

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลเท้าต่อพฤติกรรมในการดูแลเท้าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังต่อไปนี้

1. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
2. การเกิดแผลที่เท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 2.2 ผลกระทบจากการเกิดแผลที่เท้าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 2.3 หลักการดูแลเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 2.4 การตรวจประเมินสภาพเท้าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 2.5 พฤติกรรมและปัญหาการดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
3. ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้า
 - 3.1 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
 - 3.2 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
4. การเรียนรู้ในผู้สูงอายุ
5. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลเท้าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (อภิรดี ศรีจิตกรมถ และสุทิน ศรีอัญญาพร, 2548; อุทัยพรรณ รุดคง และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) พยาธิสภาพของการเกิดโรคเบาหวานเกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ ภาวะพร่องอินซูลิน (Insulin Deficiency) และภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance) และปัจจัยภายนอกได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะอ้วน ได้รับยาบางชนิด และมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ (Ebersole & Hess, 1998) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีระตามธรรมชาติของการสูงอายุ มีผลทำให้เกิดการทำงานของเมตาบอลิซึมที่ผิดปกติ มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงตามวัยนี้เริ่มตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป สาเหตุของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเกิดจากความบกพร่องของตับอ่อน ที่ไม่สามารถหลั่งฮอร์โมนอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการ

ของร่างกายจากภาวะดื้อต่ออินซูลินทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติ และร่วมกับมีการสลายไขมันเพิ่มขึ้นเพื่อนำมาใช้สร้างน้ำตาลเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานานจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อวัยวะต่าง ๆ เช่น ตา ไต และระบบประสาทส่วนปลาย (สาริต วรรณแสง, 2544; วิทยา ศรีมาดา, 2546)

การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุเบาหวานคือ การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและเส้นประสาท ซึ่งมักปรากฏอาการมากที่เท้า เนื่องจากเท้าเป็นอวัยวะส่วนปลายที่มีหลอดเลือดแดงขนาดเล็กมาเลี้ยงเส้นประสาท เมื่อหลอดเลือดฝอยที่เลี้ยงเส้นประสาทมีการหนาตัวและอุดตันเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี เซลล์ประสาทขาดเลือด ทำให้เกิดความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย การนำกระแสประสาทช้ากว่าปกติ (ชัยชาญ ติโรจนวงศ์, 2537) ซึ่งมีผลต่อการเกิดแผลที่เท้า จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุเบาหวานจะต้องดูแลรักษาอวัยวะส่วนนี้ไว้ให้ดี เนื่องจากเท้าเป็นอวัยวะหนึ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้

การเกิดแผลที่เท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานคือ การเกิดแผลที่เท้า โดยพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 15 เกิดแผลที่เท้า (Department of Podiatry, 2002 อ้างถึงใน ปีพมา สุจริต, 2549) อัตราการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าสูงเป็น 15-40 เท่า ของผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วย และระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน (ชัยชาญ ติโรจนวงศ์ และศักดิ์ชัย จันทอมรกุล, 2546) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป มีโอกาสถูกตัดขาถึงร้อยละ 11 และผู้ที่เคยถูกตัดขาไปแล้วข้างหนึ่งมีโอกาสถูกตัดขาอีกข้างหนึ่งภายใน 2 ปี (สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2547) และพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มีปัญหาที่เท้ามากกว่าหนึ่งอย่าง สามในสี่ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีปัญหาปวดเท้า และร้อยละ 25 มีอาการผิดปกติที่เท้า (Luggen, 2004) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงมีแนวโน้มของการเกิดแผลที่เท้าได้ง่ายและมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (ปีพมา สุจริต, 2549)

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินในตับอ่อนที่มีผลทำให้มีความผิดปกติในการเผาผลาญของร่างกาย ทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เมื่อร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดการสลายตัวของไขมันที่สะสมในกล้ามเนื้อออกมาในรูปของกรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid) มีระดับของไตรกลีเซอไรด์สูง ไขมันชนิดดี (High Density Lipoprotein หรือ HDL) ต่ำลง และไขมันชนิดไม่ดี (Low Density Lipoprotein หรือ LDL) สูงขึ้น ระดับไขมันในเลือดที่สูงขึ้นนี้จะไป

สะสมที่ผนังของหลอดเลือด รวมทั้งเกร็ดเลือดเกาะติดกับหลอดเลือด และเกาะกลุ่มกันเองเพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดตีบแข็ง (Atherosclerosis) (สมชัย ปรีชาสุข, 2541) ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดความเสื่อมของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Vascular Disease) มีความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral Neuropathy) และมีความเสื่อมของระบบไหลเวียนและระบบประสาทส่วนปลายร่วมกัน (Margolis, Allen-Taylor, Ole Hoffstand & Berlin, 2003 อ้างถึงใน สุมาลี เชื้อพันธ์, 2550) จากที่กล่าวมานั้นเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ซึ่งการเกิดแผลที่เท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การเกิดแผลที่เท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัย สรุปว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลที่เท้าดังนี้คือ

1. ปัจจัยด้านพยาธิสภาพ ได้แก่

1.1 การเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย (Diabetic Neuropathy) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผลเบาหวาน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ซึ่งทำหน้าที่ไปเลี้ยงเส้นประสาทและผิวหนังมีการตีบแคบลง ทำให้เส้นประสาทส่วนปลายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดเส้นประสาทเสื่อม การเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลายในผู้ป่วยเบาหวานมีลักษณะการเสื่อมของเส้นประสาทหลายเส้น จะเกิดกับอวัยวะส่วนปลาย เช่น แขน ขา แต่ในผู้ป่วยเบาหวานเกิดที่ขามากกว่าแขน จะพบว่าเป็นเหมือนกันทั้งสองข้าง ซึ่งการเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลายในผู้ป่วยเบาหวานแบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

1.1.1 การเสื่อมของเส้นประสาทรับความรู้สึก (Sensory Neuropathy) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ส่งผลให้เกิดการเสื่อมของ Myelinated Type-A Fibers ที่ทำหน้าที่ในการรับความรู้สึกสัมผัสเบา ๆ (Light-touch Sensation) ความสั่นสะเทือน (Vibratory Sensation) แรงกด (Pressure) ร่วมกับเกิดการเสื่อมของ Unmyelinated Type-C fiber ที่ทำหน้าที่ในการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด (Detect Painful Stimuli) การรับรู้อันตรายแหลมคม (Noxious Stimuli) และการรับรู้อุณหภูมิ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกการสัมผัสเบา ๆ เกิดอาการชา ไม่รู้สึกเจ็บปวดเมื่อได้รับอันตรายจากการสัมผัสเหยียบของมีคมหรือของแหลมคม ความร้อน ความเย็น และ แรงกดทับที่ผิดปกติ เมื่อประสาทรับความรู้สึกส่วนปลายเหล่านี้สูญเสียหน้าที่ไป เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเกิดบาดแผลเล็กน้อยจะไม่รู้สึกเจ็บปวดจะรู้สึกปวดเมื่อมีแผลลุกลามและการติดเชื้อมากแล้ว

1.1.2 การเสื่อมของเส้นประสาทควบคุมกล้ามเนื้อ (Motor Neuropathy) ทำให้เกิดกล้ามเนื้อเล็ก (Intrinsic Muscle) ของเท้าอ่อนแรงลง ทำให้เกิดความไม่สมดุลของกล้ามเนื้อบริเวณเท้า ส่งผลให้เท้ามีรูปร่างผิดปกติ เช่น ข้อที่นิ้วเท้าจะงอ ข้อต่อของกระดูกนิ้วเท้าและกระดูกฝ่าเท้า (Metatarsophalangeal) จะแอ่นมากขึ้น ต่อไปจะเกิดแอ่งฝ่าเท้าผิดปกติ (Pes Cavies) มีส่วนโค้งของเท้า (Foot Arch) ตำแหน่งที่เท้าลงน้ำหนักและเสียดสีกับพื้นจะเปลี่ยนไป เกิดจุดรับน้ำหนักมากเกินไปในบางจุด (High Foot Pressure) ทำให้เกิดตาปลาและแผลได้ในที่สุด (Lee et al., 1985 อ้างถึงใน สิริกาญจน์ กระจำโพธิ์, 2549)

1.1.3 การเสื่อมของเส้นประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Neuropathy) ทำให้มีการผลิตเหงื่อออกที่เท้าน้อยลง ทำให้เกิดผิวหนังแห้งแตกเป็นร่องเป็นแผลได้ง่าย (Fowler, Vesely, Pelfrey, Jordan & Amberry, 1999)

1.2 การเสื่อมของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Vascular Disease) ไม่ใช่สาเหตุหลักของการเกิดแผลที่เท้าโดยตรงแต่มีผลขัดขวางต่อการหายของแผลจากการขาดเลือด (Ischemic Ulcer) และเพิ่มโอกาสการถูกตัดเท้า เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงขาและเท้า จะมีลักษณะแข็งตึบจากผนังภายในหลอดเลือดมีการหนาตัวขึ้น (Atherosclerosis) ส่วนหลอดเลือดแดงเล็กจะมีการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดฝอย โดยมีการหนาตัวของผนังหลอดเลือด (Basement Membrane) เป็นผลทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง มีการขาดอาหารและออกซิเจน ส่งผลให้เนื้อเยื่อส่วนปลายเกิดเนื้อตายขึ้นได้ (สาริต วรรณแสง, 2550) และการที่มีผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นส่งผลให้มีเลือดขาวเคลื่อนตัวออกมานอกหลอดเลือดได้ยากมีผลให้ความสามารถในการต่อสู้ต้านทานเชื้อโรคลดลง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย (Spies, 1983) ซึ่งมีการศึกษาของ Strandness, Priest, and Gibbons (1964) โดยศึกษาพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเปรียบเทียบกับคนปกติ พบว่า ร้อยละ 81 ของผู้ป่วยมีการอุดตันและตีบตันของหลอดเลือด และพบว่าหลอดเลือดที่สำคัญจำนวน 3 เส้นที่อยู่ต่ำกว่าเข่า คือ หลอดเลือดแดงที่หน้าแข้งส่วนหน้า (Anterior Artery) หลอดเลือดแดงหน้าแข้งส่วนหลัง (Posterior Artery) และหลอดเลือดแดงที่น่อง (Peroneal Artery) และ Spies (1983) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานโดยกล่าวว่า มีการลัดวงจรของเลือดจากเส้นเลือดแดงสู่เส้นเลือดดำ (Arteriovenous Shunting) มากขึ้นโดยไม่ผ่านเส้นเลือดฝอยทำให้การนำอาหารและออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากเส้นเลือดที่มาเลี้ยงขาทั้ง 2 ข้าง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงที่เท้าน้อยลง และอาจทำให้เกิดแผลที่เท้าตามมาได้

1.3 ความผิดปกติในโครงสร้างของเท้า (Foot-structure Abnormalities) ลักษณะของเท้าที่ผิดปกติที่พบได้บ่อย (สมชัย ปรีชาสุข, 2541; บารมี หนาประชุม, 2543) ได้แก่

1.3.1 เท้าหงิก (Claw Foot) มีผลทำให้เกิดแรงกดต่อหัวกระดูกนิ้วเท้า ทำให้ Fat Pad ที่รองรับบริเวณฝ่าเท้าด้านหน้าเลื่อนไปข้างหน้า เกิดแรงกดทำให้เกิดแผลขึ้นที่บริเวณหัวตาตุ่มและข้างเท้าได้

1.3.2 นิ้วเท้ารูปค้อน (Hammer Toe) มีผลทำให้เกิดแรงกดบริเวณด้านหลังของนิ้วเท้าทำให้เกิดแผลได้

1.3.3 เท้าชาร์โคต์ (Charcot Foot) เกิดการผิดรูปของเท้า ทำให้มีการกระจายน้ำหนักลงบนเท้าผิดปกติ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของกระดูกและข้อ ผู้ป่วยจะไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดเนื่องจากสูญเสียหน้าที่ของ Sensory Nerve ที่มาเลี้ยงบริเวณเท้า

1.3.4 เท้าคด (Bunion หรือ Hallux Valgus) เป็นลักษณะของเท้าที่ผิดปกติ โดยนิ้วหัวแม่เท้าเบนเข้าในเบียดนิ้วที่อยู่ติดกัน ทำให้บริเวณฐานของนิ้วหัวแม่เท้าปูดข้างนอก สาเหตุของเท้าคดเกิดจากกรรมพันธุ์ และการสวมใส่รองเท้าหรือถุงเท้าที่ไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดแผลที่เท้าได้

