

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วย ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความวิชาการ และได้ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน
2. แนวคิดระบบครอบครัวกับการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

และครอบครัว

4. โปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรม

แนวคิดสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2003 อ้างถึงใน ศิริพร จันทรฉาย, 2548) ได้ให้นิยามคำว่า เท้าเบาหวาน หมายถึง กลุ่มอาการของเท้าที่เกิดจากปลายประสาทเสื่อม เส้นเลือดส่วนปลายตีบตัน และการติดเชื้อ ซึ่งก่อให้เกิดบาดแผล และนำไปสู่การสูญเสียการทำงาน หรือการถูกตัดขาได้ แต่โดยทั่วไปเมื่อพูดถึงปัญหาเท้าเบาหวาน มักหมายความรวมถึงปัญหาทุกชนิดที่เกิดขึ้นที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ระบบประสาทส่วนปลาย ประกอบด้วย ระบบประสาทรับความรู้สึก (Sensory Nerves) และระบบประสาทมอเตอร์ (Motor Nerves) ระบบประสาทรับความรู้สึกจะส่งสัญญาณประสาทไปที่สมอง และไขสันหลัง มีหน้าที่รับความรู้สึกร้อนเย็น การสัมผัส การสัมผัสเจ็บ และความปวด ระบบประสาทมอเตอร์จะส่งกระแสประสาทจากสมอง และไขสันหลังไปยังกล้ามเนื้อ ควบคุมเกี่ยวกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหว ระบบประสาทส่วนปลายประกอบด้วย แอกซอน (Axon) ที่หุ้มด้วยเยื่อไมยอีลิน (Myelin Sheaths) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย (Diabetic Neuropathy) เนื่องจากหลอดเลือดฝอยที่เลี้ยงเส้นประสาทมีการหนาตัว และอุดตัน ทำให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี เส้นประสาทขาดเลือด การนำกระแสประสาทช้ากว่าปกติ (Evans & Chance, 2005) ผู้ป่วยเบาหวานจะมีปัญหาการสูญเสียการรับความรู้สึก ขาดตามปลายมือปลายเท้า ปวดตามแขนขา

มีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณขาและเท้า เจ็บปวดเหมือนเข็มแทง หรือเป็นตะคริว อาการมักจะเป็นรุนแรงในเวลากลางคืน ถ้าระบบประสาทมอดอร์ถูกทำลาย จะทำให้กล้ามเนื้อขนาดเล็กบริเวณฝ่าเท้าฝ่อ (Atrophy) เกิดการเสียสมดุลของการยึด และการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ฝ่าเท้า การลงน้ำหนักผิดปกติ ในระยะยาวทำให้เกิดเท้าผิดปกติ (Aring et al., 2005) ดังนั้น จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและเส้นประสาท ซึ่งมักปรากฏอาการมากที่สุดที่เท้า (ชัยชาญศิริโรจนวงศ์, 2537, หน้า 12 - 13; สุนทร ตันชนันท์, 2536, หน้า 43) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องระวังการดูแลรักษาอวัยวะส่วนนี้ไว้ให้ดี เนื่องจากเท้าเป็นจุดอ่อนอีกแห่งหนึ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคเบาหวานได้มาก ถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้องอาจจะก่อให้เกิดแผลที่เท้า และเกิดการลุกลามของแผลจนต้องตัดเท้า หรือขาทิ้งในที่สุด

สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การเสื่อมของระบบประสาท และระบบไหลเวียนโลหิต และระบบภูมิคุ้มกันเชื้อโรค โดยเฉพาะการเสื่อมของระบบประสาทเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยกว่าการเสื่อมของระบบไหลเวียนโลหิต จากการติดตามอุบัติการณ์ของการเกิดเส้นประสาทเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 231 ราย ตั้งแต่ยังไม่เกิดเส้นประสาทเสื่อมเป็นเวลา 4 ปี พบว่า เริ่มมีเส้นประสาทเสื่อมเกิดขึ้น จำนวน 66 ราย (Sands, Shetterly, Franklin, & Hamman, 1997) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ พลัมเมอร์และอัลเบิร์ต (Plummer & Albert, 1995) เกี่ยวกับการประเมินการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 136 คน พบว่า มีความผิดปกติของเท้า ร้อยละ 71 ซึ่งเกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย ร้อยละ 33 มีการเสื่อมของระบบไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย ร้อยละ 25 และมีการเสื่อมของทั้งระบบประสาทส่วนปลายและระบบไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย ร้อยละ 13 ทั้งนี้ ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท และระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งก่อให้เกิดปัญหา หรือผลกระทบตามมา ดังนี้

1. การเสื่อมของระบบประสาท การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ซึ่งทำหน้าที่ไปเลี้ยงเส้นประสาท และผิวหนังมีการตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงเส้นประสาทไม่เพียงพอ และเกิดเส้นประสาทเสื่อมตามมา หรือความผิดปกติของการเผาผลาญก็เป็นเหตุทำให้มีการทำลายเส้นประสาทได้ การเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลายในผู้ป่วยเบาหวานมีลักษณะการเสื่อมของเส้นประสาทหลายเส้น มักเกิดที่ส่วนปลายแขน ขา แต่จะเกิดที่ขามากกว่าแขน และเป็นเหมือนกันทั้งสองข้าง การเสื่อมของระบบประสาทอาจจะมี การเสื่อมทั้ง 3 ประเภท กล่าวคือ ระบบประสาทรับความรู้สึกผู้ป่วยเบาหวานจะสูญเสีย การรับความรู้สึกที่ส่วนปลายคือเท้า โดยเฉพาะความรู้สึกเจ็บปวด และความรู้สึกในการสัมผัส

เมื่อเหยียบของมีคมหรือวัตถุที่มีความร้อนสูงบนพื้นจะไม่รู้สึกเจ็บปวดรวมทั้งเมื่อเกิดบาดแผลเล็กน้อยขึ้น จะไม่รู้สึกเจ็บปวด เมื่อแผลถูกلامติดเชื้อมากแล้วจึงรู้สึก ระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อเสื่อม การสั่งงานของกล้ามเนื้อบกพร่อง ทำให้กล้ามเนื้อขาโดยเฉพาะส่วนเท้าเกิดการอ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ กล้ามเนื้อเท้าไม่อยู่ในสภาพสมดุล เท้าจึงผิดรูป การผิดรูปของเท้าทำให้จุดรับน้ำหนักบนฝ่าเท้าเปลี่ยนตำแหน่ง และผิวหนังบริเวณนั้นจะถูกกดทับไปด้วยขณะยืนหรือเดิน เมื่อเวลาผ่านไปผิวหนังส่วนนี้จะบางลง และมีโอกาสเกิดตาปลาหรือแผลได้ง่ายขึ้น การควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติบกพร่อง ทำให้การหด และขยายตัวของหลอดเลือดเสียไป ผิวหนังบริเวณเท้าแห้งลงจากต่อมเหงื่อที่ควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติหยุดทำงาน ผิวหนังส่วนนี้จะแตก และเกิดแผลได้ง่าย (ชัยชาญ ติโรจนวงศ์, 2537)

2. การเสื่อมของระบบไหลเวียนโลหิต มีความผิดปกติเกิดขึ้นที่บริเวณผนัง

หลอดเลือดแดง ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนา และแข็ง ทำให้รูภายในแคบลง มีผลให้เลือดไปเลี้ยงเท้าได้น้อยลง อาการในระยะแรกของการขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณเท้า คือ อาการปวดน่องหรือปวดเท้าเวลาเดินไปสักระยะหนึ่ง อาการปวดอาจหายเมื่อหยุดพัก หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะทำให้เดินได้สั้นลงเรื่อย ๆ และเมื่อเท้าขาดเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น จะทำให้มีอาการปวดเท้าตลอดเวลาแม้ในขณะพัก การขาดเลือดเพียงบางส่วนเมื่อมีบาดแผลก็จะทำให้แผลหายยากจากปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงไม่เพียงพอ ถ้าขาดเลือดอย่างรุนแรงจะพบปลายนิ้วมีสีดำคล้ำ และเกิดการตายของนิ้ว ในที่สุดการตีบตันของหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้เกิดเพียงเฉพาะที่เท้าเท่านั้น ยังเกิดกับหลอดเลือดอื่น ๆ ด้วย เช่น หลอดเลือดหัวใจ และสมอง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมที่ทำให้มีการตีบตันเร็ว และมากขึ้นอีก คือ การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง เป็นต้น (ทวี อนันตกุลธนธิ, 2548)

ระบบภูมิคุ้มกันเชื้อโรค ผู้ป่วยเบาหวานจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของเม็ดเลือดขาวในการต่อสู้เชื้อโรค และสร้างระบบภูมิคุ้มกันแก่ร่างกาย บริเวณเท้าซึ่งเป็นที่มีโอกาสเกิดบาดแผลได้ง่าย เมื่อมีบาดแผลเล็กน้อยจะเป็นทางสำคัญให้เชื้อโรคผ่านเข้าสู่ร่างกาย และแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งถ้าแผลที่เท้ามีการติดเชื้อจะทำให้แผลลุกลามอย่างรวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานถูกตัดเท้า หรือขาตามมา ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เรียล (Real, 2001) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกตัดเท้า หรือขาในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า คือ การติดเชื้ออย่างรุนแรง ซึ่งการควบคุมการอักเสบติดเชื้อที่เท้าเป็นเรื่องยากเนื่องจากความเสื่อมของระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบภูมิคุ้มกันโรค ดังกล่าว ผู้ป่วยเบาหวานบางรายต้องถูกตัดเท้า หรือขาทิ้ง เพื่อควบคุมการลุกลามจากการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 15 จะเกิดปัญหาแผลที่เท้าในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตเนื่องจาก

การขาดการเอาใจใส่ดูแลเท้าหรือการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง (Wieman, Mercke, Cerrito, & Taber, 1998) ทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้าหรือขามากขึ้นอย่างมาก และเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดเท้า หรือขา เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนที่อยู่โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาแผลที่เท้ามีอัตราการครองเตียงสูงที่สุดเมื่อเทียบกับภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น (วิทยา ศรีดามา, 2545) จากภาวะแทรกซ้อนของเท้า และอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา ดังนี้

1. ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่เท้าต่อผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัว จากภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานและอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และครอบครัว ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทระบบไหลเวียนโลหิต และความรู้สึกที่เหลือน้อย ทำให้โครงสร้าง และการทำหน้าที่ของเท้าผิดปกติ และมีภาวะแทรกซ้อนของเส้นประสาทเสื่อมเกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกลำบากที่เท้า และขาทั้ง 2 ข้าง นอกจากนี้แล้วพยาธิสภาพดังกล่าวที่เกิดขึ้นยังส่งผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วยเบาหวานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชพร ต้นด้วงไพศาล (2545) เกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้ การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความผิดปกติของระบบประสาทจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการเปลี่ยน ไซกัน และมีอาการปวดแปลบ ๆ หรือ ยิบ ๆ เหมือนมีตัววิ่ง ทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ อาจมีการติดเชื้อ ได้ง่ายขึ้น เนื่องจากบาดแผลเพียงเล็กน้อย เช่น รองเท้ากัด แผลถลอก หนองเท้าแตก การมีเชื้อราที่ง่ามนิ้วเท้าแล้วไม่รักษา ทำให้มีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนจนอักเสบลุกลามมากขึ้น (Levin, 1995) แผลที่เกิดจากการติดเชื้อจะทำให้ผู้ป่วยปวดแผลมาก อาจมีไข้ หนาวสั่น ในรายที่มีอาการรุนแรง ลักษณะแผลจะมีการตาย (Necrosis) ของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง และมีหนองภายในรอบ ๆ แผลจะบวมแดง อักเสบ และเนื้อตายอาจลามถึงพังผืด (Necrotizing Fasciitis) ซึ่งมีอาการรุนแรงมาก บางครั้งผู้ป่วยต้องถูกตัดเท้าทิ้ง เพื่อควบคุมภาวะการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการจากการสูญเสียเท้า (อภิชาติ วิษณุวรรณ์, 2539; Levin, 1995; Smeltzer & Bare, 1996) หรือในรายผู้ป่วยไม่ยินยอมตัดเท้า อาจต้องเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (ณัฐนิ จารุชัยนิวัฒน์, 2546)

1.2 ด้านจิตใจ ผลจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับเท้า ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการในการดูแลเท้า และเอาใจใส่เท้าเป็นพิเศษมากขึ้น ประกอบกับความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากอาการ และอาการแสดงของโรค จึงอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ และสิ้นหวัง บางรายถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่

(บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, 2549) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ลูกค้าจิตใจอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานได้รับรู้ข้อมูล พบเห็น และมีประสบการณ์ตรงในเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจากการศึกษาของ นุชพร ตันติวัฒน์ไพศาล (2545) เกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลัวภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับเท้า เช่น กลัวเป็นแผล กลัวถูกตัดขา ตัดเท้า ตัดนิ้ว เป็นต้น

1.3 ด้านสังคม และเศรษฐกิจ ผลจากภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากบุคคลอื่น และไม่มั่นใจในตนเองเมื่อเข้าสู่สังคม ดังเช่น การศึกษาของ นุชพร ตันติวัฒน์ไพศาล (2545) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความผิดปกติที่เท้าเกิดขึ้นทำให้เดินได้ไม่เหมือนคนปกติ จะขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตทั้งส่วนตัว และบุคคลใกล้ชิด โดยพบว่าบุคคลใกล้ชิด เช่น บุตร ไม่อยากให้ไปไหนด้วย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ในรายที่เกิดการสูญเสีย และเท้า ผู้ป่วยเบาหวานอาจหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพราะไม่ทราบว่าตนเองเป็นอย่างไรในสายตาคนอื่น ขาดความมั่นใจ วางตัวไม่ถูก เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ในบางครั้งไม่กล้าแสดงออก บางครั้งแยกตัวอยู่ตามลำพังไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม การที่ต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการเป็นสมาชิกสังคม และเปลี่ยนบทบาทกับคู่สมรส ทำให้เกิดความคับข้องใจซึ่งอาจคุกคามถึงชีวิต นอกจากนี้ อาจมีการเปลี่ยนงานหรือลาออกจากงาน ทำให้รายได้ลดลง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ประกอบกับต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นเงินจำนวนมาก จากการศึกษาการรักษาที่เป็นต้นทุนทางตรงและทางอ้อมที่เกิดจากโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2002 พบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมากถึง 132 พันล้านดอลลาร์ (Saaddine, Cadwell, Gregg, Engelgau, Vinicor, Imperatore, & Narayan, 2006) ปัญหาที่เกิดขึ้นกับภาวะแทรกซ้อนที่เท้าไม่เพียงแต่จะเสียค่าใช้จ่ายเป็นเงินจำนวนมากแล้วเมื่อเกิดความพิการ ก็จะต้องเป็นภาระของครอบครัว และสังคมในการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจของประเทศชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับเท้าส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ของผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวเป็นอย่างมาก ดังนั้น การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนควรตระหนัก ซึ่งถ้าสามารถประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ตั้งแต่ในระยะแรกก็สามารถลดปัญหา และผลกระทบต่าง ๆ ที่จะตามมาได้ การที่จะกระทำได้นั้นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งคือ ผู้ให้การรักษาคงต้องมีการประเมินสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง ก็จะสามารถตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก (Berry & Raleigh, 2004)

การประเมินสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแนวทางการประเมินสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานมาจากแบบประเมินการดูแลรักษาเท้าผู้ป่วยเบาหวานของ สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (2551) โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

1. การซักประวัติ ผู้ตรวจจะต้องถามประวัติเกี่ยวกับเท้า ประวัติความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง เช่น การเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย เช่น อาการชา ปวดเหมือนไฟช็อต ปวดเหมือนมีเข็มมาทิ่มแทง ปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนมีตัวมดมาไต่ ตัวไรมาตอม และมักเกิดอาการมากในตอนกลางคืน การเสื่อมของระบบไหลเวียนโลหิต เช่น อาการปวดน่องเวลาเดิน และรู้สึกดีขึ้นเมื่อหยุดพัก ประวัติเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ภาวะเบาหวานลงไต ภาวะเบาหวานขึ้นตา เส้นเลือดส่วนปลายตีตันหรือเสื่อม โรคหัวใจ และหลอดเลือด ประวัติเกี่ยวกับการมีแผลที่เท้า และการถูกตัดเท้าหรือขา ประวัติการสูบบุหรี่ การควบคุมโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลเฉลี่ย ระดับความดันโลหิต เป็นต้น

2. การตรวจสุขภาพเท้า เป็นการตรวจสภาพเท้า และตรวจหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น สิ่งที่ต้องตรวจ คือ

2.1 การตรวจลักษณะผิวหนัง ดูว่ามีความผิดปกติหรือไม่ เช่น ผิวหนังบาง แดกเป็นมันเงา ไม่มีเส้นขน หนองหนา หรือตาปลา

2.2 การตรวจลักษณะเล็บเท้า ดูความสะอาด และลักษณะของเล็บว่าเล็บยาว หนา ขบ อักเสบ เป็นหนอง ติดเชื้อรา หรือไม่ ดูลักษณะสีของเล็บ เล็บที่ผิดปกติจะปรากฏสีออกเหลือง สีน้ำตาล หรือมีสีคล้ำ

2.3 การตรวจประเมินความผิดปกติของรูปร่างเท้า เช่น นิ้วเท้าหงิกงอจิกพื้น (Claw Toes), รูปร่างเท้าผิดปกติ (Charcot Foot), นิ้วเท้ารูปฆ้อน (Hammer Toes) รวมถึง การใส่รองเท้าที่เหมาะสม

2.4 การตรวจประเมินสภาพกล้ามเนื้อ กระดูก และการเคลื่อนไหวของเท้า ตรวจหาสิ่งที่จะทำให้เกิดแรงกดทับที่มากผิดปกติ เช่น เข่าโก่งอาจพบการลงน้ำหนักเท้าที่ด้านข้างเท้ามากกว่าปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรงทำให้ข้อเท้าตกมีแรงกดต่อเท้าส่วนหน้ามากขึ้น กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อลีบฝ่อทำให้ปุ่มกระดูกชัด (Bony Prominence) หรือโครงสร้างเท้าผิดปกติ (Charcot's Arthropathy) ทำให้เกิดแรงกดทับ (Collapsed Arch) ได้มากขึ้น เป็นต้น

3. การตรวจประเมินระบบประสาทส่วนปลาย เป็นการตรวจการรับรู้สัมผัสของเท้า ผลการตรวจที่ผิดปกติแสดงถึงการเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยที่สุด การเสื่อมหน้าที่ของใยประสาทใหญ่ และใยประสาทเล็ก

ส่งผลให้เกิดการเสื่อมหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก และประสาทอัตโนมัติ การตรวจประเมินระบบประสาทส่วนปลายสามารถตรวจได้หลายวิธี ดังนี้

3.1 การทดสอบโดยใช้ 5.07 (10 gm) Semmes - Weinstein Monofilament (เครื่องมือที่มีลักษณะเป็นเส้นเอ็น 1 เส้น) ซึ่งเป็นการตรวจ Light Touch Pressure ที่มีลักษณะ Semiquantitative Test ของการตรวจการรับความรู้สึก วิธีการใช้ Monofilament ที่ถูกต้องทำได้ โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานนอนหงาย หลับตา และตอบว่ารู้สึกหรือไม่รู้สึก และรู้สึกได้ถูกตำแหน่งหรือไม่ เมื่อทดสอบด้วย Monofilament โดยให้วาง Monofilament ให้ปลายโค้งงอ และวางอย่างน้อย 1 วินาที ซึ่งจากเดิมเราจะใช้ 10 จุด ได้แก่ ทางฝ่าเท้า 9 จุด ได้แก่ นิ้วที่ 1, 3, 5, Metatarsal Head ที่ 1, 3, 5, Midfoot ทาง Medical และ Lateral, ส้นเท้า และทางหลังเท้า 1 ตำแหน่งตรง Midfoot ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่สามารถบอกตำแหน่งที่กดได้ตั้งแต่ 1 ตำแหน่งขึ้นไป แสดงว่าสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันอันตราย (Loss of Protective Sensation) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า (ศรีอูไร ประมาธิกุล, 2550) American Diabetes Association (2008 อ้างถึงใน สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551) ได้แนะนำการตรวจ Monofilament แบบใหม่ แค่ 4 จุด คือ นิ้วหัวแม่เท้า (Big Toe) และหัวกระดูกบริเวณโคนนิ้วที่ 1, 3, 5 รวมเป็น 4 จุด ถึงแม้ไม่รู้สึกละเอียดจุดเดียวใน 4 จุดนี้ก็ถือว่าปลายประสาทเสื่อม (Impairment Neuropathy) ยกเว้น กรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะเท้าผิดรูป (Deformities) และนิ้วเท้าหงิกงอจิกพื้น (Claw Toe) เนื่องจากความผิดรูปที่เท้าส่งผลให้การลงน้ำหนักผิดปกติก่อให้เกิดแรงกดสูงที่ปลายนิ้วทำให้ต้องตรวจที่ปลายนิ้วเพิ่มเติมเพราะถ้าเกิดภาวะสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันอันตราย (Loss of Protective Sensation) ไปก็อาจเกิดแผลได้เช่นกัน ดังภาพที่ 2 และภาพที่ 3 ดังนี้



