฝึกหัดพฤติกรรมนั้น ๆ

4.10 การทำสัญญาโดยมีเงื่อนไข (Contingency Contracting) การทำสัญญาโดยมีเงื่อนไข (Contingency Contracting) เป็นการเขียนข้อตกลงระหว่างบุคคลสองคนหรือมากกว่า อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อตกลงจะต้องมีความชัดเจน ทำพฤติกรรมอะไร อย่างไรอาจจะเป็นรูปของปริมาณ (ความถี่) หรือคุณภาพของการกระทำ แล้วจะได้คะแนนเท่าไร หรือรางวัลอะไร เป็นตัวเสริมแรงที่จะแลกเปลี่ยนกับการกระทำพฤติกรรมนั้น

4.11 การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) การเสริมแรงทางบวก ส่วนใหญ่จะใช้วัตถุ เช่น ขนม เงิน หรือเหรียญ หรือการให้รางวัลทางสังคม เช่น การยิ้ม การให้คำชมเป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) การที่จะให้การเสริมแรงมีประสิทธิภาพ ตัวเสริมแรงต้องเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการ เด็ก ๆ มักจะพยายามทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแลกกับรางวัลประเภทขนม ลูกกวาดหรือเงิน สำหรับผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะพยายามทำพฤติกรรมเพื่อให้ได้รับการยอมรับ คำชม หรือรอยยิ้ม ดังนั้นการที่จะให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการในครอบครัวเพิ่มขึ้น ก็ต้องใช้เทคนิคการเสริมแรงทางบวก

4.12 การทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อบางสิ่งบางอย่าง (Quid Pro Quo) “Quid Pro Quo” อ่านว่า ควิด โปร โคว เป็นภาษาละติน ซึ่งแปลว่า “การกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อบางสิ่งบางอย่าง” การทำสัญญาทางพฤติกรรมระหว่างสมาชิกครอบครัว ในที่นี้คือมารดาและบุตรมาจากความคิดนี้ กล่าวคือ สมาชิกครอบครัวตกลงที่จะทำบางสิ่งบางอย่าง ขณะที่อีกคนหนึ่งยินดีที่จะทำบางสิ่งบางอย่างระดับเดียวกันให้เป็นการแลกเปลี่ยน และเป็นข้อตกลงที่จะต้องเป็นหัวใจของทั้งสองฝ่าย

4.13 การใช้หลักฟรีแมค (Premack Principle) หลักฟรีแมค คือ การที่บุคคลหรือครอบครัวต้องยอมทำในสิ่งที่ตนเองไม่ชอบก่อน จึงจะได้รับอนุญาตให้ได้ทำในสิ่งที่ตนชอบ เช่น มารดาที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเตรียมอาหารไว้ให้บุตร และบุตรเป็นคนไปจ่ายตลาด เป็นต้น

4.14 การโต้แย้งกับความคิดที่ไม่มีเหตุผล (Disputing Irrational Thoughts) การโต้แย้งกับความคิดที่ไม่มีเหตุผล เป็นเทคนิคของกลุ่มพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักคิด เช่น ทฤษฎีการให้การปรึกษาที่เน้นเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Therapy) ของ อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) เอลลิสจะถามคู่สมรสที่บ่นว่า การแต่งงานของเขาหรือเธอไม่ช่วยให้ความต้องการได้รับการตอบสนองด้วยคำถามที่ว่า “มีใครเขียนไว้บ้างไหมว่า การแต่งงานจะทำให้สิ่งที่คุณต้องการสมปรารถนา” เหตุผลเบื้องหลังการถามอย่างนี้ก็เพื่อที่จะช่วยคู่สมรสและครอบครัว ได้พัฒนาการคิดและพฤติกรรมที่ไม่มีเหตุผล

4.15 การลดความกังวลอย่างเป็นระบบ (Systemic Desensitization) การลดความกังวลอย่างเป็นระบบ ใช้ช่วยบุคคลที่มีความวิตกกังวลสูงให้ลดลงโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคที่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ โดยการให้บุคคลจินตนาการในสิ่งที่เขาวิตกกังวลหรือหวาดกลัว สลับกันไปกับการผ่อนคลาย (Relaxation) หรือสลับกันไปกับสิ่งที่ตรงข้ามกับความวิตกกังวลอย่างค่อยเป็นค่อยไปที่ละขั้นทีละตอน เทคนิคนี้ใช้มากในการแก้ปัญหาทางเพศ และสามารถใช้กับสมาชิกครอบครัวที่ต้องการจะฝึกลดความวิตกกังวล ในการที่จะบอกถึงความต้องการของตัวเองกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ

สรุป การให้การปรึกษาคือการช่วยครอบครัวตามแนวพฤติกรรมทางปัญญา ปัญหาเกิดขึ้นเพราะว่าบุคคลมีความคิดในลักษณะการปรับตัวไม่ได้ เช่น ความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล หรือการพูดกับตนเองไม่สอดคล้องกับพื้นฐานความเป็นจริง เป็นต้น ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นความเชื่อของเขามีต่อตนเองและต่อโลกที่เขาอยู่ วิธีการบำบัดก็คือ การมุ่งเน้นที่ความเชื่อพื้นฐาน เป็นการให้การปรึกษาเชิงรุก เน้นกระบวนการความคิดสติปัญญาที่ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล กล่าวคือให้ความเห็นว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ ทัศนคติ และการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่ประสบผู้วิจัยจึงคาดว่า การให้การปรึกษาด้านแนวคิดพฤติกรรมทางปัญญาสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งอดทนของครอบครัวได้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

ความหมายของโรคเบาหวาน

ภาวนา กิริติยวงศ์ (2546) กล่าวว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม แสดงอาการ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่ง

อินซูลิน และ/ หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหน้าที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด

เทพ หิมะทองคำ (2548) กล่าวว่าเบาหวาน คือภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ

ประเภทของโรคเบาหวาน

การจำแนกโรคเบาหวาน แบ่งตามเกณฑ์ของสถาบันสุขภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รับรองให้ใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการแบ่งประเภทของโรคเบาหวาน โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (WHO, 1980 อ้างถึงใน จุฬา อาจิวชัย, 2550, หน้า 10-12) คือ