1.3.5 การเกิดตาปลา (Corn) และหนังดั้น (Callus) เกิดจากการเสียดสีและกดเป็นจุดเล็ก ๆ จุดใดจุดหนึ่งอยู่เป็นเวลานาน ทำให้มีการหนาตัวขึ้นของชั้นผิวหนังและในบริเวณที่ถูกกดทับมาก ๆ ทำให้เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังถูกทำลายเป็นโพรงเกิดแผลมีการอักเสบและติดเชื้อได้

1.3.6 เล็บเท้าขบ (Ingrown Nail) เกิดจากขอบเล็บด้านข้างเล็บส่วนปลายทิ่มเข้าไปในผิวหนัง เกิดการอักเสบและการติดเชื้อตามมา การเกิดเล็บเท้าขบนั้นพบว่าจะเกิดจากการตัดเล็บที่ไม่ถูกต้อง การสวมใส่รองเท้าที่มีส่วนหน้าบีบรัดเกินไปทำให้เกิดแรงกดผิวหนังด้านข้างของเล็บได้

2. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นโรคเบาหวานมานานหลายปี บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง มีภาวะความดันโลหิตสูง ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ มีประวัติการติดเชื้อที่เท้า การเกิดแผลที่เท้าหรือถูกตัดเท้ามาก่อน รวมทั้งข้อจำกัดของร่างกายตามกระบวนการชรา เช่น ตามัว เคลื่อนไหวไม่สะดวก ทำให้ไม่สามารถตรวจเท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันเช่น เดินเท้าเปล่าอยู่ในบ้านและบริเวณรอบบ้าน ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเหยียบของมีคมหรือสิ่งของที่อาจทำให้เกิดแผลที่เท้าได้ การเลือกสวมใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม เช่น รองเท้าแตะ และปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการเรียนรู้ เช่น ความจำเสื่อม จากที่กล่าวมาล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการเกิดแผลที่เท้าทั้งสิ้น (ปีทมา สุริต, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดแผลที่เท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คือการเสื่อมระบบประสาทส่วนปลาย การเสื่อมของหลอดเลือดส่วนปลาย ความผิดปกติในโครงสร้างของเท้า และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ส่งเสริมทำให้เกิดแผลที่เท้าเร็วขึ้นได้แก่

ระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูงจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ภาวะความดันโลหิตสูง การมีข้อจำกัดของร่างกายตามกระบวนการชรา เช่น ตามัว ปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการเรียนรู้และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงส่งผลให้เกิดแผลที่เท้าได้ อาจทำให้เกิดการสูญเสียเท้าจนเกิดความพิการหรือส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ ตามมาได้

ผลกระทบจากการเกิดแผลที่เท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จากปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่กล่าวมาทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผลจากปัจจัยด้านพยาธิสภาพที่ระบบประสาทและหลอดเลือด ทำให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของเท้าผิดปกติ เกิดภาวะแทรกซ้อนของเส้นประสาทเสื่อม มีการเสื่อมของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่ามีอาการชาเท้าและปวดเท้าในช่วงกลางคืน จะรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลียไม่มีแรง (Murray, 1993 อ้างถึงใน ล้ายอง ทับทิมศรี, 2541) ถ้าเกิดบาดแผลที่เท้าแล้วไม่รักษาจะทำให้มีการติดเชื้อได้ง่ายขึ้นแผลอักเสบลุกลามมากขึ้น เสี่ยงต่อการถูกตัดเท้าเพื่อควบคุมการติดเชื้อในกระแสเลือด การถูกตัดขาของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 10 เท่า และภายหลังการถูกตัดขาพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 จะถูกตัดขาอีกข้างภายใน 2-3 ปี และ 2 ใน 3 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี (ศิริพร จันทรฉาย, 2548; Levin, 1995) การถูกตัดเท้าหรือถูกตัดขาทำให้ปวดแผล เดินไม่ได้ เกิดความพิการ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้ (วิทยา ศีรมาดา, 2545) หรือในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ยินยอมให้ตัดเท้า อาจต้องเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (ณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์, 2546)

2. ด้านจิตใจ ผลกระทบที่เกิดมาจากด้านร่างกายเนื่องจากอาการปวดชา การมีบาดแผลที่เท้า อาการปวดแผล การติดเชื้อที่แผล ความพิการจากการสูญเสียเท้า ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงดังกล่าว อาจส่งผลให้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดการแสดงความรู้สึกได้ดังนี้

2.1 ความกลัว การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานนั้นทำให้เกิดความกลัวขึ้นกับผู้ป่วย (บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, 2539) ความกลัวเป็นความรู้สึกที่ถูกคามจิตใจอยู่ตลอดเวลาของผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูล เห็น และมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานกลัวผู้อื่นรังเกียจ กลัวถูกตัดขาหรือเป็นแผลที่เท้าและกลัวตาย (วิลาวัด ผลพลอย, 2539)

2.2 วิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความวิตกกังวลต่อการเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น การสูญเสียขา และเกิดความรู้สึกที่สับสนและความไม่แน่นอนในการดูแลตนเอง (Nyhlén, 1990 อ้างถึงใน ณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์, 2546)

2.3 ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่อยากมีชีวิต เพราะผู้ป่วยเบาหวานรู้สึกอึดอัดที่ต้องควบคุมตนเองไปตลอดชีวิต มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการคุกคามของโรค ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานบางคนอาจไม่ดูแลตนเอง ไม่มีการควบคุมโรคและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต ไม่อยากมีชีวิตอยู่ (บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, 2539)

2.4 เคร้าโศก ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเคร้าโศกจะมีการแสดงออกทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัว เป็นต้น มีการศึกษาของอาโนลด์ (Arnold, 1973 อ้างถึงใน คณิงนิจ อนุโรจน์, 2535) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเรื้อรังและถูกตัดขาออกไปจำนวน 20 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายจะมีปฏิกิริยาเคร้าโศกจากความรู้สึกว่าได้สูญเสียขาและการทำงานของร่างกายส่วนที่ถูกตัดออกไป

2.5 ความรู้สึกสูญเสียเกี่ยวกับภาพลักษณ์และการมีเอกลักษณ์แห่งตน เนื่องจากการสูญเสียทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถเคลื่อนไหวเหมือนปกติ ความรู้สึกสูญเสียนี้ผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลาเป็นเดือน เป็นปี จนถึงหลายปี จึงจะสามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้น และเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า และมีอัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ (Byrne, Fisher, Lamberth, & Mitchell, 1974) การรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์แห่งตนในทางลบ ทำให้มีอาการซึมเศร้า ความเจ็บปวดและการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพและบทบาททางเพศ (Billings & Stokes, 1987) กล่าวคือสมรรถภาพไม่ยอมรับมีความวิตกกังวลเกรงว่าจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ท้อแท้หมดกำลังใจ เกิดการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางลบ หรือรู้สึกเสียความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งความรู้สึกคิดว่าตนเองไร้ค่าอาจนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ (Barry, 1989)

3. ด้านสังคม ผลจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน เช่นการเกิดแผลที่เท้า มีผลทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต่างจากบุคคลอื่นและไม่มั่นใจในตนเองเมื่อเข้าสู่สังคม ดังเช่นการศึกษาวิจัยของวิลาวด์ ผลพลอย (2539) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เลืบท้าเป็นเชีรราเกิดความรู้สึกอับอาย ไม่กล้าพบปะกับบุคคลอื่น ในคนที่สูญเสียขาและเท้าอาจหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ขาดความมั่นใจ วางตัวไม่ถูก เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่กล้าแสดงออก อาจแยกตัวเองอยู่ตามลำพัง และไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม

4. ด้านเศรษฐกิจ ผลจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ เกิดความเสียเปรียบในการทำงาน ทำให้มีการจ้างงานลดลง อาจต้องเปลี่ยนการทำงานหรือลาออกจากงาน ทำให้รายได้ลดลง ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งหากเกิดความพิการจะทำให้เป็นภาระของครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในขณะรักษาแผลทำให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจของประเทศชาติ (ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541)

จากที่กล่าวมาการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลที่เท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวนมากได้รับความทุกข์ทรมานจากโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหมือนปกติ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทในครอบครัวและสังคม และผู้สูงอายุโรคเบาหวานบางคนอาจต้องเข้ารับการรักษาด้วยปัญหาแทรกซ้อนเรื่องแผลที่เท้าปีละหลายครั้ง ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และประเทศชาติ ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวถ้ามีการป้องกัน และควบคุมไม่ให้เกิดขึ้น โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจหลักการดูแลเท้า และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเท้าด้วยตนเอง ฝึกทักษะในการดูแลเท้าและ รวมทั้งมีการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในระยะต้น ๆ และปฏิบัติต่อเนื่องได้อย่างถูกต้อง จะทำให้แก้ไขปัญหามาจากภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้

หลักการดูแลเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จากการที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีโอกาสดเกิดแผลที่เท้าได้ง่าย ทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการดูแลเท้าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งการดูแลเท้าที่ดีนั้นจะสามารถป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและป้องกันการสูญเสียเท้าได้ (บารมี ธนาประชุม, 2543) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีข้อเสนอแนะที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลเท้ามีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลความสะอาดเท้า 2) การตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ 3) การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า 4) การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า และ 5) การดูแลรักษาบาดแผล สามารถสรุปได้ดังนี้คือ

1. การดูแลรักษาความสะอาดเท้า

1.1 ทำความสะอาดเท้าและดูแลผิวหนังทุกวัน ขณะอาบน้ำควรล้างเท้าและใช้สบู่ฟอกเท้าให้ทั่วทุกส่วนโดยเฉพาะบริเวณซอกนิ้วเท้า (บารมี ธนาประชุม, 2543; สักดิ์ชัย จันทอมรกุล, 2549; Ebersole, Hess, Touhy & Jett, 2005)

1.2 ภายหลังการทำความสะอาดเท้า ใช้ผ้าสะอาดและนุ่มซับทุกส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณซอกนิ้วเท้าให้แห้งเพื่อป้องกันการอักเสบขึ้นตามมา (บารมี ธนาประชุม, 2543; สาธิต วรรณแสง, 2544; Ebersole et al., 2005)

1.3 หากผิวหนังที่เท้าแห้งเกินไปหรือมีรอยแตก หลังจากทำความสะอาดและดูแล เช็ดเท้าเสร็จเรียบร้อยแล้ว ควรใช้ครีมโลชั่นทาบริเวณเท้าเพื่อป้องกันผิวหนังแห้งแตก ขกเว้นบริเวณซอกนิ้วเท้าไม่ควรทาครีม เพราะอาจทำให้เกิดการอักเสบขึ้นตามมา ก่อให้เกิดแผลได้ (บารมี ธนาประชุม, 2543; สาธิต วรรณแสง, 2544; Ebersole et al., 2005)

1.4 หากเท้ามีเหงื่อออกมากหรือมีการอักเสบ ควรเช็ดให้แห้งและใช้แป้งโรยบาง ๆทั่วเท้า เพื่อช่วยดูดซับเหงื่อ (บาร์มี ธนาประชุม, 2543) แต่ไม่โรยแป้งบริเวณซอกนิ้วเท้า

2. การตรวจเท้าเพื่อการค้นหาความผิดปกติ

2.1 หมั่นตรวจเท้าดูลักษณะเท้าทุกส่วนให้ละเอียดทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ตรวจทั้งด้านหน้า ด้านหลังฝ่าเท้า ด้านข้าง ด้านสันเท้า ซอกนิ้วเท้า เล็บเท้า ตรวจดูลักษณะความผิดปกติที่เท้า รอยแตกที่ผิวหนัง อาการบวมที่เท้า การเปลี่ยนแปลงของสีผิวหนัง เช่น รอยช้ำ ผิวเปลี่ยนสี เกิดตาปลา เนื่องจากบริเวณที่เกิดตาปลาจะทำให้เพิ่มแรงกดบริเวณเท้าขึ้นได้ จากลักษณะความผิดปกติดังกล่าว ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ง่าย และควรตรวจเท้าในบริเวณที่มีแสงสว่างให้พอเพียง (บาร์มี ธนาประชุม, 2543; สาริต วรรณแสง, 2544; เทพ หิมะทองคำ, 2544; Ebersole et al., 2005)

2.2 หากไม่สามารถตรวจเท้าได้ด้วยตนเอง อาจใช้กระจกส่องบริเวณที่มองเห็นไม่ถนัด และหากมีปัญหาเรื่องสายตาเสื่อม มองเห็นไม่ชัด ควรให้ผู้ดูแลที่สายตาปกติช่วยตรวจเท้าให้ (สาริต วรรณแสง, 2544; เทพ หิมะทองคำ, 2544) นอกจากนี้ควรใช้นิ้วหัวแม่มือกดให้ทั่วทั้งสองข้าง เพื่อประเมินความรู้สึกเจ็บปวดที่แสดงถึงสิ่งแปลกปลอมดำบริเวณฝ่าเท้า (Waxman et al., 2003)

3. การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

3.1 การตัดเล็บ

3.1.1 การตัดเล็บต้องระมัดระวัง ควรตัดให้เป็นแนวตรงไม่ควรตัดสั้นชิดผิวหนังจนเกินไปและไม่ตัดผิวหนังด้านข้างเพราะจะทำให้เกิดอาการเจ็บชบ เกิดแผลได้จนเป็นสาเหตุของการตัดขาดได้ ควรตัดเล็บในที่ ๆ มีแสงสว่างเพียงพอ ถ้าตัดเล็บเองไม่ได้ อย่าตัดเองให้ผู้ที่เคยตัดเล็บมาก่อนตัดให้หรือให้ผู้ดูแลเป็นคนตัดเล็บให้ (Waxman, et al., 2003; บาร์มี ธนาประชุม, 2543)

3.1.2 ควรตัดเล็บหลังจากอาบน้ำหรือทำความสะอาดเท้าใหม่ ๆ จะทำให้เล็บอ่อนนุ่มตัดได้ง่ายขึ้น ควรตัดเล็บโดยเฉลี่ยทุก 1-2 สัปดาห์ (ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์, 2545)

3.1.3 หลีกเลี่ยงการใช้มีดโกนหรือวัตถุแข็งแคะซอกเล็บเท้า เพราะจะทำให้เกิดแผล หากมีเล็บชบ พบเล็บเป็นเชื้อรา ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล (สาริต สุวรรณแสง, 2544)

3.2 การสวมใส่รองเท้า การเลือกซื้อรองเท้าและการใส่ถุงเท้า

3.2.1 ควรสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสมกับเท้า โดยลักษณะรองเท้าที่เหมาะสมจะต้องห่อหุ้มเท้าได้ทุกส่วนไม่คับหรือหลวมเกินไป พื้นรองเท้าไม่ลื่น พื้นรองเท้าเมื่อสวมใส่ต้องมีความนุ่มยืดหยุ่น และมีช่องระบายอากาศ และควรใส่ถุงเท้าทุกครั้งก่อนสวมรองเท้าทุกครั้ง (บาร์มี ธนาประชุม, 2543; ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล, 2549; Ebersole et al., 2005)

3.2.2 ควรตรวจรองเท้าก่อนนำมาสวมใส่ทุกครั้งว่ามีวัตถุแปลกปลอมอยู่ในรองเท้าหรือไม่ เช่น เศษหิน กรวด ทราย หากมีเศษหินหรือวัตถุค้างอยู่ต้องเอาออก เนื่องจากบริเวณปลายเท้าของผู้ป่วยเบาหวานจะรับรู้ต่อความรู้สึกสัมผัสลดลง วัตถุแปลกปลอมเหล่านั้นจะทำให้เกิดแผลที่เท้าได้ (บาร์มี ธนาประชุม, 2543; เทพ หิมะทองคำ, 2544; สาริต สุวรรณแสง, 2544)

3.2.3 ให้สวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน ห้ามเดินเท้าเปล่าเนื่องจากอาจเหยียบสิ่งของมีคมโดยไม่รู้ตัวได้ โดยเฉพาะในคนที่มีการชาเท้า หากอยู่ในบ้าน อาจใส่ถุงเท้าหรือรองเท้านิรภัยที่ใส่ในบ้าน (บาร์มี ธนาประชุม, 2543; เทพ หิมะทองคำ, 2544; Ebersole et al., 2005)

3.2.4 ไม่ควรสวมใส่รองเท้าแตะที่มีสายรัดบริเวณง่ามนิ้วเท้า เพราะอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอักเสบบริเวณนิ้วเท้าได้ (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล, 2549)

3.2.5 กรณีต้องสวมใส่รองเท้าคู่มือให้ใส่เพียงชั่วระยะเวลาสั้น ๆ โดยเริ่มจากวันละครึ่งชั่วโมงในครั้งแรก วันต่อไปค่อยเพิ่มเป็นหนึ่งชั่วโมง สลับกับรองเท้าคู่อื่นประมาณ 3-5 วัน เพื่อป้องกันการเกิดปัญหา รองเท้ากัด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

3.2.6 การเลือกซื้อรองเท้า รองเท้าที่ควรซื้อต้องมีตัวรองรับน้ำหนักเพื่อลดแรงกระแทก ตัวรองเท้าต้องแข็งแรงมั่นคง เหมาะพอดีกับรูปร่างและขนาดเท้า บริเวณโคนหัวแม่เท้าควรอยู่ในบริเวณกว้างที่สุดของรองเท้า ปลายรองเท้าควรยาวกว่านิ้วเท้าที่ยาวที่สุดอย่างน้อยครึ่งนิ้ว ปลายรองเท้าที่ใส่ควรเป็นรูปป้าน เพื่อจะได้มีพื้นที่สำหรับนิ้วเท้า ช่วยให้เท้าไม่เบียดกัน และรองเท้าควรเป็นชนิดที่มีเชือกผูก เพื่อไว้ปรับขนาดได้ (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล, 2549) ควรเลือกรองเท้าผ้าใบสังเคราะห์ รองเท้าผ้าใบและรองเท้าหนัง ไม่ควรสวมรองเท้าที่ทำด้วยพลาสติกเพราะทำให้เกิดความอับชื้นของเท้า และควรจะทดลองใส่ทั้งสองข้าง แล้วเดินไปรอบๆ เพื่อให้แน่ใจว่าใส่ได้พอดี โดยไม่คับหรือไม่หลวมจนเกินไป (Waxman et al., 2003)

3.2.7 การใส่ถุงเท้า ต้องใช้ถุงเท้าที่มีลักษณะสะอาด มีขนาดพอดี ไม่คับ ไม่มีรอยปะ รอยเย็บซ่อมแซม รอยฉีก ซึ่งจากรอยดังกล่าวอาจทำให้เกิดแรงกดทับต่อผิวหนังเท้า เกิดแผลได้ และการใส่ถุงเท้าก่อนใส่รองเท้าในการเดิน ทำให้ช่วยลดแรงเสียดสีที่เท้าได้ (บาร์มี ธนาประชุม, 2543; ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล, 2549; Ebersole et al., 2005)

3.2.8 ต้องเปลี่ยนถุงเท้าทุกวัน และเลือกสวมถุงเท้าที่ซับเหงื่อได้ดี เช่น ถุงเท้าที่ทำมาจากผ้าฝ้าย เพราะช่วยให้เท้าไม่อับชื้น แห้งอยู่เสมอ (บาร์มี ธนาประชุม, 2543)

3.3 การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าด้านอื่น ๆ

3.3.1 หลีกเลี่ยงการแกะ ดึง หรือตัดหนังแข็ง ๆ เช่น หนูดหรือตาปลา และไม่ควรซื้อยากัดลอกตาปลามาใช้เอง นอกจากนี้เมื่อมีตุ่มพุพองขึ้นที่ผิวหนังห้ามเจาะหรือตัดลอกหนังออกเอง ควรปรึกษาแพทย์เพราะทำให้เกิดการอักเสบเป็นแผลได้ (Waxman et al., 2003)

3.3.2 ห้ามเอากระเป๋าน้ำร้อนมาวางไว้บนเท้าหรือขา และควรระมัดระวังเมื่ออยู่ใกล้สิ่งที่ทำให้เกิดความร้อน เช่น น้ำร้อน สะเก็ดถ่านไฟ ซึ่งอาจรั่วและกระเด็นโดนเท้า ทำให้เกิดแผลที่เท้าได้ (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล, 2549)

3.3.3 ในกรณีต้องขับขีหรือนั่งรถมอเตอร์ไซด์ ต้องระมัดระวังเท้าอย่าให้ถูกท่อไอเสียของรถ ซึ่งความร้อนของท่อไอเสียทำให้เกิดแผลได้ (สาธิต สุวรรณแสง, 2544)

4. การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า

4.1 หลีกเลียงหรือไม่ควรนั่งไขว่ห้าง นั่งพับขา เป็นเวลานาน ๆ เพราะทำให้การไหลเวียนโลหิตไม่สะดวก (Ebersole et al., 2005)

4.2 งดการสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดตีบแคบ การไหลเวียนของเลือดลดลง (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล, 2549; Ebersole et al., 2005)

4.3 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อช่วยป้องกันและชะลอความเสี่ยงของการเกิดปัญหาของระบบประสาทและหลอดเลือดได้ (บารมี ธนาประชุม, 2543)

4.4 ควรใส่ถุงเท้า หากรู้สึกเท้าเย็น เพื่อช่วยให้เท้าอบอุ่นขึ้น และไม่ควรใส่ถุงเท้าที่รัดแน่นเพราะจะทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงเท้าไม่สะดวก (Ebersole et al., 2005)

4.5 การบริหารเท้า โดยนวดนิ้วเท้า ฝ่าเท้า น่อง หรือต้องบริหารเท้า และขาทุกวัน เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดให้ดีขึ้น โดยปฏิบัติวันละ 1-2 ครั้ง (ณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์, 2546) ตัวอย่างทำการบริหารเท้า มีดังนี้

ท่าที่ 1 งอ เขยียด นิ้วเท้า กระดกนิ้วเท้าทั้ง 2 ข้าง ขึ้นมาข้างบนแล้วอนิ้วเท้าลงเข้าหาฝ่าเท้า ขึ้น-ลง โดยไม่ยกส้นเท้า ให้ทำประมาณ 8-12 ครั้ง

ท่าที่ 2 ตั้งส้นเท้า เขย่งปลายเท้า กระดกปลายเท้าให้สูงจากพื้นมากที่สุด โดยที่ไม่ยกส้นเท้า ทำประมาณ 8-12 ครั้ง โดยต้องเขย่งปลายเท้า ยกส้นเท้าให้สูงที่สุดด้วย ทำประมาณ 8-12 ครั้ง

ท่าที่ 3 ปลายเท้าวางกลม ให้ส้นเท้าอยู่กับพื้น กระดกปลายขึ้นทั้ง 2 ข้าง หมุนปลายเท้า วาดออกด้านนอกเป็นวงกลม ตามเข็มนาฬิกา ทำประมาณ 8-12 ครั้ง และหมุนปลายเท้าเข้าด้านในเป็นวงกลม ทวนเข็มนาฬิกาทำประมาณ 8-12 ครั้ง

ท่าที่ 4 หมุนส้นเท้าเป็นวงกลม ให้ปลายเท้าอยู่กับพื้น ยกส้นเท้าหมุนส้นเท้าเป็นวงกลมให้กว้างที่สุด แล้วหมุนกลับทิศทำประมาณ 8-12 ครั้ง

ท่าที่ 5 ยืด เขยียด ขึ้น-ลง ยกขาขึ้นให้ขนานกับพื้น โดยเขยียดตรง กระดกปลายเท้าขึ้นด้านบนให้มากที่สุด แล้วงอปลายเท้าชี้ลงพื้นให้มากที่สุด ทำซ้ำ ๆ และทำแบบนี้กับเท้าอีกข้างหนึ่ง ทำทีละข้าง ทำประมาณ 8-12 ครั้ง

ท่าที่ 6 เขี่ยขา หมุนปลายเท้า ให้หมุนปลายเท้าเป็นวงกลมเหมือนเขียนเลข ศูนย์กลางอากาศ แล้วหมุนกลับทิศ ทำแบบนี้กับเท้าอีกข้างหนึ่ง ทำประมาณ 8-12 ครั้ง ทำทีละข้าง

ท่าที่ 7 ถีบกระดาดขึ้นลูกบอล โดยเริ่มหยิบกระดาดหนังสือพิมพ์ มา 1 คู่ วางลงที่พื้น ใช้เท้าทั้ง 2 ข้างถีบกระดาดแบ่งออกเป็น 2 ส่วนแยกเก็บไว้หนึ่งส่วน ใช้เท้าทั้ง 2 ข้าง ขยี้มกระดาด ส่วนที่ 1 ให้เป็นลูกบอลกลม ๆ ใช้นิ้วเท้า 2 ข้าง คลี่ลูกบอลออกแล้วถีบกระดาดให้เป็น ขึ้น ๆ ถีบให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ นำกระดาดหนังสือพิมพ์ส่วนที่แยกเก็บไว้ มาวางคลี่ออกใช้นิ้วเท้าหยิบกระดาดที่ถีบเป็นขึ้น ๆ มาวางบนแผ่นกระดาดที่คลี่ออกนี้ จนครบทุกชิ้น จากนั้นใช้เท้า 2 ข้าง ปั่นห่อกระดาดให้เป็นลูกบอลก้อนกลม ๆ ให้แน่นที่สุดเท่าที่จะทำได้