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบการตรวจ Monofilament แบบเก่า 10 จุด กับ แบบใหม่ 4 จุด (American Diabetes Association, 2008 อ้างถึงใน สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551)



ภาพที่ 3 แสดงการลงน้ำหนักจากการเดิน (ลูกศร) ลากผ่าน 4 จุดที่เราตรวจนี้เช่นกัน (American Diabetes Association, 2008 อ้างถึงใน สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551)

การทดสอบโดยใช้ 5.07 (10 gm) Semmes - Weinstein Monofilament จะได้ค่าความถูกต้องแม่นยำ 70% Monofilament ควรมีมากกว่า 1 อัน เนื่องจากเมื่อใช้ไปหลายครั้งตัว Monofilament จะงอ แฉกน้ำหนักที่ไม่มาก จะเกิดความรู้สึก ทำให้ความถูกต้องลดลง และเส้นเอ็นที่ใช้ก็มีผลต่อตัว Monofilament ด้วย (Booth & Young, 2000)

3.2 การทดสอบความรู้สึกการสั่นสะเทือนที่นิ้วเท้า (Vibration-Perception)

โดยใช้ส้อมเสียงขนาด 128 เฮิร์ต โดยให้ผู้รับการทดสอบหลับตา และเคาะที่ข้อนิ้วหัวแม่เท้า และปุ่มกระดูกข้อเท้าด้านใน ถ้าผู้รับการทดสอบไม่รู้สึกลงถึงความสั่นสะเทือนของส้อมเสียง แสดงว่ามีความผิดปกติ

3.3 การทดสอบอื่นๆ ได้แก่ การตรวจ Deep Tendon Reflex ที่หัวเข่า และข้อเท้า

โดยใช้ Knee Jerk การตรวจความรู้สึกเจ็บด้วยของแหลมคม (Pinprick Sensation) ตรวจความรู้สึกเจ็บที่เท้าโดยใช้เข็มกลัดซ่อนปลาย และการตรวจด้วยตาเปล่าเพื่อหาสิ่งที่ทำให้มีจุดกดทับ และกลไกการเดินผิดปกติ เช่น อาการอ่อนแรงหรือลีบฝ่อของกล้ามเนื้อด้านในของเท้า (Intrinsic Foot) และกล้ามเนื้อกระดูกข้อเท้า (Ankle Dorsiflexor) ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของการเกิดความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดการนูนเด่นของนิ้วเท้า และหัวกระดูกบริเวณโคนนิ้วเท้า (Metatarsal Head) ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดแผล หรือการตรวจพบว่ามีเลือดออกในตาปลา พบได้บ่อยว่าสัมพันธ์กับการเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย โดยทำให้ผิวหนังปราศจากความรู้สึกและมีแผลอยู่ข้างใต้ เมื่อพบตาปลาควรตัดออกให้หมด และดูว่าข้างใต้เกิดแผล หรือมีฝีหรือไม่

4. การตรวจประเมินการไหลเวียนโลหิต เป็นการตรวจความผิดปกติที่แสดงถึงการเสื่อมของระบบการไหลเวียนโลหิตที่เท้าซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งของโรคเบาหวาน ทำได้ดังนี้

4.1 คู่มือผิวหนัง โดยการให้ยาสีขาวสูงกว่าหัวใจ 12 - 18 นิ้ว นาน 30 วินาที เพื่อให้โลหิตไหลออกจากเท้า ถ้าขาดเลือด การยกจะทำให้เท้าช้ำ แสดงว่าการไหลเวียนลดลง

4.2 ประเมินการไหลกลับของเลือด (Capillary Refill Time) โดยทำให้เลือดไหลออกจากนิ้วหัวแม่มือเท้า โดยกดขณะที่ยกเท้า กดติดเลือดควรไหลกลับภายใน 3 วินาที การไหลกลับช้าจะเป็นข้อบ่งชี้ถึงการเสื่อมของระบบการควบคุมการไหลเวียนเลือด หรือเกิดการขาดเลือด

4.3 การตรวจวัดโดยใช้ Ankle - Brachial Pressure Index (ABPI) เป็นวิธีที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดส่วนปลายที่ขาโดยวัดค่า Ankle Systolic Pressure หารด้วย Brachial Systolic Pressure โดยเครื่อง Doppler Ultrasound ช่วย แต่กรณีหลอดเลือดมี Calcification ก็ทำให้ค่าสูงกว่าที่ควรจะเป็นได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการดูแลรักษาเท้าในเรื่องการซักประวัติ การตรวจสุขภาพเท้า การตรวจประเมินระบบประสาทส่วนปลายโดยใช้ 5.07 (10 gm) Semmes - Weinstein Monofilament การตรวจประเมินการไหลเวียนโลหิตโดยใช้การประเมินการไหลกลับของเลือด (Capillary Refill Time) ใช้เป็นแบบประเมินสุขภาพเท้าของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำผลการประเมิน ไปเป็นแนวทางร่วมกับครอบครัวในการให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพเท้าแก่กลุ่มตัวอย่างตามบริบทของผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวได้เปิดเผยความเชื่อความเจ็บป่วยในการดูแลสุขภาพเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ในการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ แนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเท้า การให้ข้อมูล การชื่นชม การท้าทายความเชื่อ และการปฏิบัติโดยการจัดโปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรม ในการวิจัย ตามแนวคิดระบบครอบครัวกับการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน และแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเท้าผู้ป่วยเบาหวาน

ลักษณะสภาพเท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ได้แก่ หนังกา (Corn) ตาปลา (Callus) นิ้วเท้าหงิกงอจิกพื้น (Claw toe) นิ้วเท้ารูปฆ้อน (Hammer toe) รูปร่างเท้าผิดปกติ (Charcot foot) เท้าผิดรูปแบบแบนเนียง (Bunion) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผล (Boyko, 1999; Lavery, Walker, Harkness, & Felder - Johnson, 1995)

หนังกา (Corn) เกิดจากการที่ชั้นผิวหนังเกิดการเสียดสีกับปุ่มกระดูกหรือสวามรองเท้าที่ไม่เหมาะสมขณะเดิน ทำให้เกิดเนื้อตาย ด้านแข็ง ถ้าเนื้อตายนั้นแข็งมากจะกดทับเนื้อดีด้านใน ทำให้เกิดแผลได้หนังแข็งนี้ได้ และมักเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดแผลเบาหวาน (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล, ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์, ชนิกา จรจรัส, ยอดขวัญ หนูมานิช, ศิริวรรณ บุตะเดช และจิรพรรณ ศรีพัฒน์พงษ์, 2551)

ตาปลา (Callus) เกิดจากการที่มีแรงกดที่เท้าสูงมากกว่าปกติ (High Foot Pressure) ซ้ำ ๆ ลงบนผิวหนังที่ปราศจากความรู้สึก (Neuropathy) ทำให้เกิดตาปลา ซึ่งเมื่อหนาเพิ่มขึ้น ก็จะเพิ่มแรงกดบนเนื้อใต้มากขึ้นอีก ทำให้เกิดการแตกของผิวหนัง ได้ตาปลา และเกิดแผลในที่สุด (ศรีอุไร ประมาธิกุล, 2550)

นิ้วเท้าหงิกงอจิกพื้น (Claw Toe) เกิดจากการเสื่อมของประสาทส่วนปลายร่วมกับประสาทอัตโนมัติ ทำให้เท้าชา และกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง มีการลีบของ Intrinsic Muscle ของเท้า ส่งผลให้นิ้วเท้าหงิกงอจิกพื้นอาจทำให้ส่วนปลายของนิ้ว และบริเวณส่วนที่หงิกงอเสียดสีกับ รองเท้า เกิดเป็นหนังหนา ๆ และเป็นสาเหตุของการเกิดแผล (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล และคณะ, 2551)

นิ้วเท้ารูปฆ้อน (Hammer Toe) เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเท้าที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยมือเปล่า เท้าผิดรูปมักพบร่วมกับกับการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อ ซึ่งเกิดจากน้ำตาล ในเลือดไปเกาะตามเยื่อหุ้มข้อเป็นเวลานาน สามารถตรวจได้ โดยการงอนิ้วหัวแม่เท้าได้น้อยกว่า 50 องศา (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล และคณะ, 2551)

รูปร่างเท้าผิดปกติ (Charcot Foot) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของกระดูก และข้อต่อ ที่เท้า ในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งอาจพบ Dislocation หรือมีภาวะ Collapse ของข้อต่อ หรือกระดูก อาจเกิดขึ้นเองหรือภายหลังอุบัติเหตุ อาจเกิดหลังผ่าตัด Minor Amputation ที่ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงจุดลงน้ำหนักที่ฝ่าเท้า (ศรีอุไร ประมาธิกุล, 2550) ร่วมกับการเกิดจากระบบ ประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อมจากโรคเบาหวาน ความผิดปกติ ของระบบไหลเวียนเลือด ทำให้เกิดภาวะกระดูกบาง กระดูกหักง่าย เป็นผลให้เท้าผิดรูป (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล และคณะ, 2551)

เท้าผิดรูปแบบบันเนียน (Bunion) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกระดูกนิ้วหัวแม่เท้า โดยฐานของนิ้วหัวแม่เท้าจะเบี่ยงออกด้านนอก แต่ส่วนหัวของนิ้วหัวแม่เท้าจะเบี่ยงไปหาหน้าอื่น ๆ ทำให้เกิดรอยบวมขึ้นบริเวณฐานของนิ้วหัวแม่เท้าด้านนอก ซึ่งอาจทำให้เกิดการเสียดสีกับ รองเท้า ทำให้เกิดแผลได้ง่าย มักพบในครอบครัวเดียวกัน และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล และคณะ, 2551)