1. ประเภทที่มีอาการทางคลินิกของโรคเบาหวาน (Clinical Class) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการ และอาการแสดงที่ตรวจพบได้ แบ่งออกได้ 3 ชนิด คือ

1.1 ผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและมีอาการแสดงทางคลินิกตรวจพบได้ แบ่งออกได้ 3 ชนิดคือ

1.1.1 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus: IDDM Type I) เดิมเรียกว่า Juvenile Onset Mellitus มักพบในวัยเด็กอายุต่ำกว่า 25 ปีผู้ป่วยมักพอมโรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้น้อย หรือสร้างไม่ได้เลยทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ต้องพึ่งการฉีดอินซูลินเข้าร่างกายทุกวันเพื่อป้องกันภาวะกรดคั่งในร่างกาย อาการแรกพบมักจะรุนแรงและเกิดขึ้นโดยกะทันหัน น้ำตาลในเลือดสูงมาก มีอาการปัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มีการสลายไขมันและโปรตีนมาใช้เป็นพลังงาน ขบวนการนี้จะให้สารคีโตนซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรด และเป็นพิษต่อร่างกายออกมาด้วยทำให้การคั่งสารคีโตนในเลือด (Diabetes Ketoacidosis or DKA) ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะนำไปสู่การหมดสติ (Coma) ได้

1.1.2 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus: NIDDM Type II) เดิมเรียกว่า Maturity Onset Diabetes Mellitus พบได้ในคนทุกวัย แต่พบมากในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้เป็นผู้ที่มีภาวะอ้วน ซึ่งในคนอ้วนอินซูลินจะออกฤทธิ์ได้น้อยกว่าปกติ ทำให้เกิดการต้านอินซูลิน (Insulin Resistance) จึงเป็นเหตุให้คนอ้วนเป็นเบาหวานประเภทนี้กันมาก แต่ก็อาจพบได้ในผู้ที่มีน้ำหนักปกติ นอกจากนี้กรรมพันธุ์ยังมีส่วนกับการเกิดโรคอย่างมาก ผู้ที่มีประวัติสมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ก็จะมีแนวโน้มเป็นโรค

เบาหวานชนิดนี้มากด้วย โรคเบาหวานชนิดนี้มีการขาดอินซูลินไม่มาก ตับอ่อนสามารถสร้างอินซูลินได้ แต่อินซูลินออกฤทธิ์ในการทำงานได้ไม่เต็มที่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ไม่จำเป็นต้องพึ่งอินซูลินในการรักษาที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ และไม่เกิดภาวะกรดคั่งในร่างกาย ถ้าดูแลรักษาดีพอ การรักษาโรคเบาหวานชนิดนี้มักรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน ซึ่งยาจะไปกระตุ้นเบต้าเซลล์ ให้หลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น

1.1.3 ผู้ป่วยเบาหวานที่พบร่วมกับภาวะอื่น ๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบ ภาวะผิดปกติของฮอร์โมน ภาวะการใช้ยาหรือสารเคมีบางอย่างตลอดทั้งความผิดปกติของโครงสร้างทางพันธุกรรม

1.2 ผู้ป่วยที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (Impair Glucose Tolerance: IGT) ผู้ป่วยชนิดนี้ มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารปกติ แต่เมื่อทดสอบความทนต่อกลูโคสบกพร่องจะได้ค่าระหว่างค่าปกติกับค่าที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้ยังไม่มีอาการและอาการแสดงให้เห็น จึงยังไม่ควรเรียกว่าเป็นโรคเบาหวาน แต่ไม่ถือว่าเป็นปกติ

1.3 ผู้ป่วยที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่องในระหว่างตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) ได้แก่ผู้ป่วยที่ตรวจพบความทนต่อกลูโคสบกพร่องในระหว่างตั้งครรภ์จะพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตั้งครรภ์ไม่ถือเป็น GDM

2. ประเภทที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Statistical Risk Class) ได้แก่ กลุ่มคน (อาจไม่ถือเป็นผู้ป่วย) ซึ่งไม่มีอาการของโรคเบาหวาน เมื่อทดสอบความทนต่อกลูโคสบกพร่องแล้วพบปกติตลอดทั้งประวัติและผลการตรวจร่างกายพบปกติ แต่มีแนวโน้มและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวาน หรือ IGT ได้มากกว่าคนอื่น ๆ ได้แก่

2.1 กลุ่มที่เคยมีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง หรือกลุ่มคนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเรียกว่า Previous Abnormality of Glucose Tolerance เช่น ในรายที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่องในขณะตั้งครรภ์หรือในรายที่เกิดความเครียดฉับพลัน

2.2 กลุ่มที่ไม่เคยมีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง หรือกลุ่มคนที่ไม่เคยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนอื่น ๆ เรียกว่า Potential Abnormality of Glucose หรือ Prediabetic Potential Diabetes Mellitus แบ่งออกได้ 2 กลุ่มคือ

2.2.1 กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ได้แก่ บุคคลที่ตรวจพบสารต่อต้านในเลือด (Antibody) ต่อเซลล์ตับอ่อน (Islets Cell) หรือแฟดชนิดไขไขเดียวกัน ที่คู่แฝดของตนเป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน

ทำให้คันตามผิวหนัง เป็นแผลฝี ได้ง่าย แต่หายยาก ระบบประสาทเมื่อขาดพลังงานจากน้ำตาลไปเลี้ยงจึงอักเสบง่าย ทำให้ปวดเจ็บตามกล้ามเนื้อ ขาตามปลายมือปลายเท้า รวมทั้งหมดความรู้สึกทางเพศ และโดยที่เส้นสัตามีการเปลี่ยนแปลงของน้ำมากน้อยอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากปริมาณน้ำตาลที่เปลี่ยนแปลงจึงเป็นเหตุให้ตาพร่าต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย ๆ ถ้าเป็นในสตรีมีครรภ์บุตรในครรภ์มักจะหัวโตและหนักกว่าปกติ เนื่องจากสามารถใช้น้ำตาลได้เพราะมีอินซูลินผลิตขึ้นในตับอ่อนของทารก