ท่าที่ 8 บริหารเข้า นั้งเขี่ยขา โดยนั่งตัวตรง หลังชิดพนักเก้าอี้ ห้อยขาทั้ง 2 ข้าง เขี่ยขาขึ้นช้า ๆ จนเข้าเขี่ยขาตรง ทำทีละข้าง นับ 1-5 แล้ว วางลงที่เดิม ทำข้างละประมาณ 8-12 ครั้ง

ท่าที่ 9 บริหารเข่งขาขึ้นด้านหลัง ยืนตัวตรงเกาะขอบโต๊ะหรือพนักเก้าอี้ งอขาขึ้น ทางด้านหลังช้า ๆ ทีละข้างจนสุดแล้ววางขาลงที่เดิม ทำขาซ้าย- ขาขวาสลับกันข้างละประมาณ 8-12 ครั้ง

5. การดูแลรักษาบาดแผล

5.1 กรณีมีแผลเกิดขึ้นเล็กน้อย ให้ล้างแผลและเช็ดแผลให้แห้ง หากเป็นแผลสดควรล้างแผลให้สะอาดโดยใช้น้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว ใช้น้ำยาทาแผลฆ่าเชื้อโรคแต่ไม่ระคายเคืองต่อแผล เช่น น้ำยาเบตาดีน หลีกเลี่ยงการใช้ยาเมอร์โร โอเลท ทิงเจอร์ไอโอดีน ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ เพราะจะทำให้ระคายเคืองต่อแผลและกัดเซาะผิวหนังอย่างรุนแรง (บารมี ธนาประชุม, 2543) โดยระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ อย่าให้ผ้าปิดแผลหลุดหรือเปื้อนสิ่งสกปรกด้วย

5.2 กรณีถ้าแผลมีอาการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อนที่เท้า ควรรีบพบแพทย์เพื่อรับการรักษาทันที (บารมี ธนาประชุม, 2543, เทพ หิมะทองคำ, 2544)

5.3 ลดการลงน้ำหนักที่แผล ให้นอนพักเฉย ๆ พยายามอย่าเดินถ้าไม่จำเป็น เพื่อไม่ให้เกิดอาการอักเสบที่เนื้อเยื่อในบริเวณที่เป็นแผลมากขึ้น ถ้ามีการอักเสบมากจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อลุกลามได้ (Levin, 1995)

จากการทบทวนวรรณกรรม การดูแลเท้ามีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ การทำความสะอาดเท้า การตรวจเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า และการดูแลรักษาบาดแผล ซึ่งการมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องของผู้ป่วย ร่วมกับการที่บุคลากรทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยมีการประเมินสภาพเท้าของผู้ป่วย ในเรื่องซักประวัติการเจ็บป่วย การตรวจประเมินสภาพเท้าโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจประเมินระดับความรู้สึกที่เท้าและการประเมินหลอดเลือด

ส่วนปลาย ซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้จะทำให้ช่วยป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้เป็นอย่างดี

การตรวจประเมินสภาพเท้าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การตรวจประเมินเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อช่วยป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดขา การตรวจประเมินเท้าควรทำในผู้ป่วยเบาหวานทุกคนตั้งแต่ที่ให้การวินิจฉัยครั้งแรก เหมือนการตรวจประเมินปัญหาทางไต ทางตา หรือหัวใจ ไม่ควรปล่อยละเลยจนมีอาการที่ผิดปกติ การตรวจประเมินเท้ามีประโยชน์ คือ ทำให้เราทราบปัญหาที่เท้าของผู้ป่วยเช่น มีแผล มีเล็บขบโดยไม่รู้ตัว เพื่อช่วยให้การรักษาได้ทันทั่วถึง และทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลมากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคเบาหวาน นอกจากจะเป็นการป้องกันแล้วยังใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมบุคลากรได้อีกด้วย ซึ่งขั้นตอนการตรวจประเมินสภาพเท้า มีดังนี้

1. การซักประวัติที่เกี่ยวข้องและปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้า ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาล โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ จากโรคเบาหวาน เช่น ไตวายเรื้อรัง เบาหวานขึ้นจอตา นิ่วส่วนตัว เช่น การสูบบุหรี่ การเดินเท้าเปล่า ชนิดของรองเท้าที่สวมใส่ กิจกรรมที่ทำ เช่น ลักษณะของงาน ชนิดของการออกกำลังกาย ประวัติเคยมีแผลที่เท้า ถูกตัดนิ้วเท้า หรือขามาก่อน สาเหตุการเกิดแผล ปัญหาของเท้าในปัจจุบัน เช่น Neuropathic Pain, Vascular Claudication, Rest Pain, Cramping, Cold Feet เป็นต้น รวมทั้งการซักประวัติเรื่องความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการดูแลเท้าที่ถูกต้อง (ศิริพร จันทรฉาย, 2548)

2. การประเมินสภาพความผิดปกติของเท้า มีรายละเอียดที่จะประเมินดังนี้

- 2.1 การประเมินความผิดปกติในโครงสร้างของเท้า เช่น การตรวจดูนิ้วเท้าที่หงิกงอ ดูตาปลา หูดที่ฝ่าเท้า รอยแตกของผิวหนัง เท้าบวม เล็บเท้ามีเล็บขบ พบเชื้อราที่เล็บเท้า (Skinner, 1996)

- 2.2 การประเมินความผิดปกติด้านการทำหน้าที่ของระบบไหลเวียน ซึ่งมีวิธีการประเมินดังนี้

- 2.2.1 ประเมินลักษณะของผิวหนัง ผิวหนังแห้งบางเป็นมัน ตกสะเก็ด มีจุดดำ ขนร่วง เล็บแทงอกเข้าและเมื่อตรวจร่างกายโดยให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าแล้วสังเกตสีของผิวหนังที่เท้าพบว่าผิวหนังสีแดงเข้มขึ้น หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยนอนราบยกเท้าขึ้นสูงประมาณ 45 องศา นาน 3 นาที พบว่าผิวหนังของเท้าซีดซึ่งแสดงถึงเลือดไปเลี้ยงเท้าไม่เพียงพอในทางตรงข้าม ถ้าผิวหนังรอบข้อเท้าหรือส่วนล่างของขามีสีน้ำตาล บ่งชี้ถึงโรคของหลอดเลือดดำอุดตัน (Skinner, 1996)

2.2.2 ประเมินอุณหภูมิของเท้า คลำผิวหนังตั้งแต่ได้เข้าจนถึงปลายนิ้วเท้า จะรู้สึกเย็นกว่าปกติ (Skinner, 1996) ถ้าพบว่าเย็นกว่าปกติมาก ณ บริเวณใดบริเวณหนึ่ง แสดงว่าอาจเกิดการอุดตันของเส้นเลือดที่มาเลี้ยง แต่ถ้าพบว่าอุ่นกว่าปกติ และ/ หรือมีผิวหนังบวมแดง แสดงถึงมีการอักเสบเกิดขึ้น ดังนั้นต้องตรวจค้นหาสาเหตุเฉพาะทางต่อไป

2.2.3 การจับชีพจรที่เท้า มี 2 ตำแหน่ง คือ ตำแหน่งหลังเท้า (Dorsalis Pedis) และชีพจรบริเวณข้อเท้าด้านใน (Posterior Tibia) ถ้าพบว่าชีพจรในตำแหน่ง 2 ตำแหน่งนี้เบาหรือคลำไม่ได้มักมีความสัมพันธ์กับระดับการไหลเวียนโลหิตรอบ ๆ เท้า มีโอกาสเกิด Diabetic Neuropathy มากกว่าคนปกติ (Clew, 1995; Zimmy, 2001 อ้างถึงในศิริกาญจน์ กระจำโพธิ์, 2549)

2.2.4 ประเมินการไหลเวียนเลือดที่เท้า อาจใช้การตรวจที่เรียกว่า The Ankle-Brachial Index (ABI) เป็นวิธีที่ช่วยบ่งชี้การหายช้าของแผลได้ ซึ่งตรวจโดยการเปรียบเทียบ Systolic Pressure ที่วัดได้จากแขนส่วนต้น (ใช้ Brachial Artery) กับ Systolic Pressure ที่วัดได้จากขาล่างหรือ Ankle Systolic Pressure (ใช้ Dorsalis Pedis Artery หรือ Posterior Tibia Artery) การคำนวณค่า ABI โดยนำค่า Ankle Systolic Pressure หารด้วย Brachial Systolic Pressure ถ้าค่า ABI มากกว่า 0.9 ถือว่าปกติ ถ้าน้อยกว่า 0.5 การหายของแผลจะเป็นไปได้ยาก (ศิริพร จันทรฉาย, 2548) สำหรับผู้สูงอายุนั้นถ้าค่า ABI น้อยกว่า 0.8 แสดงว่าผู้สูงอายุมีการไหลเวียนที่เท้าผิดปกติ บ่งชี้ถึงมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดเท้าได้ (ปัทมา สุริต, 2549)

2.3 การประเมินความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย เป็นการค้นหาภาวะปลายประสาทเสื่อม แบ่งการประเมินเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.3.1 ประเมินความเสื่อมของประสาทสั่งการที่ควบคุมกล้ามเนื้อ ตรวจดูการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเท้ามักเกิดที่ข้อเท้า ข้อต่อของกระดูกฝ่าเท้า ทำให้รูปร่างเท้าผิดรูป พบเท้าหัดสั้น บิดออกและฝ่าเท้าแบน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้จุดรับน้ำหนักของเท้าเปลี่ยนไปส่งผลให้เกิดแผลที่เท้าได้ วิธีการตรวจนี้ทำได้โดยยกเท้าขึ้นตรง 90 องศา แล้วให้กระดูกปลายเท้า ซึ่งหากทำการกวาดปลายเท้าและเหยียดตรงไม่ได้แสดงถึงความผิดปกติของเส้นประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อ (Skinner, 1996)

2.3.2 ประเมินความเสื่อมของประสาทรับความรู้สึก วิธีที่นิยมใช้กันคือ การตรวจด้วย Semmes-Weinstein Monofilament ใช้วิธีนี้เนื่องจาก ใช้ง่าย ราคาถูก มีความน่าเชื่อถือในการตรวจประเมินปัญหาของระบบประสาทส่วนปลาย และสามารถบอกระดับความรุนแรง เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดแผลที่เท้าได้อย่างดีวิธีหนึ่ง (Armstrong, 2000) การใช้ Semmes-Weinstein Monofilament เป็นการตรวจประเมินความรู้สึกในส่วน of Light Touch ไปถึง Deep Pressure ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ทำจากใยไนลอน มีหลายขนาด แต่ละขนาดมีค่าแรงกดมาตรฐานเฉพาะตัว สำหรับ

ขนาด 5.07 (10 กรัม) ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้การตรวจถือว่าสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันอันตราย (Loss of Protective Sensation [LOP]) จากการศึกษาของ Rith-Najarian, Stolusky and Gohdes (1992) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดแผล ประสิทธิภาพการเกิดแผลที่เท่ากับการตรวจด้วย 5.07 Monofilament พบว่าความรู้สึกหายไปอย่างน้อย 1 ตำแหน่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลที่เท่าถึง 10 เท่าและมีโอกาสเกิดการตัดเท้าได้ถึง 17 เท่า การทดสอบด้วย Semmes-Weinstein Monofilament มีขั้นตอนดังนี้

2.3.2.1 ควรทำการตรวจในหึ่งที่มีความเงียบและสงบ

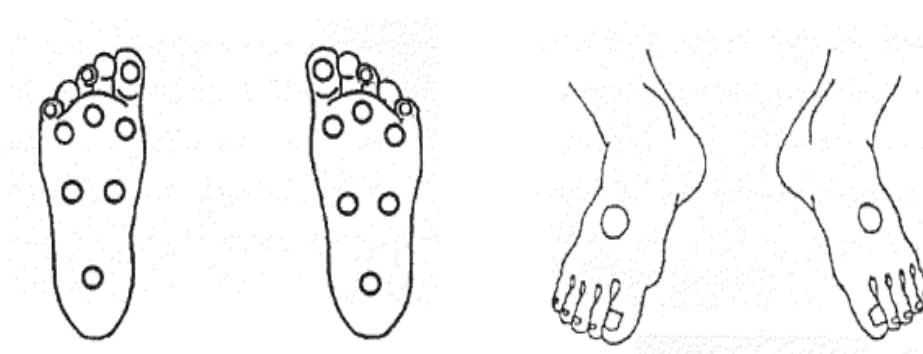
2.3.2.2 อธิบายขั้นตอนและกระบวนการตรวจให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจก่อนตรวจ ทำการทดสอบและใช้ปลายของ Semmes-Weinstein Monofilamentแตะและกดที่บริเวณแขนของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ทราบและเข้าใจถึงความรู้สึกที่กำลังจะทำการตรวจทดสอบ