ดันคอมบ์, พูร์เซอร์ และบูร์เด็น (Duncombe, Purser, & Burden, 2003) ได้ทำ การประเมินเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า จากการสูญเสียความรู้สึกของประสาทส่วนปลาย และการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลายผิดปกติ หรือทั้ง 2 ปัจจัยร่วมกันส่งผลให้เกิดแผลที่เท้า และเป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงในการถูกตัดขาของผู้ป่วยเบาหวาน

พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

จากการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความต้องการดูแลเท้ามากกว่าปกติ ซึ่งจากรายงานศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง และเสี่ยงต่อการเกิดแผล ดังเช่น การศึกษาของ นงลักษณ์ นฤวัตร (2542) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในด้านต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากไม่ได้ทำความสะอาดเท้าอย่างทั่วถึงทุกส่วนทุกวันหลังอาบน้ำ หรือล้างเท้าแล้วไม่ได้ใช้ผ้าเช็ดเท้าให้แห้ง แต่จะเหยียบลงบนผ้าเช็ดเท้า หรือปล่อยให้เท้าให้แห้งเอง เมื่อมีเหงื่อออกขึ้นไม่ได้ดูแลเท้าเป็นพิเศษ ไม่ได้ตรวจเท้าอย่างสม่ำเสมอ ตัดเล็บเท้าสั้นชิดเนื้อปลายมน ตัดเล็บโดยไม่ล้างเท้าให้เล็บอ่อนตัวก่อน ใช้มีดหรือกรรไกรตัดหนังแข็งที่เท้า เมื่อผิวหนังที่เท้าแห้งไม่ได้ใช้ครีมทาผิว เมื่อรู้สึกเท้าชาจะแช่เท้าด้วยน้ำร้อน วางเท้าบนเตารีดที่ร้อน หรือเหยียบลงบนปูนถนนที่ร้อน ตลอดจนการวางกระเป๋าน้ำร้อน และผู้หญิงที่พบส่วนใหญ่จะสวมรองเท้าและที่ทำจากพลาสติกหรือรองเท้าฟองน้ำ ไม่ได้บริหารเท้าและชอบนั่งไขว่ห้างเป็นเวลานาน เมื่อเกิดบาดแผลขึ้นไม่ได้ล้างแผล หรือไม่คิดที่จะล้างแผลด้วยน้ำสบู่ แต่จะทำความสะอาดแผลด้วย ไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ ด่างทับทิม แอลกอฮอล์ และใช้ทิชชูเช็ดเท้า โยคะ แช่น้ำอุ่น น้ำมันมนต์ น้ำมันเลียงผา สมุนไพรใส่แผล เมื่อแผลเกิดการอักเสบรุนแรงมากขึ้น จึงจะรีบไปรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐฉิณี จารุชัยนิวัฒน์ (2546) พบว่า ไม่ได้ตัดเล็บหลังอาบน้ำใหม่ ๆ เพราะเล็บจะอ่อนตัวทำให้ตัดได้ง่าย ใช้มีด ไม้ ตะไบเล็บและซอกเล็บเท้า เพื่อทำความสะอาด ไม่ได้ตรวจดูภายในรองเท้าก่อนสวมรองเท้าว่ามี เศษหิน กรวด ทรายหรือวัตถุใด ๆ อยู่ภายใน ไม่ได้เคาะรองเท้าก่อนใส่รองเท้า ใช้ใบปลิวปลิงสนไฟประคบบริเวณเท้า และชอบนั่งพับเพียบเป็นเวลานาน และการศึกษาของ ดวงรัตน์ อินทรแสน (2544) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดแผล เช่น การเดินเท้าเปล่านอกบ้าน การดูแลแผลที่ไม่ถูกต้อง และมีทำนองที่ไม่ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณที่เท้า ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแผลที่เท้า ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น และการศึกษาของ วิลลอดจ์บาย และเบอลอดจ์ (Willoughby & Burroughs, 2001) ที่ทำการสำรวจเรื่องคุณลักษณะ และพฤติกรรม การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการตรวจเท้าเป็นประจำเพียงร้อยละ 44 และร้อยละ 25 มีการเดินด้วยเท้าเปล่า และร้อยละ 8 มีการรักษาแผลด้วยตนเองหรือขอให้แผลดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ จันทรา บริสุทธิ (2540) และ เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักตัดเล็บโค้งตามรูปเล็บ และเมื่อมีเศษดินสิ่งสกปรก บางคนจะใช้ที่ตัดเล็บ ไม้หรือมีดและตามซอกเล็บซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิชา คำจันทร์ดี (2551) และวรรณ อธิวาส (2551) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ มักตัดเล็บโค้งตามรูปเล็บ ใช้มีด หรือ

กรไกรตัดหนัสนา และชอบนั่งไขว่ห้าง และนั่งพับเพียบเป็นประจำ ลดอาการชาโดยวาง กระเป๋าน้ำร้อน

ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเท้า ต้องมีความสนใจ และตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้า และรวมกิจกรรมดังกล่าวเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน เพื่อโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่ปกติ และป้องกันอันตรายที่เกิดกับเท้า ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจะต้องทำการดูแลเท้าในด้านต่าง ๆ แบ่ง 5 ด้าน คือ ด้านการดูแลรักษาความสะอาดของเท้า ด้านการตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ ด้านการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ด้านการส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้า และด้านการดูแลรักษาบาดแผลดังต่อไปนี้

1. ด้านการดูแลรักษาความสะอาดของเท้า ทำความสะอาดเท้า และเช็ดเท้าด้วยสบู่อ่อน ล้าง และซับให้แห้ง ไม่ควรใช้หินขัดหรือแปรงที่มีขนแข็งขัดเท้า ตรวจสอบส่วนต่างๆ ของเท้า อย่างละเอียดทุกวันว่ามีบาดแผล ตุ่มพอง รอยซ้ำ รอยแดง รอยแตกหรือไม่ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544) ซึ่งการทำความสะอาดเท้าจะช่วยป้องกันการอักเสบซึ่งอาจเป็นแหล่งสะสมของเชื้อแบคทีเรีย และเชื้อรา จนอาจทำให้เกิดการอักเสบลุกลามได้ (สุทิน ศรีอัญญาพร, 2540)

2. ด้านการตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ ตรวจดูส่วนต่าง ๆ ของเท้าอย่างละเอียดทุกวัน โดยเฉพาะตามซอกนิ้วเท้า ฝ่าเท้าบริเวณที่เป็นจุดรับน้ำหนัก บริเวณรอบนิ้วเท้า เพื่อดูว่ามีรอยซ้ำ บาดแผล หรือการอักเสบหรือไม่ การตรวจควรใช้กระจกส่องบริเวณฝ่าเท้า จะช่วยให้มองเห็นบริเวณฝ่าเท้า และซอกนิ้วได้ดีขึ้น (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544) กรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วยตนเองได้ ควรให้ครอบครัวช่วยดูให้ ไม่ควรตัดตาปลา หรือหนังกาด้วยตนเอง และเมื่อพบความผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ (สุทิน ศรีอัญญาพร, 2540)

3. ด้านการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

3.1 ถ้าผิวหนังแห้งเกินไป ควรทาโลชั่น เพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้นหลังอาบน้ำเข้า - เย็น การทาโลชั่นควรหยดบนมือแล้วลูบที่เท้าเพื่อป้องกันส้นเท้าแตก โดยเว้นตามซอกนิ้วเท้า เพราะจะทำให้เกิดการสะสมของเชื้อโรคได้ แต่ถ้าผิวหนังขึ้นมีเหงื่อออกง่าย ควรเช็ดเท้าให้แห้ง และทาแป้งให้ทั่วจะช่วยลดการอักเสบได้ (เทพ หิมะทองคำ, 2544; ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544; สุทิน ศรีอัญญาพร, 2540; American Diabetes Association, 2003)

3.2 ตัดเล็บเท้าตรง ๆ ให้ห่างจากผิวหนังพอสมควร ไม่ควรตัดให้สั้นเกินไป เพื่อให้มุมเล็บโผล่พ้นเนื้อ เพื่อป้องกันการเกิดเล็บขบ ตะไบมุมเล็บให้โค้งไปตามรูปนิ้วด้วยความระมัดระวัง การตะไบเล็บควรตะไบไปทางเดียวกันไม่ควรย้อนไปมา เพื่อป้องกันการเสียดสีกับผิวหนังรอบ ๆ เล็บควรลบคมของเล็บโดยใช้ตะไบฝนจากบนเล็บ และหันปลายตะไบเข้าหาตัวเอง รวมทั้งใช้

ตะไบทดสอบว่ามีมุมเล็บกดเนื้อหรือไม่ และไม่ควรแกะซอกเล็บ หรือดึงหนังแข็งที่เท้าออก เพราะทำให้เกิดบาดแผล และติดเชื้อได้ ควรตัดเล็บหลังอาบน้ำใหม่ ๆ เพราะเล็บจะอ่อนทำให้ตัดง่าย ถ้าสายตาไม่ดีควรให้ผู้อื่น หรือสมาชิกในครอบครัวช่วยตัดเล็บให้ หลีกเลี่ยงการแช่เท้า ก่อนตัดเล็บเพื่อป้องกันผิวหนังรอบเล็บเปื่อย และอาจเกิดแผลขณะตัดเล็บได้ (American Diabetes Association, 2003)

3.3 สวมถุงเท้าเพื่อช่วยให้เท้าอบอุ่น โดยเฉพาะเวลากลางคืน ควรเลือกถุงเท้าที่มีการระบายอากาศ และซับเหงื่อได้ดี ถุงเท้าที่ทำจากผ้าฝ้ายจะดีกว่าถุงเท้าที่ทำจากใยสังเคราะห์ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544)

3.4 สวมรองเท้า ควรสวมรองเท้าตลอดทั้งในบ้าน และทุกครั้งเวลาออกนอกบ้าน เลือกรองเท้าที่มีขนาดพอดีมีการระบายอากาศเพียงพอ และสวมถุงเท้าด้วยเสมอ เพื่อป้องกันรองเท้า กัดคอยสังเกตรอยแตก หรือตุ่มพุพองทุกครั้งหลังใส่รองเท้าคู่ใหม่ ไม่ควรสวมรองเท้าที่มีส้นสูงเกิน 1 นิ้ว เพราะทำให้น้ำหนักกดลงบริเวณเท้า ส่วนหน้ามากเกินไป เมื่อจะใส่รองเท้าคู่ใหม่ ควรสวมวันละ 2 ชั่วโมงต่อวันในสัปดาห์แรก และ 4 ชั่วโมงต่อวันในสัปดาห์ที่ 2 สลับกับคู่เดิม เพื่อให้รองเท้าใหม่ขยายตัว ป้องกันรองเท้ากัด การซื้อรองเท้าควรซื้อในช่วงบ่าย หรือเย็น เพราะในช่วงบ่ายเท้าจะขยายตัวมากกว่าในช่วงเช้า (Zangaro & Hull, 1999) สิ่งสำคัญที่ควรปฏิบัติให้เป็นนิสัย คือ ก่อนสวมรองเท้าควรตรวจดูภายในรองเท้าก่อนว่ามีเศษวัสดุ เช่น หิน กระจุก เมล็ดผลไม้ เป็นต้น อยู่ในรองเท้าหรือไม่ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544) ในกรณีที่เท้าผิดปกติมาก การตัดรองเท้า ที่มีลักษณะพิเศษ (Custom - Molded Shoes) จะช่วยลดแรงกดตรงตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการเกิดแผล และปรับให้เข้ากับเท้าที่ผิดปกติได้ (เทพ หิมะทองคำ, 2544)