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน นอกจากจะอาศัยการซักประวัติ และการตรวจร่างกายแล้ว ยังต้องอาศัยการตรวจสอบทางชีวเคมีร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องพิจารณาเป็นรายบุคคลไปว่าควรใช้การทดสอบด้วยวิธีใดบ้าง จึงสมควรกับเหตุผลและการสูญเสียทางเศรษฐกิจน้อยที่สุด รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก เจ็บตัว และเสียเวลาน้อยที่สุด การวินิจฉัยโรคเบาหวาน อาจจัดเป็นลำดับดังนี้ คือ

1. การตรวจปัสสาวะ สามารถตรวจได้หลายวิธี เช่น การใช้น้ำยาเบเนดิกต์ การใช้เม็ดคลินิกเทส การใช้เทสเทปคลินิกสติก ไดแอสติกหรือโคอะเบอร์ 500
2. การตรวจเลือด มีหลายวิธีด้วยกัน ในการวินิจฉัยครั้งนี้ใช้การตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลในขณะอดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เจาะเลือดบริเวณข้อพับแขนประมาณ 2 มิลลิลิตร เปรียบเทียบผลกับค่าปกติ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าเกิน 126 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน แต่ในบางครั้งการเจาะเลือดอาจได้ค่าผิดปกติเพียงเล็กน้อย และผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคเบาหวานแพทย์อาจตรวจด้วยวิธีอื่น ๆ เพิ่มเติม

ผู้ป่วยเบาหวานกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องการการดูแลและการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในหลายด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดสูงและอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ การจัดการกับความเครียด ทั้งนี้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และมีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานได้อย่างมีความสุข

การดูแลตนเองนั้นเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จึงไม่ใช่เรื่องง่ายที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติมา และผสมผสานกิจกรรมการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต การดูแลตนเองในเรื่อง

โรคเบาหวาน ต้องการเวลาในการเรียนรู้ และเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน รวมทั้งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อให้ยอมรับกับภาระการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง

การรักษาโรคเบาหวาน โดยวิธีการทางการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียว หรือการจัดรูปแบบการให้บริการในลักษณะผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด รับยา และกลับบ้าน ไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานได้ (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2546, หน้า 1)

ความเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลกระทบจากการเป็นโรคเบาหวาน การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยเบาหวาน และองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแนวคิดที่สำคัญและจำเป็นสำหรับพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจวิธีการดูแลตนเอง วิถีคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างสร้างสรรค์ เข้าใจวิถีการเจ็บป่วยของผู้ป่วย คิดหาวิธีการพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งจะนำไปสู่การให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม รวมทั้งยังช่วยให้พยาบาลทราบทิศทางการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2546, หน้า 2)

ความเจ็บป่วยเรื้อรังหมายถึง ภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่เสื่อมลง หรือซ่อนอยู่ในตัวบุคคล มีทั้งระยะที่โรคสงบ และระยะที่โรคกำเริบ ต้องการการดูแล การรักษา และการฟื้นฟูสภาพจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอย่างต่อเนื่อง ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อกิจกรรมประจำวัน วิถีชีวิต สังคม เศรษฐกิจ และสภาพจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และใช้ศักยภาพของตนเองที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด

ธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรัง

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังขึ้น กระบวนการดำเนินของโรคมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญและหาวิธีจัดการ ดังนี้ (Smeltzer & Bare, 1996 อ้างถึงใน ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2546, หน้า 3-4)

1. การจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรังมีความซับซ้อนมากกว่าการจัดการกับปัญหาเรื่องการรักษาเพียงอย่างเดียว ความเจ็บป่วยเรื้อรังเกี่ยวพันกับปัญหาทางกาย จิต สังคม ผู้ป่วยต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคที่ไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงในบทบาท การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ซึ่งทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องปรับตัวกับสิ่งเหล่านี้ การให้บริการของเจ้าหน้าที่สุขภาพแก่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องการการทำงานที่ประสานกันของเจ้าหน้าที่หลายฝ่าย เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น

2. ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นกระบวนการที่มีระยะการดำเนินโรคต่าง ๆ กัน (Rolland, 1987; Smeltzer & Bare, 1996 อ้างถึงใน ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546) มีระยะที่โรคสงบ และระยะที่โรคกำเริบ แต่ละระยะจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ต่างกัน ซึ่งต้องการการจัดการที่ต่างกัน

3. การควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การขาดการปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจนำไปสู่ความเสี่ยงของอวัยวะในร่างกาย และเกิดความเสียหายต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยเป็นแผลเรื้อรัง เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นอัมพาต ไตวาย เป็นต้น การที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ วัฒนธรรม สภาพสังคม และเศรษฐกิจ นอกจากนี้การจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรังยังต้องการเวลา ความรู้ การวางแผน และวิธีการที่ง่ายต่อการปฏิบัติอีกด้วย

4. โรคเรื้อรังหนึ่งโรคสามารถนำไปสู่ภาวะเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นเวลานาน อาจนำไปสู่ความผิดปกติของระบบประสาทและหลอดเลือด ทำให้เกิดปัญหาโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคไตวาย ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เพิ่มปัญหาให้กับผู้ป่วยมากขึ้น

5. ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้บทบาทหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ครอบครัวต้องจัดระบบภายในครอบครัวใหม่เพื่อรักษาความสมดุลของครอบครัวไว้ มีผลต่อรายได้ของครอบครัว ซึ่งบางครั้งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด ความอ่อนล้าขึ้นในครอบครัว กิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวเคยทำร่วมกันลดลง ความเจ็บป่วยเรื้อรังของบุคคลในครอบครัว อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวบางครอบครัวสนิทสนมกันมากขึ้น หรือเกิดความขัดแย้งกันมากขึ้น

ผลกระทบจากการเป็นโรคเบาหวาน

จากการศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (วัลลา ดันตโยทัย, 2540 อ้างถึงใน ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546, หน้า 5-9) โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 28 ราย พบว่าผู้ป่วย 5 ราย รับรู้ว่าการเป็นโรคเบาหวานไม่มีผลกระทบต่อตนเอง และการดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ ผู้ป่วยที่เหลือจำนวน 23 ราย รับรู้ว่าการเป็นโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อตนเอง โดยจำแนกเป็น 7 ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคเบาหวานทำให้สุขภาพของตนเอง แย่ลง อ่อนแอ ไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย ร่างกายและความสามารถในการทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป รับรู้ถึงอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