2.3.2.3 ให้ผู้ป่วยเบาหวานนั่งหรือนอนหลับตาในท่าที่สบาย และวางเท้าบนที่วางเท้าที่มั่นคง

2.3.2.4 ใช้ Semmes-Weinstein Monofilamentแตะในแนวตั้งฉากกับผิวหนังบริเวณที่จะทดสอบค่อย ๆ กดลงจนงอตัว (ให้เป็นรูปตัว C) และกดค้างไว้ 1-1.5 วินาทีจึงปล่อยออกให้ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกว่ามี Monofilament มาแตะหรือไม่ ถ้ารู้สึกแสดงว่าการทดสอบได้ผลบวก ไม่รู้สึกเป็นผลลบ บริเวณผิวหนังที่กดทดสอบรวม 10 ตำแหน่ง คือ บริเวณ Plantar Surface of Toe 1-3-5, Matatarsal 1-3-5, Midfoot Medial-Lateral, Heel และ Dorsal of Foot (ดังภาพที่ 2)

2.3.2.5 ควรหลีกเลี่ยงการทดสอบในบริเวณที่เป็นแผล หรือผิวหนังหนาแน่น

2.3.3 ประเมินความเสื่อมของประสาทอัตโนมัติ ประเมินความชุ่มชื้นของผิวหนัง การขับเหงื่อ เนื่องจากใยประสาทที่ไปเลี้ยงต่อมเหงื่อถูกทำลายทำให้ขับเหงื่อน้อย ทำให้ผิวหนังแห้งฉีกขาดได้ง่าย



ภาพที่ 2 ตำแหน่งที่ตรวจด้วย 5.07 Monofilament 10 จุด (ศิริพร จันทรฉาย, 2548)

พฤติกรรมและปัญหาการดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

พฤติกรรมและการดูแลเท้ามีความสำคัญต่อผู้ป่วยเบาหวาน และจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ถูกต้องนั้นจะช่วยป้องกันการเกิดแผลและภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ จากการศึกษางานวิจัย พบว่ามีรายงานวิจัยที่กล่าวถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำความสะอาดเท้าไม่ถูกต้อง การไม่เช็ดเท้าให้แห้ง การตัดเล็บเท้าไม่ถูกต้อง การใช้มีดหรือกรรไกรตัดหนังแข็งที่เท้า การนั่งพับขาหรือนั่งไขว่ห้าง การแช่เท้าด้วยน้ำที่ร้อนเกินไป การไม่ได้บริหารเท้า รวมถึงบางคนมีความเข้าใจผิดในเรื่องการทำแผล และการปล่อยปละละเลยจนเกิดแผลอักเสบรุนแรง เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดแผลที่เท้าได้ทั้งสิ้น (ชัยชาญ ติโรจนวงศ์, 2537; ภาวนา กิริติยวงศ์, 2537; บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, 2539; ล้ายอง ทับทิมศรี, 2541; ดวงรัตน์ อินทรแสน, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง และเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า โดยมีการสำรวจถึงสาเหตุของการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศอินเดีย จำนวน 2,642 ราย พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเดินเท้าเปล่า และสวมรองเท้าไม่เหมาะสม (Viswanathan, Madharan, Rajasekar, Chamukuttan & Ambady, 2005) และจากการศึกษาของ Corbett (2003) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการตัดเล็บไม่ถูกต้องร้อยละ 61 มีการสวมรองเท้าไม่เหมาะสมร้อยละ 49 และยังเดินเท้าเปล่าร้อยละ 31 ซึ่งเช่นเดียวกับการศึกษาของ อติชัย ภูมิวิเศษ (2537) ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถบอกได้ว่าต้องดูแลเท้าอย่างไร แต่ลักษณะเท้าที่สังเกตเห็นนั้นไม่สะอาด ตัดเล็บไม่ถูกต้อง และมีเดินเท้าเปล่าในบริเวณรอบ ๆ บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ มาลี จันทผล (2540) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการตัดเล็บที่ไม่ถูกต้อง มีทำน่องที่ไม่ส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต นอกจากนี้ดวงรัตน์ อินแสน (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยเบาหวานไม่มีการตรวจเท้าด้วยตนเอง ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยไม่บริหารเท้าร่วมกับมีทำน่องไม่เหมาะสม ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเดินเท้าเปล่าออกนอกบริเวณบ้าน และร้อยละ 30-56 ของผู้ป่วยไม่ได้ดูแลรักษาความสะอาดเท้าและไม่ให้ความชุ่มชื้นกับเท้า และการศึกษาของ นุชพร ดันติวัฒน์ไพศาล (2545) ศึกษาประสิทธิภาพการเรียนรู้การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในจังหวัดชลบุรี พบว่า พฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การใช้ความร้อนประคบเท้า เพื่อบรรเทาอาการขาเท้า รวมถึงการศึกษาของสรวงสุตา สว่างใจ (2549) ศึกษาพฤติกรรมดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 พบว่า ร้อยละ 93.5 ของผู้ป่วยมีการดูแลในเรื่องความสะอาดเท้าไม่ถูกต้อง

จากพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ถูกต้องดังที่พบในงานวิจัยที่กล่าวมานั้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ ซึ่งสาเหตุที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเท้า มีดังนี้คือ

1. การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเท้า ซึ่งมีการศึกษานุบบผา ลาภทวี (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติพบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 81.50 ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเท้า และจากการศึกษาของ เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตกของ ไทย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะเรื่องของการดูแลเท้า ซึ่งบางรายบอกได้ว่าจะดูแลเท้าอย่างไรแต่ไม่สามารถนำความรู้ไปดูแลเท้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา บริสุทธิ์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง พบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติตัวเรื่องการดูแลเท้าไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้โดยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ตัดเล็บโค้งตามรูปเล็บ บางคนใช้ที่ตัดเล็บไม้ หรือมีดแคะตามซอกเล็บ และมีตัดหนังหนาและตาปลาด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถบอกได้ว่าต้องดูแลเท้าอย่างไร แต่ลักษณะเท้าที่สังเกตเห็นนั้นไม่สะอาด ตัดเล็บไม่ถูกต้อง และมีเดินเท้าเปล่าในบริเวณรอบ ๆ บ้าน แสดงว่าไม่สามารถนำความรู้ไปดูแลเท้าได้ (อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ, 2537)

2. การมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้า ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตาจากความสูงวัยและมีสายตาพร่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงนาน มีผลให้การดูแลเท้าปฏิบัติด้วยความลำบาก พบปัญหาในเรื่องการตัดเล็บเท้า การตรวจสภาพเท้าเพื่อหาความผิดปกติด้วยตนเองกรณีที่ เป็นผู้สูงอายุที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี ยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดแผลที่เท้าเพิ่มมากยิ่งขึ้น (ดวงรัตน์ อินทรแสน, 2545)

3. ระบบดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ยังไม่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีการพัฒนาการดูแลเท้าได้เต็มที่ ตามปกติผู้รับบริการการตรวจรักษาเบาหวานมีจำนวนมาก และเวลาในการตรวจโรคที่คลินิกเบาหวานแต่ละโรงพยาบาลมักมีเฉพาะช่วงเช้า ทำให้เวลาซักประวัติหรือการประเมินความผิดปกติที่เกี่ยวกับเท้าจากพยาบาลและแพทย์ปฏิบัติไม่ครบในบางขั้นตอนหรือให้คำแนะนำที่ยังไม่ครอบคลุม แต่ละโรงพยาบาลมักจะมุ่งเน้นเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยจะเน้นเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยาให้ถูกต้องสม่ำเสมอ การปรับขนาดยา และการออกกำลังกาย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุบางคนที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผล และเสียโอกาสในการพัฒนาการดูแลเท้าไป (ดวงรัตน์ อินทรแสน, 2545; นงลักษณ์ บรรณจิริกุล, 2546)

ดังจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมและปัญหาการดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั้นมีพฤติกรรมการดูแลเท้าไม่ถูกต้อง ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท้าเป็นพิเศษ รวมทั้งการที่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน โดยเฉพาะเรื่องการดูแลเท้า การมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกรดูแลเท้าจากความเสื่อมของสายตาหรือความเจ็บป่วยอื่นๆ และระบบบริการสุขภาพไม่เอื้อต่อการพัฒนาการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน จากสาเหตุที่กล่าวมาจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดแผลที่เท้าและมีโอกาสพิการจากการถูกตัดขาได้ ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการดูแลเท้าได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถรักษาโครงสร้างและการทำหน้าที่ของเท้าให้เป็นปกติ ทั้งยังช่วยป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและลดโอกาสเสี่ยงต่อความพิการจากการถูกตัดขาได้

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ในหลายการศึกษาจะพบว่าเป็น โปรแกรมการให้ความรู้ (Health Education) ซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้ให้ผลดีในแง่การเพิ่มความรู้ (Ronnemaa, Hamalainen, Toikka, & Liukkonen, 1997) นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมที่เป็นรูปแบบการให้ความรู้รายบุคคลในกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพที่ดีในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าแต่ลักษณะเท้าและทักษะในการดูแลเท้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (Rattic et al., 1986) นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมการสอนไม่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน (Donohoe, Fletton, & Hook, 2000) จึงกล่าวได้ว่ายังต้องการพัฒนาโปรแกรมการสอนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมกรดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป

ผลจากการศึกษางานวิจัยที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรดูแลเท้าและลดความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ การที่จะให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติพฤติกรรมกรดูแลเท้าอย่างถูกต้อง และคงพฤติกรรมกรดูแลเท้าที่ต่อเนื่องนั้น จำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานลงมือปฏิบัติการดูแลเท้า เพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเอง Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการให้สำเร็จ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น ๆ ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมกรดูแลเท้าให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อมั่นและมีแรงจูงใจเพื่อไปสู่ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรดูแลเท้ารวมทั้งสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรดูแลเท้าใหม่อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ถ้าผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวในเรื่องการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และ

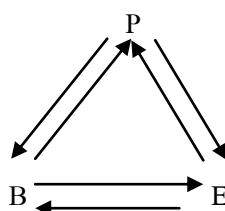
การสนับสนุนด้านทรัพยากรร่วมด้วยจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและคงพฤติกรรมการดูแลทำได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องตลอดไป

ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลทำ

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self- efficacy Theory) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากหลักการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Principles) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในโดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออกแต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ก็คือ การเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้วและการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (Bandura & Walter, 1963 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ความรู้นั้นมีผลต่อพฤติกรรมแต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่า ความรู้นำไปสู่การปฏิบัติได้ ต้องผ่านความรู้สึนึกคิด (Self- referent thoughts) ของบุคคลก่อน (Schunk & Cabonari, 1984 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ

Bandura (1997) ได้ให้คำจำกัดความการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-efficacy) ไว้ หมายถึงการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะโดยผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Behaviors) ได้อธิบายไว้ว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal Personal factors) ปัจจัยพฤติกรรม (Behavioral Factors) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Factors) ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีลักษณะที่สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) ตามหลักความเป็นเหตุผลซึ่งกันและกัน สามารถแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการได้ดังภาพที่ 3



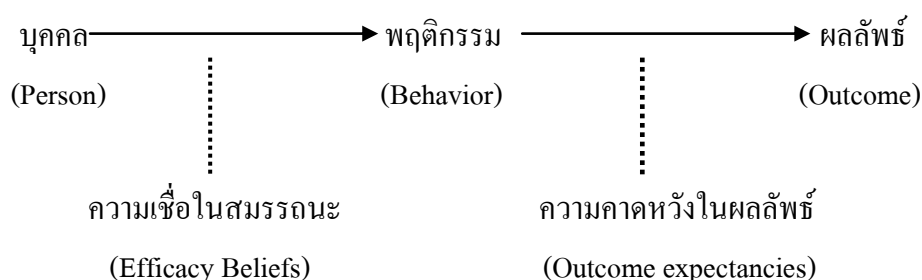
ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และ พฤติกรรม (B)

(Bandura, 1997, p. 6)

Bandura (1997) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล โดยใช้แนวคิด 2 ประการคือ