3.5 การหลีกเลี่ยงการแช่เท้าในน้ำ ไม่ควรแช่เท้าไม่ว่าในน้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา เพื่อไม่ให้ผิวหนังเปื่อยยุ่ยง่าย ซึ่งการแช่น้ำอุ่นหรือร้อนจัดเกินไปอาจทำให้เกิดการพุพอง และติดเชื้อได้ง่าย (American Diabetes Association, 2003)

3.6 ระมัดระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดกับเท้า เช่น การถูของแหลมตำเท้า การถูของร้อนจัดทำให้เป็นแผลไหม้พอง เป็นต้น ผู้ป่วยที่รู้สึกเท้าชา ไม่ควรวางกระเป๋าที่ร้อนที่เท้า เพราะไม่ช่วยให้อาการชาดีขึ้น แต่อาจเกิดแผลไหม้พองได้ (American Diabetes Association, 2003)

4. การส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้า

4.1 หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง หรือนั่งพับเพียบ เพราะทำให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544)

4.2 ทำบริหารเท้า ทำท่าละ 10 ครั้ง และทำข้างละ 10 ครั้ง บริหารเท้าวันละ 15 นาที เป็นอย่างน้อย และหยุดพักเมื่อมีอาการล้า เจ็บ หรือปวดกล้ามเนื้อ ควรบริหารเท้าเป็นประจำทุกวัน อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดไปที่ขา และเท้าดีขึ้น เพิ่มขนาด และความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อในฝ่าเท้า ช่วยลดแรงกดกระแทกของฝ่าเท้าขณะเดิน และป้องกันการผิดรูป และโค้งงอของฝ่าเท้าโดยให้แนะนำการบริหารเท้า จากหนังสือ การดูแลสุขภาพเท้าใน ผู้เป็นเบาหวาน ของ สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (2551) ดังนี้ คือ

เริ่มต้น: นั่งตัวตรงบนเก้าอี้ (ห้ามเอาหลังพิงพนักเก้าอี้)

ท่าที่ 1 (ทำ 10 ครั้ง)

1. วางเท้าราบบนพื้น งอเข่าเท้าทั้ง 2 ข้างพร้อมกัน จากนั้นเหยียดนิ้วเท้าออก

ท่าที่ 2 (ทำ 10 ครั้ง)

1. วางส้นเท้าติดพื้น กระจกปลายเท้าทั้ง 2 ข้างขึ้นเต็มที่
2. จากนั้นสลับยกปลายเท้าติดพื้น ยกส้นเท้าขึ้นพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง

ท่าที่ 3 (ทำ 10 ครั้ง)

1. วางส้นเท้าติดพื้น
2. กระจกปลายเท้าทั้ง 2 ข้างขึ้น
3. หมุนปลายเท้าเป็นวงกลมในทิศทางตามเข็มนาฬิกาอย่างละ 10 ครั้ง

ท่าที่ 4 (ทำ 10 ครั้ง)

1. วางปลายเท้าติดพื้น
2. ยกเฉพาะส่วนส้นเท้าขึ้น
3. หมุนส้นเท้าเป็นวงกลมในทิศทางตามเข็มนาฬิกาอย่างละ 10 ครั้ง

ท่าที่ 5 (ทำข้างละ 10 ครั้ง)

1. ยกปลายเท้าเหยียดเข้าตรง
2. กดปลายเท้าลงให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้
3. ค่อย ๆ วางเท้าลงบนพื้น ทำสลับกันกับขาอีกข้าง

ท่าที่ 6 (ทำข้างละ 10 ครั้ง)

1. ยกปลายเท้าเหยียดเข้าตรง
2. กระจกข้อเท้าขึ้น
3. ค่อย ๆ วางเท้าลงบนพื้น ทำสลับกันกับขาอีกข้าง

ท่าที่ 7 (ทำ 10 ครั้ง ทำทีละข้าง)

1. ยกปลายเท้าเหยียดเข้าตรง

2. เขี่ยคดปลายเท้าลง
3. หมุนเฉพาะข้อเท้าเป็นวงกลม ด้านซ้าย 10 ครั้ง สลับด้านขวา 10 ครั้ง
4. ค่อย ๆ วางเท้าลงบนพื้น ทำสลับกันกับขาอีกข้าง

ท่าที่ 8 (ทำข้างละ 10 ครั้ง ทำทีละข้าง)

1. ยกปลายเท้าเขี่ยคดเข้าตรง
2. เขี่ยคดปลายเท้าลง
3. บังคับข้อเท้า ใช้ปลายเท้าเขียนตัวเลขในอากาศ ทีละตัวตั้งแต่เลข 1 ถึงเลข 10

ท่าที่ 9 (ทำครั้งเดียว)

ใช้กระดาษหนังสือพิมพ์ 1 หน้า วางออกวางลงบนพื้น ใช้เท้าทั้ง 2 ข้าง ขยี้กระดาษนั้นให้เป็นลูกกลม ๆ จากนั้นใช้ปลายนิ้วเท้าทั้ง 2 ข้าง ช่วยกันคลี่กระดาษก้อนกลมนั้น ออกแล้วใช้นิ้วเท้าฉีกกระดาษนี้ออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ

การเก็บ

ใช้กระดาษหนังสือพิมพ์อีก 1 หน้า วางราบลงบนพื้นใกล้ ๆ เท้า จากนั้นใช้นิ้วเท้าเก็บเก็บกระดาษหนังสือพิมพ์ที่ถูกฉีกเป็นชิ้นเล็ก ๆ เหล่านั้น วางลงบนกระดาษ หนังสือพิมพ์แผ่นใหม่จนหมด แล้วใช้ปลายนิ้วเท้าทั้ง 2 ข้างรวบมุมกระดาษแผ่นใหม่เข้าด้วยกัน ใช้เท้าทั้ง 2 ข้าง ขยี้กระดาษนี้ให้เป็นก้อนกลมแล้วจึงนำไปทิ้ง

5. การดูแลรักษาบาดแผล

5.1 ถ้าตรวจพบบาดแผลขนาดใหญ่ หรือลึก มีการอักเสบควรไปพบแพทย์ ถ้ามีบาดแผลเล็กน้อยที่เท้า เช่น มีดบาด หรือถูกสัตว์ข่วน ไม่ควรใช้ทิชชูหรือไอโอดีน ทิงเจอร์ ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ยาแดง ยาเหลือง แอลกอฮอล์ ใสแผล เพราะจะทำให้ตายชั้นผิวหนังได้ ควรล้างทำความสะอาดแผลด้วยน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว หรือน้ำเกลือล้างแผล (เทพ หิมะทองคำ, 2544; ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544; สุทิน ศรีธัญญาพร, 2540; American Diabetes Association, 2003)

5.2 รักษาแพทย์ทันทีเมื่อมีความผิดปกติที่เท้า เช่น บาดแผล เล็บขบ ดิดเชื้อรา ปวดคล้ำมเนื้อที่น่อง หรือส้นเท้า เป็นต้น (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544)

การดูแลเท้าของผู้เป็นเบาหวานดังกล่าวข้างต้น เป็นสิ่งที่ผู้เป็นเบาหวาน และครอบครัว สามารถดูแลได้ด้วยตนเองโดยไม่ยากลำบาก เพราะหลายเรื่องเป็นสิ่งที่ทุกคนปฏิบัติอยู่เป็นกิจวัตรประจำวัน การดูแลเท้าอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องตลอดไป จะช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถ รักษาโครงสร้างและการทำหน้าที่ของเท้าให้เป็นปกติเท่าที่จะเป็นได้ รวมทั้ง ป้องกันการเกิดแผล ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสูญเสีย และความพิการตามมาได้

แนวคิดระบบครอบครัวกับการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นบริบทหรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวเป็นแหล่งที่สำคัญในการดูแลส่งเสริม และรักษาสุขภาพของบุคคล และครอบครัวทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเกิดขึ้นในครอบครัวจะกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่น กระทบต่อครอบครัวทั้งระบบ และระบบครอบครัวก็มีผลกระทบการเจ็บป่วยของบุคคลด้วย (Wright & Leahey, 2009 อ้างถึงใน จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

แนวคิดสำคัญของระบบครอบครัวประกอบด้วย ความเป็นองค์รวมการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัว มีผลกระทบซึ่งกันและกัน มีการสะท้อนตนเอง และเสาะหาเป้าหมาย มีชั้นของระบบเป็นทั้งระบบเปิด ระบบปิด มีขอบเขตครอบครัว มีการปรับตัวของครอบครัว มีระบบย่อยครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นบริบท และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการความผาสุก การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของบุคคล เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วย หรือมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ สามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อครอบครัวได้ และสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยได้หลากหลาย และระบบครอบครัวยังสามารถส่งผลกระทบการเจ็บป่วยของบุคคลด้วยเช่นกัน (Wright & Leahey, 2009) การดูแลสุขภาพตนเองมีพื้นฐานเริ่มจากการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งในส่วนตัวผู้ป่วยเอง และในส่วนของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งสามารถส่งผลให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเพิ่มขึ้นครอบครัวอาจเป็นระบบเปิด และระบบปิด หรือระบบอิสระ ขึ้นกับความเชื่อของแต่ละครอบครัวในการคงไว้ซึ่งความสมดุล ของครอบครัว ครอบครัวควรมีลักษณะ ดังนี้ มีระบบเปิดทางสังคม และวัฒนธรรม มีความเป็นพลวัตร มีขอบเขต มีการสื่อสาร มีการจัด ระบบภายใน มีข้อตกลงร่วมกัน หรือข้อปฏิบัติ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542; Friedman, Bowben & Jones, 2003) โครงสร้างครอบครัวประกอบด้วย โครงสร้างบทบาท หน้าที่ การสื่อสาร อำนาจ ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ โดยบทบาทเป็นชุดของพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกตามสถานภาพ หรือตำแหน่งในสังคม โดยที่พฤติกรรมนั้น ๆ ถูกกำหนดตามประเพณี วัฒนธรรม บรรทัดฐาน และความคาดหวังของสังคม บทบาทครอบครัวเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกครอบครัวแสดงออกตามสถานภาพของแต่ละคนในครอบครัวและประเพณีปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวอยู่ด้วยกันได้อย่างสมดุล (Friedman et al., 2003)