ภาวนา กิริติยวงศ์ (2546) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคในเรื่อง การเกิดแผลแล้วรักษาหายยากมากที่สุด รองลงมาคือ การถูกตัดขา และตาบอด และผู้ป่วยรับรู้ว่าการเป็นโรคเบาหวานทำให้ร่างกายผิดปกติไปจากเดิม เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรงทำงาน ในผู้ป่วยที่ละเลยต่อการดูแลตนเอง และปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดปัญหากับอวัยวะเกือบทุกส่วนของร่างกาย

2. ผลกระทบต่อวิถีชีวิต การเป็นโรคเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 (Type 1) และชนิดที่ 2 (Type 2) ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับกิจกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา หรือการฉีดยา การควบคุมความเครียด การจัดเวลาสำหรับตรวจตามนัด ซึ่งผู้ป่วยต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิม และผสมผสานการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในผู้ป่วยบางรายได้ใช้ความพยายามในการปรับกิจกรรมการดูแลตนเองต่าง ๆ แต่ไม่สามารถปรับได้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสูง

3. ผลกระทบต่อความมีคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำงานไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงานเพื่อมาจัดการกับภาวะในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งต้องมีกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการฉีดอินซูลิน

4. ผลกระทบด้านการงาน การต้องมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับบางครั้งมีอาการของระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หรืออาการรุนแรงมากจนต้องนอนพักในโรงพยาบาล ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน กระทั่งต่อความก้าวหน้าในการทำงาน

5. ผลกระทบด้านการเงิน เมื่อผู้ป่วยเบาหวานได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานนั้นหมายถึงค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจะต้องจ่ายออกไปตลอดชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุที่เริ่มเป็น ถ้าเป็นตั้งแต่อายุน้อย ภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายก็จะมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นเมื่ออายุมากแล้ว

6. ผลกระทบต่อแผนการชีวิตในอนาคต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อการมีครอบครัว และการมีบุตร เพราะเกรงว่าบุตรจะเป็นโรคไปด้วย

เป้าหมายของการรักษาก็เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน หน้าที่ของแพทย์ผู้ดูแลที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือ วินิจฉัยโรคแทรกซ้อนแต่เนิ่น ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอย่างรุนแรง โรคแทรกซ้อนที่ปัจจุบันรักษาได้ผล เช่น การยิงแสงเลเซอร์ที่เส้นเลือดของจอรับภาพของตา สามารถหยุดอาการผิดปกติของเส้นเลือดได้เป็นจำนวนมาก การตรวจดูไมโครแอลบูมินในปัสสาวะ และการใช้ยาเอซีอี-ไอ (ACE-I, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors) อาจช่วย

ป้องกันการเสื่อมสภาพของไตต่อไป การใช้ยาพวกอัลโดสรีดักเทสอินฮิบิเตอร์ (Aldose Reductase Inhibitor, ARI) อาจช่วยป้องกันการเกิดปลายประสาทเสื่อมได้

ปัจจุบันนี้การรักษาเบาหวานก็ยังคงต้องมุ่งไปกับการพยายามป้องกัน โรคแทรกซ้อน ด้วยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคอาหารและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดเหมือนคนปกติมากที่สุด ความสำเร็จเกิดขึ้นด้วยความเพียรพยายาม ความพยายามจึงนำไปสู่การปฏิบัติเป็นนิสัยจนกลายเป็นอุปนิสัย ไม่เกิดความทุกข์ทรมานในการพยายามที่จะควบคุมอาหาร เมื่อทำเช่นนี้ได้แล้ว คณะแพทย์ก็จะเน้นการป้องกันโรคแทรกซ้อนเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวเหมือนคนที่ไม่เป็นเบาหวานได้ (เทพ หิมะทองคำ, 2548, หน้า 249-250)

การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยเบาหวาน

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับภาระที่ต้องจัดการ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลในเรื่องสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อรักษาไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย การมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ผู้ป่วยและครอบครัวต้องพัฒนาทักษะบางอย่างในการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน ซึ่งไม่ใช่เพียงทักษะในการดูแลสุขภาพด้านร่างกายเท่านั้น ผู้ป่วยยังต้องพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหาทางด้านจิต สังคม ที่เกิดขึ้นด้วย (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน โรคแทรกซ้อนของเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน กล่าวคือ ยิ่งเป็นเบาหวานนานเท่าใด โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น การควบคุมเบาหวานให้ดีและการดูแลตนเองให้ถูกต้องจะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนให้ช้าลงหรือโรคแทรกซ้อนบางอย่างอาจป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้เลย โรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยของเบาหวาน คือ

1. เบาหวานขึ้นตา อาการเบาหวานขึ้นตา คือเส้นเลือดของจอรับภาพของตาจะโป่งพองหรือมีเส้นเลือดแตก แต่อาจไม่มีอาการแสดงออก ผู้ป่วยจึงมักไม่รู้สึกรู้สาว่าตัวเองเป็นเบาหวานขึ้นตา มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน ตามสถิติพบว่าหากผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมา 10 ปี จะมีโอกาสเกิดเบาหวานขึ้นตาได้ร้อยละ 50 หรือหากเป็นเบาหวานมานาน 20 ปี โอกาสจะเกิดสูงถึงร้อยละ 90 ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ขึ้นกับระยะเวลาของการเป็นเบาหวานและการควบคุมเบาหวานว่าทำได้ดีเพียงใด และท้ายสุดคือกรรมพันธุ์ ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดตาบอดสูงเป็น 20 เท่าของคนปกติ ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรตรวจตาเป็นประจำทุกปีอย่างสม่ำเสมอ หากพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดใกล้กับประสาทตาหรือบริเวณใกล้เคียงศูนย์กลางของการมองเห็น การรักษาด้วยการยิงเลเซอร์จะป้องกันมิให้ตาบอด