1. ความเชื่อในสมรรถนะ (Efficacy Beliefs) หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความเชื่อที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancies) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบความสำเร็จ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวบุคคลจะมีความคาดหวังว่าพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลของการกระทำที่ตนเองได้คาดหวังไว้ ได้นำเสนอในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะและความคาดหวังต่อผลลัพธ์ (Bandura, 1997, p. 22)

จากแนวคิดความเชื่อในสมรรถนะและความคาดหวังต่อผลลัพธ์ จะมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมและสภาพจิตใจของบุคคล กล่าวคือเมื่อบุคคลมีความเชื่อในสมรรถนะสูงแต่มีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ต่ำจะยังคงมีการปฏิบัติพฤติกรรม มีการเรียกร้องทางสังคมและเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม แต่จะมีความรู้สึกคับข้องใจในการปฏิบัติสำหรับบุคคลที่มีความเชื่อในสมรรถนะและความคาดหวังต่อผลลัพธ์สูงจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ มีความทะเยอทะยานที่จะปฏิบัติและความพอใจต่อการปฏิบัติ หากบุคคลที่มีความเชื่อในสมรรถนะต่ำ แต่ยังมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์สูงจะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง หดหู่และสิ้นหวัง สำหรับบุคคลที่มีความเชื่อในสมรรถนะและความคาดหวัง

ต่อผลลัพธ์จะทำให้บุคคลนั้นเลิกปฏิบัติพฤติกรรมและไม่มีความสนใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรม
ดังแสดงในภาพที่ 5

ความคาดหวังต่อผลลัพธ์		
	ลบ (-)	บวก (+)
การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน	บวก(+) - การยืนยันทที่จะปฏิบัติ (Protest) - ความไม่พอใจ ความข้อยกใจ (Grievance) - เรียกร้องทางสังคม (Social Activism) - เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Milieu Change)	- ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Productive Engagement) - ปราบปรามที่จะปฏิบัติ (Aspiration) - มีความพึงพอใจ (Personal Satisfaction)
	ลบ(-) - เลิกปฏิบัติ (Resignation) - ไม่สนใจ (Apathy)	- รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (Self- devaluation) - ท้อแท้ หดหู่ (Despondency)

ภาพที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะและความคาดหวังต่อผลลัพธ์ต่อพฤติกรรม
และสภาพจิตใจของบุคคล (Bandura, 1997, p. 20)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับมิติ 3 มิติ
(Bandura, 1997, pp. 84-85) ดังนี้

1. มิติตามขนาดหรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude or Level) หมายถึง
การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคล จะมีความแตกต่างกันซึ่ง
บางครั้งอาจจะถูกจำกัดจากระดับความยากง่ายของงานที่บุคคลเชื่อว่าจะสามารถทำได้และเลือก
กระทำในสถานการณ์นั้น ๆ หากบุคคลรับรู้งานหรือพฤติกรรมที่จะกระทำมีความง่ายคือ มีการรับรู้
สมรรถนะของตนว่าจะทำงานหรือพฤติกรรมนั้นได้ ก็มีแนวโน้มที่จะเลือกกระทำพฤติกรรมนั้นสูง
ในทางกลับกันหากมีการรับรู้ว่าพฤติกรรมที่จะกระทำนั้นมีความยากก็จะมีแนวโน้มที่จะเลือกกระทำ
งานหรือพฤติกรรมนั้นต่ำ

2. มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความสามารถในการนำประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างในอดีตมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในสถานการณ์ใหม่ โดยบุคคลจะมีการประเมินความสามารถตนเอง บางสถานการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกับประสบการณ์ในอดีต

3. มิติตามความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองต่ำ หรือมีความเข้มแข็งน้อย บุคคลจะไม่มี ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะเมื่อประสบกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ในขณะที่บุคคลที่มีความเข้มแข็งหรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงจะมีความอดสาเหและใช้ความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรมแม้ว่าจะประสบกับสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากหรือมีอุปสรรคมากมายเพียงใดก็ตาม ทำให้กิจกรรมที่เลือกกระทำนั้นมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จ

การรับรู้สมรรถนะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้แสดงแหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไว้ว่า การที่คนเราจะสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นต้องเกิดจากการส่งเสริมให้บุคคลได้เรียนรู้ข้อมูลที่ได้จาก 4 ประเภท ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience)

ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนซึ่งจัดเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ผลจากการที่บุคคลได้ประสบการณ์โดยตรงจากการกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จด้วยตนเองและเชื่อว่าถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนจะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย การที่บุคคลกระทำและประสบความสำเร็จด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น และจากการกระทำที่ได้ใช้ความพยายามจนประสบผลสำเร็จจะทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ถึงแม้จะต้องพบกับอุปสรรคหรือความล้มเหลวในบางครั้ง ก็ไม่ย่อท้อ ไม่มีผลใด ๆ เพราะบุคคลจะไม่ได้มองความล้มเหลวนั้นมาจากการที่ตนเองไม่มีความสามารถ แต่มาจากปัจจัยอื่น ๆ เช่นยังมีความพยายามไม่เพียงพอ หรือสถานการณ์ไม่เอื้อ สำหรับบุคคลที่ประสบความล้มเหลวในการกระทำกิจกรรมอยู่เสมอจะทำให้บุคคลประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงได้ ดังนั้นบุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ โดยการส่งเสริมให้บุคคลมีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จ พร้อมกับให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จถึงเป้าหมายที่ต้องการได้ ซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็น

ต้องส่งเสริมให้บุคคลได้กระทำพฤติกรรมการดูแลเท้า เช่น การฝึกทักษะการดูแลเท้าจนผู้ป่วยทำได้ถูกต้อง ปฏิบัติได้จริง และทบทวนจนเกิดความชำนาญ ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำจนเกิดความสำเร็จจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้าได้

2. การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) หรือการสังเกต “ตัวแบบ” (Model) การได้สังเกตตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมใด ๆ ย่อมส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมเรื่องนั้นด้วย ถ้าสังเกตตัวแบบมีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับตน ยิ่งทำให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองน่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นกัน การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากตัวแบบมี 2 ประเภท (Bandura, 1997) ดังนี้

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Self-modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ลักษณะของตัวแบบ ควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ควรจะมีทัศนคติ ความสามารถ ใกล้เคียงกับผู้สังเกต จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสมและตนเองสามารถที่จะกระทำได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตน

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ การ์ตูน เป็นต้น การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้จะสามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบได้ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรมที่ต้องการได้ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลจำนวนมาก และในสถานที่ต่าง ๆ ได้ ปัจจุบันสื่อมีความสำคัญและมีอิทธิพลมาก เนื่องจากมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีไปอย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลมีการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ผ่านสื่อได้ง่าย

3. การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) หมายถึง การที่บุคคลอื่น ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant Persuasion) ได้แสดงออกโดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้หรือมีการพูดชักจูงให้เชื่อในความสามารถของตนเองย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยตัวเอง (Self-doubt) แต่เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ (Bandura, 1997) ซึ่งบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยอาจหมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ ญาติหรือคนในครอบครัว

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective States) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การที่บุคคลมีสภาวะร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ถ้าบุคคลมีสภาวะร่างกายอ่อนแอ หรือมีภาวะเจ็บป่วย เช่น อาการเจ็บปวด เหนื่อยล้า ไม่สบาย เป็นต้น ย่อมส่งผลให้บุคคลมี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ส่วนสภาวะด้านอารมณ์ อารมณ์ทางด้านบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ถ้ามีอารมณ์ทางด้านลบ เช่น เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง และมักจะหลีกเลี่ยงจากการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงควรสนับสนุนให้บุคคลมีสภาวะร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติ พร้อมต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่ามีผู้วิจัยให้ความสนใจและนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การศึกษาของ Corbeet (2003) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้ความรู้และทักษะพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลเท้าอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง และ Frank (2003) ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้สูงอายุเบาหวาน พบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้ผู้สูงอายุเบาหวานมีการจัดการด้วยตนเองได้ดีและคงพฤติกรรมการดูแลเท้าได้ต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยโดย การศึกษาของ สุพรรณิ โดสัมฤทธิ์ (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีหลังการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทิพย์สุภาภรณ์ สุวรรณสร (2550) ศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของผู้ที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของดวงปริดา เรืองทิพย์ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเท้าและพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเท้าและพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ดังเช่น การศึกษาของ จิตรานันท์ กุลพันธ์ (2551) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มาการรักษาที่โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านการดูแลเท้าอยู่ในระดับสูง พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($r = .23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ สุมาลี เชื้อพันธ์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาประยุกต์ในการจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลเท้า ซึ่งประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการให้ฝึกทักษะการดูแลเท้า และมีการสาธิตย้อนกลับ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยเสนอตัวแบบผู้สูงอายุเบาหวานที่ประสบความสำเร็จในการดูแลเท้า 3) การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด โดยผู้วิจัยมีการแนะนำให้มีความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องเหมาะสม การหมั่นเชย ร่วมกับมีการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยเบาหวานโดยการเยี่ยมบ้าน และการเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามปัญหาพร้อมให้คำแนะนำแก้ไขปัญหา 4) สภาพแวดล้อมด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการประเมินด้านร่างกายจากสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน และประเมินด้านอารมณ์จากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง และการสนทนา และแก้ไขปัญหาด้านร่างกายและอารมณ์ตามสาเหตุ

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันภายในเครือข่ายทางสังคม เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายความหมาย ตัวอย่างเช่น

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่ามีผู้ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ มองเห็นคุณค่า และยกย่อง ส่งผลให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับประโยชน์จากการมีปฏิสัมพันธ์กันหรือจากความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูล

ข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันจนก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความรัก ความผูกพัน ห่วงใย เห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจ การรับฟัง การดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยให้การยอมรับ ยกย่อง ชมเชย เพื่อนำไปประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับผู้อื่นในสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนวทางเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงในความจำเป็นทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งทำให้สามารถประเมินตนเอง ทำให้ภูมิใจในความสามารถ เห็นคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้มั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและมีกำลังใจต่อไป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุดเป็นการแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ห่วงใย เห็นอกเห็นใจ รู้สึกไว้วางใจ การรับฟัง ตลอดจนการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเครือข่ายทางสังคม ทั้งกลุ่มปฐมภูมิหรือกลุ่มทุติยภูมิ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลรักษาและการปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า รวมทั้งขาดความมั่นคงทางจิตที่อาจส่งผลกระทบให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนด้านอารมณ์มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่มิภาวะเจ็บป่วยได้มากกว่าการสนับสนุนด้านอื่น ๆ (Wortman & Conway, 1985 อ้างถึงใน พรนภา ไชยอาสา, 2550)

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับ ยกย่อง ชมเชยจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อนำไปประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับผู้อื่น ทำให้บุคคลมั่นใจในการเปรียบเทียบ (Brown, 1986 อ้างถึงใน พรนภา ไชยอาสา, 2550) ภูมิใจในความสามารถ เห็นคุณค่าในตนเอง เป็น

ที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้มั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง และมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนวทางที่เป็นข้อเท็จจริงจากเครือข่ายทางสังคม จะทำให้นักบวชสามารถนำไปแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทางกายและต้องจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจึงต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแผนการรักษา (Wortman & Conway, 1985 อ้างถึงใน พรนภา ไชยอาสา, 2550) ซึ่งในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเจอปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเท้าได้ ถ้าได้รับข้อมูล คำแนะนำที่ถูกต้องจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงในความจำเป็นทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม หรือการบริการต่าง ๆ ในเวลาที่เจ็บป่วยจะช่วยบรรเทาความเครียด ทำให้นักบวชรู้สึกพึงพอใจ มีความผาสุกในชีวิต ซึ่งในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ต้องเผชิญกับปัญหาทางกายจากการเปลี่ยนแปลงตามอายุ และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น (ศิริรัตน์ ปานอุทัย และวณิชชา พึ่งชมภู, 2546)

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมได้มาจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่ให้การสนับสนุน 2 กลุ่ม (House, 1981) ดังนี้

1. กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ หรือกลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน ซึ่งจิริยาวัตร คมพัทธ์ (2531) เรียกกลุ่มที่ให้การสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการนี้ว่า กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ คงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด ช่วยส่งเสริมสุขภาพ สามารถลดความเครียด (จิริยาวัตร คมพัทธ์, 2531; House, 1981)

2. กลุ่มที่เป็นทางการ หรือกลุ่มที่มีลักษณะการช่วยเหลือเฉพาะเจาะจงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น กลุ่มที่ให้บริการด้านสวัสดิการ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำทางศาสนา หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจิริยาวัตร คมพัทธ์ (2531) เรียกกลุ่มนี้ว่า กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ

ผู้สูงอายุจะมีบทบาททางสังคมลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เครือข่ายในสังคมลดลง ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพและช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่าและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดแผลที่เท้าในโรคเบาหวาน ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางทรัพยากร ซึ่งจะใช้การสนับสนุนจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และใช้การสนับสนุนจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางทรัพยากร ได้แก่

1.1 ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว ช่วยดูแลเอาใจใส่ มีความเข้าใจ แสดงความห่วงใย และรับฟังความคิดเห็นขณะที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้า

1.2 ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมิน โดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลเท้าแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเรื่อง การตรวจเท้า การรักษาความสะอาดเท้า การเลือกสวมใส่รองเท้า และการบริหารเท้า เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลเท้าของตนกับบุคคลอื่นได้

1.3 ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร โดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเท้า ด้านการตรวจเท้า ด้านการรักษาความสะอาดเท้า การเลือกสวมใส่รองเท้า และการบริหารเท้าที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

1.4 ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร โดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยพาไปตรวจตามนัด การจัดเตรียมเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเท้า เช่น การดูแลพาไปหรือหาเลือกซื้อรองเท้า ถุงเท้าที่เหมาะสมมาให้สวมใส่

2. การสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัย หมายถึง การที่ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่

2.1 ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้สูงอายุเบาหวาน และสมาชิกครอบครัว เรื่อง การดูแลเท้า กระตุ้นเตือนในเรื่องการดูแลเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

2.2 ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมิน โดยประเมินสภาพทำ
ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า อาการผิดปกติที่เท้า และปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแล
เท้า

2.3 ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้คำแนะนำให้กับผู้สูงอายุ
โรคเบาหวานและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน
การตรวจประเมินสภาพเท้าด้วยตนเอง พฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้อง

2.4 ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร โดยสนับสนุนด้านการให้บริการให้
ปรึกษาในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในด้านการออกกำลังกาย การ
ควบคุมอาหาร และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลเท้าของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้รับ
การศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางและพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมักพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการ
สนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า ซึ่งมีการศึกษาของ Berry and
Raleigh (2004) ศึกษาการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารกับการประเมินสภาวะเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน
ที่รักษาตัวในโรงพยาบาล มีการติดตาม 3 เดือน พบว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยได้
ประเมินและเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมการดูแลเท้าอย่างต่อเนื่อง สามารถส่งเสริมให้
ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องและสามารถคงพฤติกรรมการดูแลเท้าได้
เช่นเดียวกับการศึกษาของ McEwen, Pasvogel, Gallegos and Barrera (2010) ศึกษาการสนับสนุน
ทางสังคมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 21 คน ในเขตรอยต่อเม็กซิโก
มีการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลโดยสอนและให้การประเมินตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจการ
จัดการพฤติกรรมในโรคเบาหวาน การสนับสนุนด้านอารมณ์ จะใช้คำพูด และไม่ใช้คำพูด แสดงออก
ให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจทำให้ผู้ป่วยเบาหวานลด
ความกังวล ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการจัดการพฤติกรรมในโรคเบาหวาน
และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการประเมินค่าของการกระทำที่เหมาะสม ทำให้ส่งเสริม
แรงจูงใจและเกิดพฤติกรรมที่ดีได้ ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลเท้าหลังให้
การสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของธีระ ภักดิ์จิรัฐ (2548) ศึกษาการใช้กระบวนการ
กลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งใช้
โปรแกรมการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่

บ้านโดยประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยมีการให้ความรู้กับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวตามโปรแกรมทุก 2 สัปดาห์ 3 ครั้ง พบว่าด้านการดูแลเท้า ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวให้ความสำคัญและดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ นุชพร ดันติวัฒน์ไพศาล (2545) ศึกษาประสบการณ์ การเรียนรู้ การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลเท้าจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้ามีพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

การเรียนรู้ในผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทบทวนในประเด็นเกี่ยวกับ ความหมายของการเรียนรู้ องค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการเรียนรู้ในวัยสูงอายุ และกลยุทธ์ในการสอนผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยมีเนื้อหา ดังนี้

ความหมายของการเรียนรู้

การเรียนรู้นั้นถือว่าเป็นขั้นตอนหรือกระบวนการที่สำคัญของมนุษย์ในการรับรู้เรื่องราวหรือเนื้อหาข้อมูลที่เกิดขึ้นรอบข้าง (ยุทธ ไกรวรรณ, 2550) จากการศึกษาได้มีผู้ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ ดังนี้

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2547) ให้ความหมายว่า การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวมนุษย์ ซึ่งเป็นผลจากการที่มนุษย์ได้รับประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม

ยุทธ ไกรวรรณ (2550) ให้ความหมายว่า การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ค่อนข้างถาวร และเป็นไปในทางที่สังคมต้องการ

สรุปได้ว่า การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลอย่างค่อนข้างถาวรอันเป็นผลมาจากการฝึกฝน หรือมีประสบการณ์

องค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้

องค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้ มี 5 องค์ประกอบ ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้นั้น มีคุณลักษณะเฉพาะที่ปฏิบัติได้ในตัวเอง (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547) ประกอบด้วย

1. ทักษะจากการฝึกหัด (Motor Skills) จะเกิดจากการเรียนรู้ขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการฝึกปฏิบัติ และฝึกหัดกระทำอยู่สม่ำเสมอ

2. การเรียนรู้ทางด้านภาษา (Verbal Information) เป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการได้รับข้อมูลข่าวสาร การจัดระบบข้อมูล การรู้ความหมาย และการเข้าใจภาษาที่ใช้ตลอดจนเนื้อหาสาระนั้นๆ

3. ความสามารถทางสติปัญญา (Intellectual Skills) หมายถึงการเรียนรู้ซึ่งปรากฏขึ้นได้ โดยต้องมีความเข้าใจ และมีทักษะบางอย่างมาก่อน

4. ยุทธศาสตร์ทางด้านสมอง (Cognitive Strategies) เป็นการเรียนรู้ที่ต้องการให้มีการกระทำซ้ำ (Repeat) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการฝึกด้านความจำ

5. ทักษะคติ (Attitude) การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติจะได้ผลดีที่สุดโดยการใช้ในลักษณะรูปแบบจำลองของบุคคล โดยอาศัยหุ่นรูปแบบจำลองเป็นตัวอย่างให้แก่ผู้เรียน

การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการเรียนรู้ในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายบางส่วนมีผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ เช่น สมอง สายตา การมองเห็น การได้ยิน และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังนี้ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547; Mauk, 2006)

1. สมอง (Brain) สมองจะมีความเจริญงอกงามสูงสุดเมื่อคนเรามีอายุประมาณ 20 -30 ปี หลังจากนั้นจะเริ่มเสื่อมลงตามอายุทั้งด้านปริมาณและจำนวนเซลล์ของสมองจะลดลงตามอายุ ส่วนขนาดของสมองก็จะลดลงโดยเฉพาะหลังจากอายุ 30 ปี

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสายตาและการมองเห็น (Changes in Vision) สายตาจะทำหน้าที่และเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว และเริ่มเจริญช้าลงในช่วงอายุ 13- 15 ปี หลังจากนั้นจะเริ่มเสื่อมลงเรื่อยๆ จนอายุ 40 ปี และหลังจากนั้นจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็วจนกระทั่งอายุ 55 ปี และจะเสื่อมลงไปเรื่อย ๆ

3. การเปลี่ยนแปลงด้านการได้ยิน (Changes in Hearing) ความสามารถในการได้ยินจะสูงสุดอยู่ในช่วงก่อนอายุถึง 15 ปี หลังจากนั้นจะเริ่มเสื่อมลงเรื่อยๆ จนกระทั่งอายุ 65 ปี เมื่อผู้สูงอายุมีความสามารถในการได้ยินลดลงก่อให้เกิดความลำบากที่จะทำความเข้าใจในการพูดคุย ทำให้การแปลความหมายและการตอบสนองต่อเสียงช้าลง

4. เวลาในการโต้ตอบ (Reaction Time) คือ เวลาในการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่งว่าจะมีช่วงเวลายาวนานเท่าใด เวลาในการโต้ตอบมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น ซึ่งในการวัดเวลาตอบได้ หากใช้การวัดด้านความเร็ว (Speed) พบว่า วัยสูงอายุมีความเสื่อมมากกว่าคนหนุ่มสาว

สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการเรียนรู้ในวัยสูงอายุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสมอง ด้านสายตา และการมองเห็น ด้านการได้ยิน ดังนั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ได้ช้ากว่าวัยอื่น ๆ

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้วัยสูงอายุมีการเรียนรู้ไม่ดีเท่าวัยอื่น ๆ ดังนั้นการที่จะ
ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ และจดจำข้อมูลได้ดีขึ้นควรมีหลักในการสอนดังนี้ (John, 1988)

1. เนื้อหาที่สอนควรตรงกับสิ่งที่ผู้สูงอายุสนใจ
2. เนื้อหาที่สอนควรสั้น กระชับ และเข้าใจง่าย
3. ควรสอนเมื่อผู้สูงอายุมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ
4. ขณะสอนควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์
5. ควรคำนึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เล่าประสบการณ์ในการ

ดูแลสุขภาพของตนเอง

6. การใช้สื่อการสอน ควรใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่
7. การใช้คำพูด ควรพูดช้า ๆ ชัดเจน
8. ความเข้าใจถึงความแตกต่างของการตอบสนองการรับรู้ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

รวมทั้งทักษะการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

9. จัดหาสิ่งที่จะช่วยทบทวนความจำของผู้สูงอายุ
10. ใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสอนผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ในการสอนผู้สูงอายุ (Strategies for Teaching Older Adults) (Mauk, 2006)

1. ใช้หลักการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (Use the Principles of Adult Learning Theory) ได้แก่
การประเมินความพร้อมในการเรียน การเข้าถึงผู้เรียนด้วยการเริ่มคำถามหรือให้บอกเรื่องราวที่
ผู้เรียนมีความเกี่ยวข้อง มีการชักจูงให้ผู้เรียนเข้าสู่เนื้อหาที่กำหนดไว้ และให้เหตุผลในประเด็นที่มี
ความสำคัญโดยใช้หลักสถิติ และการวิจัย

2. ใช้รูปแบบการสอนที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความสนใจอย่างต่อเนื่อง

(Use Multiple Teaching Modalities to Keep the Material Interesting and Maintain Attention)

ได้แก่ การใช้คอมพิวเตอร์ การใช้สื่อวีดิทัศน์ การใช้แผ่นพับ หรือคู่มือต่าง ๆ การใช้โปสเตอร์
การสาธิต การใช้อุปกรณ์เครื่องมือ และการประเมินผล

3. ควรคำนึงถึงลักษณะและความต้องการทางร่างกายในวัยสูงอายุ (Remember to
Accommodate any Unique Physical Needs of Older Adults) ได้แก่ การพูดเสียงดังและพูดอย่างช้าๆ
ถ้าจำเป็นควรใช้เครื่องขยายเสียง ควรปิดพัดลมและขจัดสิ่งรบกวน การใช้คู่มือ ชนิดตัวอักษรควรมี
ขนาดใหญ่และใช้อักษรสีดำบนพื้นสีขาว เพื่อให้สามารถอ่านได้สะดวก และการใช้สไลด์ ควรมี
การจัดลำดับเนื้อหาในการนำเสนอ เนื้อหาไม่ควรมากเกินไปใช้ตัวอักษรที่มีขนาดใหญ่ เพื่อให้
สามารถมองเห็นได้สะดวก

4. การควบคุมสภาพแวดล้อม (Control the Environment) ได้แก่ จัดห้องที่เหมาะสมสำหรับการสอน ต้องแน่ใจว่าห้องมีขนาดที่เพียงพอสำหรับจำนวนผู้เรียน สภาพอากาศและอุณหภูมิในห้องเหมาะสม ไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป มีอากาศถ่ายเทสะดวก และควรมีผู้ช่วยสอนเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ที่เข้า ออกจากห้องเรียน

5. สร้างบรรยากาศในการสอนผู้สูงอายุอย่างอบอุ่น และเป็นมิตร (Make Presentations Elder- friendly) ได้แก่ เลือกประเด็นที่ผู้สูงอายุสนใจ กำหนดระยะเวลาในแต่ละครั้ง การอธิบาย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ การให้รางวัล และการใช้คู่มือควรให้เหมาะสมต่อระดับความสามารถในการอ่านหนังสือของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนหัวข้อต่างๆ เกี่ยวกับการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้วิจัยทราบว่า การสอนในผู้สูงอายุจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงผลของการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในการจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลแท้นั้นผู้วิจัยได้นำความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ และกลยุทธ์ในการสอนผู้สูงอายุ (Mauk, 2006) มาช่วยในการทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่า จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลแท้นี้ที่ถูกต้องด้วยตนเองอย่างเหมาะสมต่อไป