2. โรคแทรกซ้อนทางไตเบาหวานลงไตเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดสาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 พบได้ร้อยละ 30-45 ผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 พบได้น้อยกว่าร้อยละ 20 สิ่งที่น่าบ่งบอกว่าเบาหวานลงไต คือ การตรวจพบโปรตีนแอลบูมิน (Albumin) ในปัสสาวะ ในระยะแรกที่โปรตีนแอลบูมินยังรั่วออกจากไตน้อยคือวันละ 30-300 มิลลิกรัม หากใช้วิธีตรวจปกติจะไม่สามารถตรวจพบได้ต้องใช้วิธีการตรวจพิเศษ หากดูแลเบาหวานลงไตในระยะนี้ให้ดี เช่น การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมน้ำตาลในเลือด และการจำกัดอาหารโปรตีนที่รับประทานสามารถที่จะช่วยให้อาการเบาหวานลงไตในระยะนี้กลับสู่ปกติได้ หากเบาหวานลงไตมีอาการมากขึ้น คือมีโปรตีนแอลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัม และหากมีโปรตีนแอลบูมินรั่วออกจากร่างกายมาก ๆ จะทำให้โปรตีนแอลบูมินในเลือดต่ำลง เกิดอาการบวม โดยเฉพาะบริเวณเท้า ในระยะต้นอาจบวม ๆ ยุบ ๆ และต่อมาก็จะบวมตลอดเวลาและบวมทั่วตัว ในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยมักมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย สุดท้ายก็จะเข้าสู่ภาวะไตพิการหรือไตวายเรื้อรัง มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลงไม่รู้ตัว หรือเกิดการชักได้ การรักษาภาวะไตวายเรื้อรังคือการล้างไต ซึ่งมี 2 วิธี คือ การล้างไตโดยฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียม และการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และในขั้นสุดท้ายคือการเปลี่ยนไต

3. โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ

3.1 ประสาทส่วนปลายเสื่อม อาการประสาทส่วนปลายเสื่อม เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมักสูญเสียประสาทรับความรู้สึกบริเวณปลายเท้าเริ่มที่ปลายนิ้วและลุกลามขึ้นไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บและไม่รับรู้ความร้อนเย็นที่เท้าและขาทั้ง 2 ข้าง การสูญเสียประสาทการรับรู้เหล่านี้ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่เท้าได้ง่าย และบาดแผลที่เกิดขึ้นมักถูกละเลย เพราะผู้ป่วยไม่เจ็บ โดยเฉพาะหากเกิดขึ้นที่ตำแหน่งของเท้าที่เป็นจุดรับน้ำหนักของร่างกาย แผลก็จะไม่หาย ยิ่งร่วมกับภาวะที่เส้นเลือดผิดปกติมีเลือดไปเลี้ยงที่เท้าไม่เพียงพอด้วยแล้ว โอกาสที่จะต้องสูญเสียเท้าจะสูงขึ้นมาก ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสสูญเสียเท้าสูงถึง 40 เท่าของคนปกติ การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความสำคัญมาก

3.2 ความผิดปกติของเส้นประสาทเส้นใดเส้นหนึ่ง เช่น ประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อที่ตาผิดปกติ ทำให้กลอกตาไม่ได้ในบางทิศทาง มองเห็นภาพซ้อน ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะมากร่วมด้วย ความผิดปกตินี้ส่วนใหญ่มักระบาดขึ้นและหายได้เองใน 2-12 เดือน

3.3 ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อม แยกได้เป็น

3.3.1 ประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมระบบทางเดินอาหารเสื่อม ยังผลให้ กระเพาะอาหารไม่เคลื่อนไหว รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ มีอาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน การดูดซึมอาหารมีปัญหา ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเกิดปัญหาได้ง่าย

3.3.2 ประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์เสื่อม เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือปัสสาวะไหลออกไม่รู้ตัว ภาวะกระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัวทำให้ ปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะอยู่ตลอดเวลา เป็นต้นเหตุของการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ในเพศชายอาจมีปัญหาการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศร่วมด้วย

4. โรคแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือดแดงผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ไม่ดีเป็นระยะเวลานานอาจเกิดภาวะเส้นเลือดตีบแข็ง (Atherosclerosis) เร็วขึ้น ทำให้เกิดปัญหา กับอวัยวะที่เส้นเลือดนั้นไปหล่อเลี้ยง ปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็งที่อาจพบได้ ในผู้ป่วยเบาหวาน คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และความดันโลหิตสูง

ผลกระทบจากเบาหวานที่มีต่อสภาพจิตใจ

อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยเบาหวาน

ความรู้สึกของผู้ป่วยเบาหวานในระยะแรก คือ กลัว ตกใจ สับสน ไม่เชื่อว่าจะรักษา ไม่หายจึงเปลี่ยนสถานที่รักษา มีความหวังว่าจะได้พบแพทย์เก่ง ๆ ที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จนบางครั้งหยุดการรักษาด้วยแผนปัจจุบันหันไปรักษาด้วยแผนโบราณ ใช้อาสนุนไพร (ยาหม้อ) หรือวิธีอื่น ๆ สำหรับคนที่กินจุชอบอาหารหวานหรือขนมหวาน จะมีความรู้สึกทรมานเหมือนถูก บังคับ ทำให้ควบคุมอาหารได้ไม่นานก็กลับมารับประทานในลักษณะเดิมอีก เนื่องจากไม่มีการ เปลี่ยนแปลงของสุขภาพร่างกายหรือมีอาการแทรกซ้อนแสดงให้เห็นทันที

ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นสภาพการณ์อย่างหนึ่งในชีวิต ที่ผู้ป่วยอาจจะ ประเมินได้ว่าความเครียด เนื่องจากมีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดชีวิต การเจ็บป่วย สุขภาพกาย สุขภาพจิต และสภาพสังคมเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกันตลอดเวลา การมีสุขภาพ กายไม่ดี ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด ซึ่งถ้าควบคุมไม่ได้ ทำให้เกิดความก้าวร้าว รุนแรงมีผลต่อสภาพสังคม ในทางตรงกันข้ามกันสภาวะสังคมสุขภาพจิตไม่ดี มีความเครียดจะ ก่อให้เกิดโรคทางกายที่รุนแรงตามมาได้ (อารยา, 2547; เขมรศรี, 2549 อ้างถึงใน ชลสิทธิ์ ศรีลาศักดิ์, 2551, หน้า 31) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการ ดำเนินชีวิต (Permanent Changes in Lifestyle) ซึ่งคุกคามต่อศักดิ์ศรี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดลง ทำลายวิถีชีวิตตามปกติ และแหล่งประ โยชนลดลง ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะต้องคำนึงถึง

ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ หรือปกติตลอดเวลา ซึ่งการควบคุมนี้มีผลให้เกิดความเครียดทางด้านร่างกายและความเครียดทางจิตใจ

ผู้ป่วยเบาหวานอาจต้องใช้เวลาสักกระยะหนึ่งจึงจะยอมรับความจริงได้ เช่น ได้พบเห็นผู้ที่เป็นเบาหวานและมีโรคแทรกซ้อนที่ประสบความสำเร็จทุกขั้วทรมานจึงเกิดความกลัวว่าจะเป็นเช่นนั้น เป็นที่น่าสังเกตว่าเมื่อแพทย์ตรวจพบหรือมีอาการแสดงออกของโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยส่วนมากจะยอมรับและปฏิบัติตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำอย่างเคร่งครัด แต่ก็มักเป็นการสายเกินไป เนื่องจากโรคแทรกซ้อนเหล่านี้รักษาไม่หายขาดและจะทวีความรุนแรงขึ้นไปเรื่อย ๆ

อย่างไรก็ดี บุคคลสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่พร้อมจะเผชิญกับโรคเบาหวานได้ดีคือ ตัวผู้ป่วยเอง เพราะหากผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่นก็ยากที่จะแทรกเข้ามาช่วยได้ การรู้จัก รักตนเองจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญ เพราะหากขาดสิ่งเหล่านี้ก็เท่ากับขาดปัจจัยสำคัญทางจิตใจ (เทพ หิมะทองคำ, 2548, หน้า 85)

การจัดการกับความเครียด ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการระแวดระวังในการดูแลตนเองหลายอย่าง และเผชิญกับความไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย จากการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานต่อการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยคำนึงถึงผลกระทบจากโรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการควบคุมอาหารเป็นอันดับแรก รองลงมาคือวิตกกังวล กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อน รู้สึกว่าตนเองขาดอิสระ ขาดความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเอง (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2546, หน้า 66)

ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า และความเครียดอย่างเรื้อรัง มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเลวลง (Peyrot & McMurry, 1992) เนื่องจากการหลั่งแคทีโคลามีนและคอร์ติโซลสูงขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยกระบวนการกลูโคจีนโอไลซิส ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องเรียนรู้วิธีการลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดที่เหมาะสม รู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมให้เกิดประโยชน์ นอกจากนี้การออกกำลังกาย การใช้วิธีการผ่อนคลาย หรือการใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สามารถช่วยลดความเครียดได้ (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2546)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

นอกจากการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งพยาบาลควรให้ความสนใจร่วมด้วย ทั้งนี้เพราะปัจจัยเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นส่วนที่ช่วยเพิ่มพลังความสามารถในการดูแลตนเอง และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้ามปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นส่วนที่ทำให้ความต้องการการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยมีเพิ่มขึ้น หรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546, หน้า 74-80)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น ปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระยะเวลาในการเป็นโรค นิสัยประจำตัวและภาวะสุขภาพ และปัจจัยภายนอก หมายถึง ปัจจัยในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ได้เกิดจากตัวผู้ป่วยโดยตรง แต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว สภาพสังคมและทัศนคติของคนในสังคมต่อโรคเบาหวาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยภายใน

1. แบบแผนการดำเนินชีวิต แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันไปตามลักษณะของ อาชีพ ภาระภายในครอบครัวและฐานะทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ของชีวิตที่เกิดขึ้น ปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน รวมทั้งมีผลต่อความยากง่าย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

1.1 อาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องวิธีการจัดเตรียมอาหาร เวลาในการรับประทานอาหาร ปริมาณอาหารที่รับประทาน รวมทั้งโอกาสในการรับประทานจุบจิบ การควบคุมความเครียด ผู้ป่วยที่มีอาชีพใช้แรงงานมากและผู้ที่ใช้แรงงานไม่แน่นอน บางช่วงใช้แรงงานมาก บางช่วงใช้แรงงานน้อย ได้แก่ อาชีพทำนา เลี้ยงกุ้ง เลี้ยงปลา เป็นต้น พบปัญหาในเรื่องการปรับปริมาณการรับประทานอาหาร เนื่องจากถ้ารับประทานน้อยทำให้ไม่มีแรงทำงาน ถ้ารับประทานมากเกินไปทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักคิดว่าตนเองต้องรับประทานอาหารให้มาก ๆ เพื่อจะได้มีแรงทำงาน

1.2 ภาระภายในครอบครัวและปัญหาในเรื่องเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยต้องทำงานอย่างหนักเพื่อหารายได้ จนให้ความสำคัญเรื่องการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งสำคัญรองลงไป นอกจากนี้ปัญหาในเรื่องหนี้สิน ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยทำให้เกิดวิตกกังวล นอนไม่หลับ เกิดความเครียดเรื้อรัง ซึ่งมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1.3 การเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ของชีวิต การเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ของชีวิตของผู้ป่วยทั้งที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าและไม่มีการวางแผน มีผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้อาจเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ง่ายขึ้น หรือเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยพบกับความยุ่งยากในการปรับพฤติกรรมและพบกับความเครียดมากขึ้นกว่าเดิม

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยที่ผ่านมา ในอดีต การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พัฒนาการทางความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอนามัยที่ผ่านมา เป็นสิ่งที่หล่อหลอมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ต่าง ๆ กัน ซึ่งมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่หลากหลายตามการรับรู้ของตน

2.1 รับรู้ว่าโรคเบาหวานรักษาไม่หายขาด ทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ที่สวนทางกับคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง และใช้ชีวิตที่เหลื่ออยู่ตามความพอใจตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้