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลแท้นในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรม ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่าในบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและมีการกระทำพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรม ส่วนการสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับการสนับสนุน ความช่วยเหลือจากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือบุคคลในสังคมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการยกย่อง ชมเชย เห็นคุณค่า และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของ ซึ่งการช่วยเหลือทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยเบาหวานได้ ซึ่งมีผู้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังเช่นงานวิจัยต่อไปนี้

จากุพจน์ เอี่ยมศิริ (2549) ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการออกกำลังกายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย

อายุระหว่าง 35-65 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ที่อำเภอบางคล้า จังหวัด ฉะเชิงเทรา คัดเลือกโดยวิธีจับคู่โดยใช้เพศ อายุ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในช่วง 100-250 มิลลิกรัม/ เดซิลิตรในช่วง 3 เดือนก่อนการทดลอง รักษาด้วยการรับประทานยา เป็น ตัวกำหนด ได้รับ โปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ที่ประกอบด้วยแผนการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนตาม แนวคิดของ Bandura (1997) ด้านประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเองโดยให้ผู้ป่วย เบาหวานได้ลงมือฝึกปฏิบัติออกกำลังกายและมีการสาธิตย้อนกลับ ด้านการได้เห็นประสบการณ์ ของผู้อื่น โดยเสนอตัวแบบผู้ที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ด้านการชักจูงด้วยคำพูด โดยชี้แนะ กระตุ้น และชมเชยแก่ผู้ป่วยเบาหวาน และด้านสภาวะความพร้อมด้านร่างกายและ อารมณ์ โดยการประเมินด้านร่างกายจากสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน ประเมินด้านอารมณ์ จากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง การสนทนา และแก้ไขปัญหาด้านร่างกายและ อารมณ์ตามสาเหตุ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Shaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง พร้อมให้คำปรึกษา การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการดูแล เอาใจใส่ให้กำลังใจ คอยกระตุ้นเตือนในการออกกำลังกาย การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือ บริการโดยการช่วยเหลือดูแลจัดเตรียมอุปกรณ์ หรือจัดเตรียมสถานที่ในการออกกำลังกายหรือ พาผู้ป่วยเบาหวานไปออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรนภา ไชยอาสา (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและ การสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย โดยมีความคล้ายคลึงกันในด้านคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหาร คะแนน การสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหาร และคะแนนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ประสบการณ์ที่เคย ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคด้วยตนเอง การได้ เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการชมวิดิทัศน์ตัวแบบผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มี พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม ตัวแบบจะเสนอผลดีผลเสียของการบริโภคอาหารของ โรคเบาหวาน และจะพุดชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร ในรูปแบบที่

เหมาะสม การชักจูงด้วยคำพูดผู้วิจัยให้คำแนะนำกล่าวชื่นชม ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค และสถานะด้านอารมณ์ โดยผู้วิจัยประเมินสถานะด้าน ร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล จากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง การพูดคุย พร้อมทั้งแก้ไขเมื่อพบปัญหา ส่วนการสนับสนุนทางสังคมใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยการให้สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจ และรับฟังความคิดเห็นขณะที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านการประเมินค่า ให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำไป ประเมินตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนกับบุคคลอื่น ด้านข้อมูล ข่าวสาร โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภค อาหารที่เหมาะสมกับโรคแก่กลุ่มตัวอย่าง และด้านทรัพยากร โดยให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือ ในการเตรียมอาหาร การพาไปซื้ออาหาร ซึ่งผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและ การสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$) ตามลำดับ

จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุน ทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มาเป็นแนวทางในการสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าในผู้สูงอายุเบาหวานโดย คาดหวังผลลัพธ์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องและปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่อง ซึ่งน่าจะส่งผลในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้สูงอายุเบาหวานได้ ซึ่งการจัดกิจกรรม ในโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าครั้งนี้ ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถตนเองให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้อง โดยส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้ได้รับข้อมูลทั้ง 4 แหล่งดังนี้

1. ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience)

ผู้วิจัยจัดให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานลงมือปฏิบัติการดูแลเท้าด้วยตนเอง โดยการตรวจสภาพเท้า การฝึกการดูแลเท้าที่ถูกต้องด้วยตนเองในเรื่องการทำความสะอาดเท้า การบริหารเท้าและ การเลือกใช้รองเท้า ซึ่งผู้วิจัยสนับสนุนร่วมกับผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกครอบครัวโดยให้ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน ฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะ สามารถทำได้ถูกต้อง มีความมั่นใจในการดูแลเท้าและนำไป ปฏิบัติได้ที่บ้าน เพราะการที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious Experience) โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้พบตัวแบบผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้อง โดยตัวแบบนำเสนอถึง ปัญหาและประสบการณ์ของการเกิดแผลที่เท้า วิธีการดูแลเท้าที่ปฏิบัติอยู่ทุกวัน และ พุดชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเท้า การได้เห็น ประสบการณ์ หรือตัวอย่างจากผู้อื่นถือว่าเป็นประสบการณ์ทางอ้อม และผู้สูงอายุโรคเบาหวานเห็น ตัวแบบจากผู้อื่นที่แสดงพฤติกรรมที่ได้รับผลสำเร็จเป็นที่พอใจ จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คล้อยตามว่าบุคคลอื่นทำได้ ตนก็ต้องทำได้เช่นกัน

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะ แทรกซ้อนที่เท้า อุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้า สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมในการเกิดแผลที่เท้า ผลกระทบที่เกิดจากแผลที่เท้า แนวทางการดูแลเท้า และการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในการดูแลเท้า และมอบคู่มือเบาหวานกับการดูแลเท้าให้ไปดูทบทวนที่บ้าน พร้อมกล่าวชักจูง ให้กำลังใจ ชมเชย แนะนำ และอธิบายส่วนที่ไม่เข้าใจเพิ่มเติม จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความมั่นใจในตนเอง เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นเตือนการ ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าที่บ้านด้วย

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective States) ซึ่งผู้วิจัย ประเมินสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทำการทดลองทุกครั้ง ผู้วิจัย ตรวจสอบสภาพร่างกายของผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้พร้อมว่าไม่มีอาการผิดปกติ ให้ผู้ป่วยได้ ระบายความรู้สึก พูดถึงปัญหาความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น อุปสรรคในการปฏิบัติกรดูแลเท้า ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ให้กำลังใจ และให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสะท้อนคิด เกี่ยวกับการดูแลเท้า พร้อมกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่ม และส่งเสริมให้การช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ที่ปกติ และมีความมั่นใจในการ ดูแลเท้าได้เนื่องจากการจัดกิจกรรมใน โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ส่งเสริม ให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ประกอบด้วย การให้การสนับสนุน 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) โดยผู้วิจัยนำผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว มาร่วมกลุ่มกิจกรรมการดูแลเท้ากับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวช่วย ดูแลเอาใจใส่ มีความเข้าใจ แสดงความห่วงใย และรับฟังความคิดเห็นขณะที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้า

2. ด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) โดยผู้วิจัยสอนผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว ให้มีความรู้และเข้าใจวิธีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลเท้าแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อให้

ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวนำไปกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลเท้าของตนกับบุคคลอื่น

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) โดยผู้วิจัยสอนผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว ให้มีความรู้การดูแลเท้าด้านการตรวจเท้า การเลือกสวมใส่รองเท้า และการบริหารเท้า เพื่อให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาดเท้า การเลือกรองเท้าการบริหารเท้าที่ถูกต้องแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเท้า

4. ด้านทรัพยากร (Instrumental Support) โดยให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือ ดูแลพาไปตรวจตามนัด และในการด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเท้า ได้แก่ ผ้าที่ใช้สำหรับเช็ดเท้า กรรไกรตัดเล็บเท้า ครีมหือหรือโลชั่นที่ใช้ทาผิวหนังเท้า กระຈกส่องเท้า

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว โดยจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มๆละ 30 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 15 คนและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว 15 คน ซึ่งผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม จัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดจนครบ 60 คนที่โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสรรคบุรี จังหวัดชลบุรี ใช้เวลาทำกิจกรรมกลุ่มเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า อุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้า สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมในการเกิดแผลที่เท้า ผลกระทบที่เกิดจากแผลที่เท้า แนวทางการดูแลเท้า และการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า สอนผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวเรื่องบทบาทการให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลเท้าทั้ง 4 ด้าน สอนและสาธิตวิธีการตรวจสภาพเท้าด้วยตนเอง มีการฝึกปฏิบัติการตรวจเท้าด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำ พูดชักจูง กล่าวคำชมเชย การให้ความสนใจ ให้การช่วยเหลือเรื่องการตรวจเท้าด้วยตนเองตลอดการฝึก มีการนำเสนอตัวแบบที่เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ถูกต้อง มาพูดคุย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติการดูแลเท้าที่ปฏิบัติได้ผลดี ฝึกปฏิบัติการดูแลเท้า ประกอบด้วย การฝึกการทำความสะอาดเท้า และการฝึกการบริหารเท้า เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวซักถามปัญหาเกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติการดูแลเท้าและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)

วัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าและฝึกการดูแลเท้าในเรื่อง การตรวจสภาพเท้า การทำความสะอาดเท้า การเลือกสวมใส่รองเท้า และการบริหารเท้า โดยมี สมาชิกครอบครัวร่วมในการทบทวน เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานและผู้ดูแลที่เป็น สมาชิกครอบครัวซักถาม ปัญหา และข้อสงสัย เกี่ยวกับการตรวจสภาพเท้า การทำความสะอาดเท้า การเลือกสวมใส่รองเท้าและการบริหารเท้า พร้อมให้คำแนะนำ และกล่าวชมเชย ให้กำลังใจในความพยายามของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการกระทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง สอนผู้สูงอายุโรคเบาหวานและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการบันทึกการดูแลเท้าด้วยตนเอง เช่น การตรวจสภาพเท้าทุกวัน การทำความสะอาดเท้า การบริหารเท้าและการสวมใส่รองเท้า เพื่อเป็นการติดตามการปฏิบัติและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้า พุดชกุง และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องและต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมมอบคู่มือเบาหวานกับการดูแลเท้าให้กลับไปทบทวน

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4) (การเยี่ยมบ้าน)

วัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ ติดตามการปฏิบัติ สอบถามปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้า เพื่อหาแนวทางแก้ไข เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้คำปรึกษาเพิ่มเติม กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดความรู้สึก มั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้า ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ ที่ต่อเนื่อง สอบถามผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวในบทบาทการให้การสนับสนุนที่ปฏิบัติต่อ ผู้สูงอายุ พร้อมกล่าวชมเชย และช่วยแก้ไขในส่วนที่ยังเป็นปัญหาตามความเหมาะสม สรุปประเด็น ปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเท้าและการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็น สมาชิกครอบครัวเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7) (การเยี่ยมทางโทรศัพท์)

วัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นเตือนการนัดหมาย และสอบถามถึงปัญหา อุปสรรคให้ คำปรึกษาเพิ่มเติม กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความ มั่นใจในความสามารถตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5, สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 9

ให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าที่บ้าน โดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิก ครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุน

สัปดาห์ที่ 8

วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรม และชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไป

สัปดาห์ที่ 10

วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลในระยะติดตามผลของโปรแกรม เพื่อนำผลที่ได้ไปช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าต่อไป

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมและการจัดกิจกรรมอย่างมีขั้นตอนตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลเท้าในครั้งนี้พบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการปฏิบัติและมีความมั่นใจในความสามารถเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลเท้าด้วยตนเองในเรื่องการตรวจประเมินเท้าด้วยตนเอง การดูแลความสะอาดเท้า การเลือกสวมใส่รองเท้า และการบริหารเท้าได้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่เกิดแผลที่เท้า และภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดแผลที่เท้า และการส่งเสริมผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวให้การสนับสนุนผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้มีการปฏิบัติดูแลเท้า โดยมีการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยการทำกิจกรรมอย่างมีขั้นตอน มีการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการประเมินผลพฤติกรรมดูแลเท้า และร่วมแก้ไขปัญหาลุप्तสรคจะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวมีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเท้าที่สม่ำเสมอต่อเนื่องต่อไป