2.2 รับรู้ว่าโรคเบาหวานรักษาหายขาด ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และการใช้สมุนไพร ผู้ป่วยใช้เวลาในการทดลองวิธีการรักษาแบบต่าง ๆ จนกว่าจะยอมรับว่าโรคเบาหวานรักษาไม่หาย และเรียนรู้ว่าการรักษาจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องจึงหยุดแสวงหาที่รักษา และเลือกโรงพยาบาลที่จะรักษาประจำ

2.3 รับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่รับรู้อันตรายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ทำให้ถูกตัดขา ตาบอด เป็นต้น จะหาวิธีการป้องกัน หรือมีการตรวจสุขภาพในเรื่องนั้น ๆ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ตระหนักถึง

2.4 รับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะใช้อาการแสดงของโรคเบาหวานในการประเมินภาวะสุขภาพของตน และพยายามหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อควบคุมอาการ ซึ่งมักเป็นอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรืออาการที่ตนเองรู้สึกผิดปกติ

3. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะแรก จะมีความกลัว และความวิตกกังวล ดังนั้นจึงมีความกระตือรือร้นอย่างสูงในการดูแลตนเอง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลอย่างมาก รวมทั้งมีแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ป่วยจะแสวงหาข้อมูลเพื่อมาดูแลตนเอง และพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานาน และควบคุมโรคไม่ได้ ความกระตือรือร้นในการแสวงหาวิธีการรักษา หรือแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะลดลง จากความเคยชิน และประสบการณ์ที่พบกับความล้มเหลวครั้งแล้วครั้งเล่าในการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ มารักษาดูแลตนเอง

4. ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากโรคเบาหวาน เช่น เป็นไข้ ปวดเข่า สุขภาพฟันไม่ดี เป็นแผลในช่องปาก เป็นต้น มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น กิจกรรมการดูแลตนเองที่เคยปฏิบัติอยู่ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปในขณะนั้น

5. นิสัยประจำตัว ลักษณะนิสัยประจำตัวเกี่ยวกับสภาพจิตใจที่เข้มแข็งในการควบคุมตนเองเพื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะทราบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ นั้น การควบคุมอาหารเป็นสิ่งสำคัญแต่ผู้ป่วยมักจะปฏิบัติไม่ค่อยได้ บางครั้งเกิดจากความเสียดายอาหารที่รับประทานไม่หมด และเมื่อรับประทานอาหารที่ชอบมักจะขาดความระมัดระวัง ทำให้รับประทานจนมากเกินไป ผู้ป่วยจะทราบข้อบกพร่องของตนเองแต่ไม่สามารถบังคับใจตนเองได้

ปัจจัยภายนอก

1. ระบบครอบครัว ในแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factor) ของ Orem (1991 อ้างถึงใน ภavana กิริติยวงศ์, 2546) ได้จัดระบบครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งเทเลอร์ (Tayler, 1989; สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 อ้างถึงใน ภavana กิริติยวงศ์, 2546, หน้า 80-82) ได้ขยายความเกี่ยวกับเรื่องระบบครอบครัวไว้ว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความคาดหวังของครอบครัว และแหล่งประโยชน์ของครอบครัว อาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่ละคนแตกต่างกันไป ครอบครัวอาจเป็นแหล่งประโยชน์ หรืออาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง สมาชิกภายในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และมีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความรู้ ทักษะ การรับรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานของสมาชิกภายในครอบครัว โดยเฉพาะสมาชิกที่เป็นบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยซึ่งมักจะเป็นคู่สมรส หรือบุตร จะเป็นผู้มีส่วนช่วยส่งเสริม สนับสนุน หรือเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วย พบพฤติกรรมของสมาชิกภายในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ป่วย ดังนี้

1.1 ไม่ยุ่งเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ปล่อยให้ทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่จะต้องดูแลและจัดการเอง ส่วนหนึ่งเกิดจากสมาชิกภายในครอบครัวไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จึงทำให้ไม่สามารถสนับสนุน หรือช่วยผู้ป่วยได้

1.2 ช่วยเตือนในเรื่องการดูแลตนเอง สมาชิกครอบครัวที่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานจะช่วยเตือนผู้ป่วยในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการเกิดบาดแผล สมาชิกในครอบครัวบางคนช่วยกำหนดปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ช่วยหาหาสมุนไพรให้ ความรักและความห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อผู้ป่วย บางครั้งถ้าเข้มงวดในเรื่องการดูแลตนเองมากเกินไป อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ หรือเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกภายในครอบครัวได้

1.3 สนับสนุนให้รับประทานอาหารตามปกติไม่ต้องควบคุม จากความรักความผูกพันของสมาชิกภายในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย เกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับความลำบากในการควบคุมอาหารประกอบกับความไม่รู้ ไม่เข้าใจในการควบคุมอาหารที่ถูกต้อง และไม่ทราบถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รวมทั้งการรับรู้ ความเชื่อของสมาชิกภายในครอบครัวที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2. สภาพสังคมและทัศนคติของคนในสังคมต่อโรคเบาหวาน สภาพสังคมที่มีการพึ่งพาอาศัยกัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานศพ งานทำบุญ ขึ้นบ้านใหม่ งานทำบุญเทศกาลต่าง ๆ เป็นต้น มีผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสรับประทานอาหารนอกบ้าน และรับประทานจุบจิบได้มาก

3. ระบบบริการสุขภาพ การจัดระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งบทบาทของเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ (Orem, 1991 อ้างถึงใน ภาวนา กิริยิตยวงศ์, 2546, หน้า 82) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น

แนวคิดเรื่องการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานเป็นแนวคิดที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการควบคุมโรคเบาหวานให้เป็นผลสำเร็จ ขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่ช่วยให้เข้าใจแนวคิดเรื่องการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ความพร้อมในการดูแลตนเองของบุคคล และระบบการพยาบาล ซึ่งพยาบาลควรนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะช่วยให้การดูแลครอบคลุมทั้ง กาย จิต และสังคม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ภาวะสุขภาพ นิสัยประจำตัว และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบครอบครัว สภาพสังคมและทัศนคติของคนในสังคมต่อโรคเบาหวาน ระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อร่วมมือกับผู้ป่วยในการลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง และส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อไป

บทบาทครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ

รุจา ภูไพบูลย์ (2537, หน้า 45) กล่าวว่า iva เป็นกิจกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยที่กระทำกันภายในครอบครัวไม่ว่าการดูแลนั้น ๆ จะเป็นการกระทำอย่างอิสระหรืออยู่ภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์ โดยที่บุคลากรทางการแพทย์จะให้ช่วยเหลือสนับสนุน และส่งเสริมให้ครอบครัว สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประกอบกับครอบครัวมีความสามารถที่จะจัดการดูแลด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ตามลำพังอยู่แล้ว (เขาวลัทธิ วงศ์ชาญศรี, 2550, หน้า 43)

ศิราณี อินทรหนองไผ่ (2546, หน้า 125) กล่าวถึงครอบครัวเป็นสถาบันที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาทางพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแหล่งให้กำเนิดและส่งเสริมสุขภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการหล่อหลอมและกล่อมเกล่าสมาชิกตามระยะพัฒนาการ เป็นกลไกที่กำหนดกิจกรรมและสถานะต่าง ๆ ของครอบครัว เช่น สถานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา สถานภาพทางสังคมของบุคคล การสื่อสาร และความสัมพันธ์ ในครอบครัวย่อมเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของสมาชิก การปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ เช่น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวก็ย่อมส่งผลดีและตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพ นอกจากการที่ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้ดียิ่งขึ้นนั้น ครอบครัวจึงควรมีหน้าที่ดังนี้

1. ให้การดูแลสุขภาพ และความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สามารถสังเกต ภาวะแทรกซ้อน หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้
2. ครอบครัวต้องให้การส่งเสริมสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวทุกคน และช่วยแบ่งเบาภาระของสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น
3. ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการดูแลรักษาเบื้องต้น
4. ครอบครัวต้องให้ความรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพอนามัยต่าง ๆ เช่น สถานบริการใกล้บ้าน การอ่านหนังสือ วิทย์และโทรทัศน์ เป็นต้น
5. สามารถที่จะเลือกและตัดสินใจว่า ควรจะให้การดูแลในรูปแบบใดที่จะไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีปฏิบัติดูแลที่เหมาะสม ถูกต้อง แก่สมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น

กิจกรรมของครอบครัวที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในครอบครัว

การมีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวสามารถก่อให้เกิดความรักความเข้าใจ ความผูกพัน มีการให้อภัยซึ่งกันและกัน มีการปฏิบัติต่อกันอย่างอบอุ่นระหว่างสามี ภรรยา บุตร และญาติพี่น้อง กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ (เขาวลัทธิ วงศ์ชาญศรี, 2550, หน้า 44-45) ได้แก่

1. สมาชิกให้ความรักความเข้าใจต่อกันและกัน เช่นความต้องการของแต่ละฝ่าย ความบกพร่อง ความอ่อนแอ ความเข้มแข็ง และความสามารถของกันและกัน ทั้งในส่วนของการ บิดา บุตร และญาติพี่น้อง
2. สมาชิกครอบครัวแสดงความจริงใจต่อกัน เช่นมีความเชื่อมั่น ไว้วางใจ เลื่อมใส ศรัทธา

3. สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น บุตรดูแลบิดามารดา และผู้สูงอายุ สามีดูแลเอาใจใส่ภรรยา บิดามารดาให้เวลากับบุตร

4. สมาชิกหาโอกาสในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน เพื่อสร้างเสริมสัมพันธที่ดี เช่นการดูโทรทัศน์ร่วมกัน การอ่านหนังสือ การออกกำลังกาย การใช้เวลาท่องเที่ยวในวันหยุด

5. สมาชิกครอบครัวเป็นที่ปรึกษาและแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน โดยเฉพาะเมื่อมีเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สมาชิกครอบครัวทุกคนต้องหันหน้าเข้าหากัน เพื่อหาแนวทางแก้ไข หรือเป็นกำลังใจให้กันและกัน

บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน

ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านเนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดและอยู่ในครอบครัว เพื่อให้การดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือการดูแลรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟู บทบาทของผู้ดูแลจึงมุ่งดำเนินการดังนี้

1. ช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตน
2. ส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม
3. สร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน
4. เป็นสื่อกลางในการเฝ้าระวังพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่บ้าน ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเบาหวาน
5. การให้การปรึกษา เมื่อผู้ป่วยมีความเครียดจากการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ
6. กระตุ้นผู้ป่วยเบาหวานให้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในแผนการรักษา โดยการร่วมตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยเบาหวาน วัตถุประสงค์และแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

สรุป

ในส่วนตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานเองนั้น ไม่เพียงแต่เรื่องของโรคทางกายที่มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ต้องอาศัยภาวะทางจิตใจที่แข็งแกร่งจึงจะสามารถปรับตัวได้ ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่าภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องเผชิญอยู่ก็เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ง่ายหากยังมีความเครียดเรื้อรังที่สะสมจากครอบครัวแล้วนั้นยิ่งสร้างความทรมานทางจิตใจให้กับผู้ป่วยเพิ่มเติม อาจเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลเรื้อรัง ตามมา และทำให้เกิดความตึงเครียดอย่างมากต่อครอบครัว ความเจ็บป่วยทำให้ระบบครอบครัวเสียสมดุล เกิดความตึงเครียด ความอ่อนล้าขึ้นในครอบครัว กิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวเคยทำร่วมกันลดลง กระทั่งบทบาทของสมาชิกทุกคน มุมมองที่มีต่อภาวะการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมฟันฝ่าปัญหา รายจ่ายรายรับของครอบครัว การทำความเข้าใจให้กำลังใจซึ่งกันและกัน หากเพิ่มความเข้มแข็งอดทนครอบครัว

ผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยย่อมมีพื้นฐานจิตใจที่พร้อมที่จะอยู่อย่างผาสุกตามศักยภาพของตน เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว สมาชิกเรียนรู้การจัดการปัญหาต่าง ๆ ภายในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวร่วมกันกำหนดแบบแผนของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม แสดงออกซึ่งการให้กำลังใจ ใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ใช้เวลาร่วมกัน มีการกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม มีความสามารถในการใช้วิธีการที่หลากหลายในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวให้ผ่านสภาวะการณ์ต่าง ๆ ไปด้วยดี

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University