ครอบครัวนับว่ามีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมได้อย่างเหมาะสมมีการฟื้นฟูสภาพจนหายจากโรค หรือหากเป็นโรคที่ไม่หายขาด นอกจากสมาชิกในครอบครัวจะมีการดูแลด้านร่างกาย โดยการจัดอาหารที่เหมาะสมและถูกต้องกับโรคที่เป็น การดูแลให้ออกกำลังกายตามความเหมาะสม นอกจากนี้ ครอบครัวต้องให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานดูแลรักษาสุขภาพอนามัยร่างกาย และการดูแลเท้า เช่น ช่วยตัดเล็บเท้าให้ตรงอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผล และพาผู้ป่วยไปรับยา และตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ด้านจิตใจต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ได้ และอยู่กับครอบครัว รวมทั้งอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป จากการศึกษาของ ปิยะวรรณ ขนาน (2549) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชนมีผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้า สอดคล้องกับการศึกษาของ จงจิต บุญอินทร์ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเท้าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลเท้าดีกว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากการศึกษาของ สุภาภรณ์ บุญทัน (2550) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเท้าต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า โดยการสนับสนุนผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเท้าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลเท้าดีกว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติ

พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง กิจกรรมที่ครอบครัวกระทำเพื่อกระตุ้น สนับสนุน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพที่จะป้องกันอันตรายที่เกิดกับเท้า ซึ่งครอบครัวจะต้องกระทำการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในด้านต่าง ๆ แบ่ง 5 ด้าน คือ ด้านการดูแลรักษาความสะอาดของเท้า ด้านการตรวจเท้า เพื่อค้นหาความผิดปกติ ด้านการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ด้านการส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้า และด้านการดูแลรักษาบาดแผล เพื่อให้ครอบครัวดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลสุขภาพเท้าได้ ดังนี้คือ (เทพ หิมะทองคำ, 2544; ถาวนา กิริยัตถวงศ์, 2544; สุทิน ศรีอภัยพร, 2540; American Diabetes Association, 2003)

1. ด้านการดูแลรักษาความสะอาดของเท้า โดยสมาชิกครอบครัว ต้องสอบถามกระตุ้นเตือน หรือดูแลเรื่องการล้างเท้าของผู้ป่วยเบาหวานด้วยสบู่อ่อน ๆ และใช้ผ้านุ่มซับเท้าให้แห้งเป็นประจำ
2. ด้านการตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ โดยสมาชิกครอบครัวต้องสอบถามกระตุ้นเตือน หรือตรวจหาความผิดปกติเกี่ยวกับเท้าของผู้ป่วยเบาหวานเป็นประจำ

3. ด้านการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

3.1 ช่วยเหลือ หรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเบาหวานทาโลชั่นที่เท้า เพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น หลังอาบน้ำเช้า - เย็น โดยเฉพาะบริเวณสันเท้าโดยเว้นตามซอกนิ้วเท้า เพราะจะทำให้เกิดการสะสมของเชื้อโรคได้ช่วยเหลือ และดูแลตัดเล็บเท้าให้ผู้ป่วยเบาหวานอย่างระมัดระวัง โดยตัดในแนวตรง ไม่ตัดสั้นชิดเนื้อ และไม่ตัดขอบเล็บด้านข้าง

3.2 สนับสนุน และดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ใส่รองเท้าที่มีลักษณะหุ้มเท้า ไม่บีบรัด พื้นนุ่ม และมีการระบายอากาศ และความชื้น

3.3 ช่วยเหลือ หรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเบาหวานสวมรองเท้าสวมรองเท้าตลอดทั้งในบ้าน และทุกครั้งเวลาออกนอกบ้าน

3.4 คอยกระตุ้นเตือน หรือช่วยตรวจดูเศษวัตถุที่อยู่ในรองเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมทั้งเคาะออกให้ก่อนที่ผู้ป่วยเบาหวานจะใส่รองเท้า

3.5 คอยกระตุ้นเตือน ให้ผู้ป่วยเบาหวานหลีกเลี่ยงการแช่เท้าในน้ำ ไม่ควรแช่เท้าไม่ว่าในน้ำอุ่น หรือน้ำธรรมดา เพื่อไม่ให้ผิวหนังเปื่อยยุ่ยง่าย ซึ่งการแช่น้ำอุ่น หรือร้อนจัดเกินไป อาจทำให้เกิดการพุพอง และติดเชื้อได้ง่าย

4. ด้านส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้า

4.1 สนับสนุน หรือดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวานได้นวดนิ้วเท้า ฝ่าเท้า และน่องอย่างสม่ำเสมอ

4.2 สนับสนุน หรือดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวานได้บริหารขา และเท้าอย่างสม่ำเสมอ

4.3 คอยกระตุ้นเตือน หรือดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานให้อบอุ่น โดยการให้สวมถุงเท้าหรือใช้ผ้าห่มเท้า ในเวลาที่อากาศเย็นมาก

4.4 คอยกระตุ้นเตือน อย่าให้ผู้ป่วยเบาหวานนั่งไขว่ห้าง หรือนั่งพับเพียบ

5. ด้านการดูแลรักษาบาดแผล

5.1 เมื่อเกิดบาดแผล ทำแผลให้ผู้ป่วยเบาหวานโดยไม่ควรใช้ทิงเจอร์ไอโอดีน ทิงเจอร์ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ยาแดง ยาเหลือง แอลกอฮอล์ ใสแผล เพราะจะทำให้ลายชั้นผิวหนังได้ ควรล้างทำความสะอาดแผลด้วยน้ำด่างสุกที่เย็นแล้ว หรือน้ำเกลือล้างแผล 0.9 %

5.2 คอยตรวจดูความสะอาด และการอักเสบของแผล ปรึกษาผู้ป่วยเบาหวานไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีความผิดปกติที่เท้า เช่น บาดแผล เล็บขบ ติดเชื้อรา ปวดคล้ำมเนื้อที่น่อง หรือสันเท้า เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัว

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของบุคคล และครอบครัวจะมีการปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนเองตามความเชื่อของตน (Wright & Bell, 2009) ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การเกิดโรค การเยียวยา และการรักษา ความสามารถในการจัดการควบคุม และอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ศาสนา - จิตวิญญาณ และการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วย และสัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะมีการปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างไรขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความเชื่อ การตอบสนองต่อความต้องการการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ซึ่งการได้รับรู้ถึงความเชื่อเหล่านี้จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ (Constraining Belief) ของผู้ป่วย และครอบครัว จะมีผลให้ปัญหาที่เกิดขึ้นยังคงอยู่ต่อไป มีผลให้ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บป่วยก็ยังคงอยู่เช่นกัน หากบุคคลหรือครอบครัวยึดถือความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Facilitative Beliefs) ก็จะมีทางเลือกในการปฏิบัติ ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพได้ดี มีผลต่อการเพิ่มทางเลือกที่หลากหลายขึ้น และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัว ทั้งทางด้านการคิด (Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) มีผลทำให้ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณลดลงได้ (Wright & Bell, 2009)

มีรายงานการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน มีดังนี้ จากการศึกษาของ ศิริพร ปาระมะ (2545) ที่ได้ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล จังหวัดลำพูน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2545) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ด้านความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน และจากการศึกษาของ สายฝน ม่วงคุ้ม (2547) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลเท้า และสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลเท้า แรงจูงใจด้านสุขภาพ และประสบการณ์การเกิดแผลที่เท้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลเท้า จากการศึกษาของ เรือเอกหญิงศิริกาญจน์ กระจำงโพธิ์ (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลเท้ามีผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความเชื่อ ค่านิยม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติ

โดยสรุปการส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ส่งเสริมความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จ และความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และครอบครัว โดยมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และครอบครัว ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเท้าที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

2. ประสพการณ์การดูแลเท้า เป็นพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในอดีต ที่ผ่านมา ซึ่งประสพการณ์กับพฤติกรรมสุขภาพในอดีตเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน เป็นผลจากการที่บุคคลเคยปฏิบัติหรือเคยเห็นผลของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในอดีตจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ง่าย (Pender, 2002) ดังนั้น ประสพการณ์เดิมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเท้าจึงน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในปัจจุบัน มีการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า เช่น มีความผิดปกติของเท้า เคยมีแผลที่เท้า เป็นผู้สูงอายุ และมีระยะเวลาเป็นเบาหวานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีประสพการณ์ในการดูแลเท้าจะมีความพึงพอใจในการมีพฤติกรรมการดูแลเท้าในปัจจุบัน (Ward, Metz, Oddone, & Edelman, 1999) คอร์เบต (Corbett, 2003) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ที่บ้านจำนวน 40 ราย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอนให้มีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่เหมาะสมจะยังคงมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ต่อเนื่องเมื่อสัปดาห์ที่ 6 ถึงสัปดาห์ 12 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานเคยดูแลเท้าจะมีโอกาสที่จะดูแลเท้าต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Boyko (1999) พบว่า ผู้ที่เคยมีประวัติถูกตัดขาที่ต่ำกว่าก่อนมีโอกาสดังกล่าวสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยถึง 2.8 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Moss and Klein (1999) พบว่า ประวัติการมีแผลที่เท้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกตัดขาถึง 3.56 เท่า ซึ่งการส่งเสริมการดูแลเท้าที่ถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องส่งเสริมให้บุคคลได้กระทำพฤติกรรมการดูแลเท้า เช่น การฝึกทักษะการดูแลเท้าจนผู้ป่วยทำได้ถูกต้อง และทบทวนให้เกิดความชำนาญ ซึ่งประสพการณ์ที่ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำด้วยการปฏิบัติได้จริง จนเกิดความสำเร็จน่าจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเท้าได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพอนามัย

และความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้เจ็บป่วยมีมาช้านาน ตั้งแต่โบราณกาล ถือเป็นค่านิยม และความรับผิดชอบของคนในครอบครัวที่ให้การดูแลกันและกัน ไม่ใช่เพียงเฉพาะบิดามารดาต้องดูแลบุตรที่เจ็บป่วย แต่รวมถึงการที่บุตรดูแลพ่อแม่ที่เจ็บป่วย คู่สามีภรรยาที่ดูแลกันและกัน พี่น้องดูแลกัน เมื่อคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ปัจจุบันความสำคัญในบทบาทนี้ของครอบครัวมิได้ลดน้อยลง แม้บริบทครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป สมาชิกครอบครัวต้องทำงานนอกบ้าน ความเชื่อ และค่านิยมเรื่องบุญคุณ ความกตัญญู และความรับผิดชอบต่อการดูแลกันเมื่อเจ็บป่วยในครอบครัวยังคงมีอยู่

การมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้แก่ ความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกครอบครัว กับพยาบาลในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย ครอบครัวการดูแลทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาล และที่บ้าน แนวคิดหลักของการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้ประยุกต์มาจากทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล โดยเฉพาะในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาล และครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องมีการแลกเปลี่ยนกันในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น อาการแสดง วัฒนธรรมในเรื่องต่าง ๆ ของครอบครัว เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเท้า โดยการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานให้เข้ากับบริบทของครอบครัว โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน และพยาบาล การส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีหลายลักษณะ ได้แก่ การให้ความรู้ การสอน และการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล การฝึกทักษะเรื่อง การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุน และให้กำลังใจ ตลอดจนการให้คู่มือการดูแลสุขภาพเท้าไปอ่านที่บ้าน ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมความสามารถของครอบครัว และเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวานอย่างสูงสุด ครอบครัวนับว่ามีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในทุก ๆ ด้านเพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิม สมาชิกในครอบครัวจะมีการดูแลด้านร่างกายโดยการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานอย่างถูกต้อง และเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ ครอบครัวจะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเท้า จากการศึกษาของ ปิยะวรรณ ขนาน (2549) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของ จงจิต

บุญอินทร์ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทำ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมการดูแลทำมีผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแล ทำดีกว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติ และการศึกษาของ สุภาภรณ์ บุญทัน (2550) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลทำต่อพฤติกรรม การดูแลทำ โดยการสนับสนุนผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลทำผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีผลให้ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลทำดีกว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแล ตามปกติ

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลทำผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลทำ มีดังนี้คือ จากการศึกษาของ ถับทมศรี (2541) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล และด้านอารมณ์ ต่อพฤติกรรมการดูแลทำมีผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลทำดีกว่าผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากการศึกษาของ เรือเอกหญิงศิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์ (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลทำมีผลให้ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความเชื่อ ค่านิยม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทำดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานที่ได้รับ การดูแลตามปกติ จากการศึกษาของ สุภาภรณ์ บุญทัน (2550) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลทำต่อพฤติกรรมการดูแลทำ โดยการสนับสนุน ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลทำผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรม การดูแลทำดีกว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากการศึกษาของ วารุณี สุวรรณศิริกุล (2550) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท่าที่ ได้รับกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านสิ่งของ และบริการ จากบุคลากรทางการแพทย์ และญาติผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการเพิ่มศักยภาพในการดูแล ตนเองดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท่าที่ ได้รับการดูแลตามปกติ จากการศึกษาของ บุญญภักดิ์ เห่งนาเลน (2550) พบว่า ผู้เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต่อการดูแลทำในผู้เป็นเบาหวาน มีความรู้ในการดูแลทำ และพฤติกรรมการดูแลทำเพิ่มมากกว่า ก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม จากการศึกษาของ จงจิต บุญอินทร์ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทำผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อ พฤติกรรมการดูแลทำมีผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลทำดีกว่าผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน ที่ได้รับการดูแลตามปกติ และจากการศึกษาของดวงปริดา เรื่องทิพย์ (2552) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน โรงพยาบาลชุมชน ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลทำ

ต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเท้า และพฤติกรรมการดูแลเท้าที่มีสมรรถนะในการดูแลเท้า และพฤติกรรมการดูแลเท้าดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานในต่างประเทศ พบว่า ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลเท้า มีดังนี้คือ จากการศึกษาของ วอร์ด และคณะ (Ward et al., 1999) ได้ศึกษาโปรแกรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ภายหลังการให้ความรู้ครั้งแรกแต่หลังจาก 3 เดือน ไม่พบความแตกต่าง ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นหลังจาก 3 เดือน และจากการศึกษาของ แอลฟอนโซ (Alfonso, 2002) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลเท้าสามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อมมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากการศึกษาของ แรททิก, เซอร์เกอร์, เรคเกอร์, เกลลาเซอร์ และวิลทซ์ (Rattic, Shrauger, Recker, Gallagher, & Wiltse, 1986) ได้ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลเท้าแบบรายบุคคลที่บ้าน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นแต่ทักษะในการดูแลเท้าและลักษณะเท้าไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ บาร์ธ, แคมเบลล์, เอลลิน, จู และชิสโฮล์ม (Barth, Campbell, Allen, Jupp, & Chisholm 1991) ได้ศึกษาโปรแกรมให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลเท้า พบว่า ในเดือนที่ 1 และ 3 ของโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ในเรื่องการดูแลเท้า การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติ แต่เมื่อติดตาม 6 เดือนต่อมา พบว่า ความรู้ในเรื่องการดูแลเท้าดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติแต่การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากการศึกษาของ ครูเกอร์ และกูทรี (Kruger & Guthrie, 1992) ได้ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลเท้า โดยใช้วีดิโอสาธิตเทคนิคการดูแลเท้า พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลเท้า มีการตรวจเท้า ล้างเท้าเป็นประจำทุกวันเพิ่มขึ้น แต่ความรู้การดูแลเท้า ลักษณะของเท้าไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ บลูมการ์เดน, คาร์เมลลี และเมทซ์เกอร์ (Bloomgarden, Karmally, & Metzger, 1987) ได้ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลเท้า โดยใช้เกมเล่นไพ่ ใช้วีดิโอสาธิตเทคนิคการดูแลเท้า พบว่า เมื่อติดตาม 8 เดือน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลเท้า อุบัติการณ์ของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความแตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งแตกต่างจาก ลิตเซลแมน, เซลเมนดา และเลจเวลด (Litzelman, Slemenda, & Langeveld, 1993) ได้ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลเท้า โดยใช้วีดิโอ แผ่นพับ เมื่อติดตาม 12 เดือน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลเท้ามีพฤติกรรมการดูแลเท้า และสามารถ

ลดอุบัติการณ์ของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติ แต่อุบัติการณ์ของการถูกตัดขาไม่แตกต่างกัน

จากการจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า โปรแกรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานได้ผลในแง่ของการเพิ่มความรู้ และทักษะการดูแลเท้าบางส่วน แต่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลเท้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า และการถูกตัดขาได้ ดังนั้น แสดงถึงว่ายังมีความต้องการให้มีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าให้มีประสิทธิภาพ โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลเท้าอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

โปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรม

ในการศึกษานี้ใช้โปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรมโดยประยุกต์ตามรูปแบบ ความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model) ของ ไรท์ และเบล (Wright & Bell, 2009) ซึ่ง เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นความสำคัญของความเชื่อที่เป็นหัวใจของการดูแลสุขภาพ และความสมดุลของบุคคล และครอบครัว มีวิธีการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลที่ให้แก่ครอบครัว อย่างเป็นระบบ นับว่าเป็นรูปแบบที่ดีในการพยาบาลครอบครัวทั้งที่เจ็บป่วยวิกฤติ เรื้อรัง หรือภาวะคุกคามชีวิต ตลอดจนเจ็บป่วยทางจิตสังคม และจิตวิญญาณ เป็นการสนทนาที่ ประสานความเชี่ยวชาญของสมาชิกครอบครัว และพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญมาก และเป็น วิธีที่จำเป็นต้องใช้การปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) เพื่อให้มี ปฏิสัมพันธ์ที่เปี่ยมด้วยความรัก การสนทนาที่เกิดขึ้นจะเป็นการบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ ความเจ็บป่วย (Illness Narratives) ที่ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับการเจ็บป่วย การบอกเล่า จะทำให้เปิดเผยความเชื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ครอบครัวยึดถือ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา การพยากรณ์โรค ศาสนา - จิตวิญญาณ การมีชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวาง การได้รู้ถึงความเชื่อที่จะนำมาซึ่งจำกัด ความสำเร็จ (Constraining Beliefs) และส่งเสริมความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating Belief) ของผู้ป่วย และครอบครัว มีผลต่อ การเปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัว การเปลี่ยนแปลง ด้านความคิด (Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) มีผลทำให้ ความทุกข์ทรมานที่มีอยู่ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมหรือจิตวิญญาณลดลงได้ (Wright & Bell, 2009) จากประสบการณ์วิชาชีพของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำการ พบว่า ในด้านการดูแลเท้า ของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และผู้ป่วย ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลเท้า 5 ด้าน

คือ ด้านการดูแลรักษาความสะอาดของเท้า ด้านการตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ ด้านการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ด้านการส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้า และ ด้านการดูแลรักษาบาดแผล แต่ก็ยังพบว่า ผู้ป่วยยังประสบกับภาวะแทรกซ้อนที่เท้าให้พบเห็น อยู่เสมอ สะท้อนให้เห็นว่าน่าจะมีปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการดูแลเท้ามาจากการขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลสุขภาพเท้าอย่างถูกต้อง และเหมาะสม ผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวยังมีความเชื่อที่ผิดในการดูแลสุขภาพเท้า จาก ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสามารถบอกได้ว่า ต้องดูแลเท้าอย่างไรแต่ลักษณะเท้าที่สังเกตเห็นนั้นไม่สะอาด ตัดเล็บไม่ถูกต้อง เดินเท้าเปล่า ในบริเวณรอบ ๆ บ้าน และผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังมีประสบการณ์การดูแลเท้าที่ผิด เช่น การใช้น้ำร้อนประคบเท้า และแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำร้อน เพื่อบรรเทาอาการชาที่เท้า ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวที่ถูกต้อง และเหมาะสม จะต้องปรับเปลี่ยนความเชื่อในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว โดยการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวาง หรือกีดขวางความสำเร็จ และส่งเสริม ความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จ เป้าหมายหลักของโปรแกรม การศึกษาเชิงพฤติกรรม คือ การสนทนาระดับเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานโดย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวได้เปิดเผยความเชื่อความเจ็บป่วยในการดูแล สุขภาพเท้าโดยการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ แนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเท้า การให้ข้อมูล การชื่นชม การท้าทายความเชื่อ และการปฏิบัติ ผลของโปรแกรมการศึกษา เชิงพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัว เห็นความสำคัญ และนำไปปฏิบัติในการดูแลเท้า เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด และความเชื่อ ที่มีต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเท้าที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ และนำไปสู่การปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถ ดูแลสุขภาพเท้าได้อย่างเหมาะสม ภายหลังการสนทนาระดับ

รูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วย (Illness Belief Model)

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในความจริงบางอย่าง ความเชื่อเป็นพื้นฐานของบุคคลถูก กำหนดโดยโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Biopsychosocial - Spiritual Structure) ในแต่ละวันแต่ละบุคคลมีความเชื่อต่าง ๆ มากมาย แต่ความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อโครงสร้าง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณคือความเชื่อหลัก (Core Beliefs) ความเชื่อแบ่งเป็น 2 รูปแบบ ไรท์ และเบล (Wright & Bell, 2009) ได้แก่ ความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ

(Facilitating Beliefs) เป็นความเชื่อที่ไปเพิ่มทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ (Constraining Beliefs) เป็นความเชื่อที่จะทำให้ขัดขวางความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น

รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Creating a Context for Changing Beliefs) ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1. ความเข้าใจบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Creating a Context for Changing Beliefs) เป็นการค้นหา และสังเคราะห์บริบทที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1.1 การเชื้อเชิญให้ครอบครัวร่วมสนทนา (Bringing the Family Together)

1.2 การสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัดระหว่างพยาบาล และครอบครัว (Establishing a Therapeutic Relationship Between Nurse and Family) ซึ่งเป็นสิ่งแรกที่จะต้องทำโดยแนะนำตนเอง อธิบายลักษณะงาน บอกกำหนดการ บอกระยะเวลา และขอบเขตของการสนทนา เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพและศึกษาครอบครัวที่มีประโยชน์ คือ โครงสร้างพันธุกรรม (Genogram) ความผูกพันในครอบครัว (Attach) ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม (Ecomap) หรือระบบสนับสนุนผู้ป่วย และครอบครัว (Social Support) ซึ่งเป็นการสอบถามข้อมูลจากครอบครัวได้ โดยครอบครัวไม่รู้สีกว่ากำลังถูกคุกคาม

1.3 การแยกแยะปัญหา (Distinguishing the Problem) เป็นการซักถามเพื่อให้ได้ปัญหาที่ชัดเจนขึ้น เป็นการค้นหาปัญหา และให้ความหมายกับปัญหา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อมาสำหรับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลง เป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับสมาชิกครอบครัวในการแยกแยะปัญหา และเป็นการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกครอบครัวคำถามหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการแยกแยะปัญหา คือ การถามคำถามที่ต้องการคำตอบจากการดูแลหนึ่งคำถาม (One Question)

1.4 การขจัดอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Removing Obstacles to Change) ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพ และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี และการแยกแยะปัญหา มีอุปสรรคมากมายที่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลง อุปสรรคเหล่านี้ ได้แก่ สมาชิกครอบครัวไม่ต้องการมาร่วม สมาชิกครอบครัวไม่พอใจกับความก้าวหน้าของการบริการ ประสิทธิภาพที่ไม่ดีมาก่อนกับบุคลากรสุขภาพรับบริการพร้อม ๆ กันหลายสาขาวิชาชีพ ความคาดหวังของการส่งต่ออาจไม่เหมาะสมกับความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 2 การแยกแยะความแตกต่างความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Distinguishing Illness Beliefs)

1. การค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Uncovering and Distinguishing Illness Beliefs) เป็นการสนทนาเพื่อการบำบัดที่ไม่ได้เกี่ยวกับอาการ หรือยา หรือการรักษา แต่เกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยเฉพาะสิ่งที่สมาชิกครอบครัวเห็นว่า เป็นสิ่งที่ยากที่สุดในการจัดการกับความเจ็บป่วย คำถามนี้จะเชื่อเชิญให้ทั้งสมาชิกครอบครัว และผู้ที่เชี่ยวชาญเปลี่ยนจากการบอกเล่าเรื่องราวกับโรค และการรักษา (Medical Narratives) ไปสู่การบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness Narrative) โดยเป็นการเชื่อเชิญให้เกิด การสะท้อนคิด ซึ่งเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มากในการปฏิบัติการในการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยที่น่าสนใจในการเปิดเผย และแยกแยะ มีดังนี้

- 1.1 การทำความเข้าใจความเชื่อการเจ็บป่วย (Drawing Forth Illness Belief) การเชื่อเชิญสมาชิกครอบครัวโดยการแสดงบทบาทผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับครอบครัว (Inviting Family Member into the Role of Expert)
- 1.2 การเปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านการวินิจฉัยโรค การเกิดของโรค การเยียวยา และการรักษา ความสามารถในการจัดการ ความคุม และอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ศาสนา - จิตวิญญาณ ที่อยู่ของความเจ็บป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลง (Challenging Constraining Belief) เป็นการเชื่อเชิญให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนคิดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. การให้คำชื่นชม (Offering Commendations) เป็นการสนทนาที่ให้คำยืนยัน ให้ความรัก และความเอื้ออาทรแก่ครอบครัว เป็นการชี้จุดแข็ง ความเป็นประโยชน์ ความสามารถ ของบุคคล และครอบครัว การให้คำชมจะทำเมื่อมีข้อมูลหลักฐานชัดเจนว่าครอบครัวทำให้จริง มีฉะนั้นแล้วครอบครัวอาจรู้สึกไม่จริงใจ และควรใช้ภาษาที่ครอบครัวใช้ผสมผสานกับความเชื่อ ที่สำคัญของครอบครัวในการให้ความมั่นใจ ความเชื่อมั่น หรือชื่นชมที่ครอบครัวปฏิบัติได้ดี ควรให้คำชื่นชมภายใน 10 นาทีแรกที่พบครอบครัว เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว และ เพิ่มการยอมรับของครอบครัวทำเมื่อพบว่าครอบครัวมีความเข้มแข็ง นอกจากนี้ ควรให้คำชื่นชม ครอบครัว เมื่อเสร็จสิ้นการพบกันรวมถึงก่อนที่จะเสนอความคิดเห็นหรือคำแนะนำ

2. การถามคำถาม (Asking Interventive Questions) ซึ่งความเชื่อถูกรวมอยู่ใน คำถามที่ใช้ถามครอบครัว เป็นการถามเพื่อให้ครอบครัวเล่าความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับ ครอบครัว หรือความเจ็บป่วยโดย

2.1 ถามคำถามที่เชื่อเชิญให้สะท้อนคิดถึงผลที่เกิดขึ้น (Asking Questions that invite a Reflection)

2.2 เชิญเชิญครอบครัวให้เล่าความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทั้งที่ครอบครัวถามตนเอง และถามผู้อื่น (Inviting Family Members to Externalize Internalized Questions)

3. การพูดในสิ่งที่ไม่สามารถพูดได้ (Speaking the Unspekable) เป็นการพูดแทนผู้ป่วย และครอบครัวในประเด็นที่ไม่สามารถพูดได้ เช่น ความรุนแรงในครอบครัว เกี่ยวกับความตาย และอื่น ๆ ซึ่งมีความท้าทายเป็นการเปิดเผยความเชื่อที่เป็นหัวใจของปัญหา

4. การใช้ทีมสะท้อน (Using Reflecting Teams) เป็นการเสนอความคิดที่หลากหลายต่อสมาชิกครอบครัวโดยทีมสุขภาพ ซึ่งทำได้โดยให้สมาชิกทีมอยู่หลังกระจกที่มองเห็นด้านเดียว (One - Way Mirror) เพื่อสังเกตการณ์สนทนาระหว่างเจ้าหน้าที่กับสมาชิกครอบครัว หลังจากนั้นก็สะท้อนสิ่งที่ประ โยชน์ให้ครอบครัวได้รับรู้ ได้คิด และประเมินเกี่ยวกับความคิดเห็นของสมาชิก จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้น

5. การเขียนจดหมายบำบัด (Writing Therapeutic Letters) เป็นการสนทนารูปแบบหนึ่ง ที่ให้ความมั่นใจ และยืนยันกระบวนการบำบัดที่เชื่อเชิญให้เกิดการสะท้อนระหว่างการสนทนา หรือตอนจบ เสนอคำชื่นชม เสนอคำถามที่ให้ผู้ดูแลสามารถถามในระหว่างการสนทนาการใช้คำพูด ความคิด ที่เด่น ดึงดูด และประทับใจครอบครัว สรุปจุดเด่น จุดสำคัญของการทำงานกับครอบครัวว่าทีมสุขภาพได้เรียนรู้อะไรบ้างจากครอบครัว เป็นการเขียนสิ่งที่ท้าทายความเชื่อที่เป็นข้อจำกัดของครอบครัว และทีมสุขภาพ เป็นการเน้นจุดแข็งในความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของสมาชิกครอบครัว

6. การใช้ผลการวิจัย (Using Research Findings) ทำได้ 2 อย่างคือ การใช้ผลที่ได้จากการวิจัย หรือการใช้กระบวนการในการท้าทาย และเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ซึ่งการใช้งานวิจัยนี้จะช่วยทำให้สมาชิกครอบครัวเปิด โอกาสสำหรับการรับฟังความคิดใหม่ และยอมรับต่อความคิดนี้

7. การเสนอทางเลือก ความคิดความเชื่อ (Offering Alternate Belief) เป็นสิ่งที่ประ โยชน์ เพราะบ่อยครั้งที่สมาชิกครอบครัวเปิดโอกาสสำหรับความคิดหรือความเชื่อใหม่ ๆ ที่เสนอให้ เช่น การเล่าเรื่องราวที่เป็นความรู้ที่ได้จากการทำงานกับครอบครัวอื่น ๆ นอกจากนี้การให้คำยืนยันของสมาชิกที่เห็นด้วยกับความคิดที่เสนอก็มีประโยชน์สำหรับการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การส่งเสริมความเชื่อความเจ็บป่วยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง (Strengthening Facilitating Beliefs) เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อ และพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวคงไว้ซึ่งพฤติกรรม และการปฏิบัติที่ดีนั้น

1. การมองหาการเปลี่ยนแปลง (Seeing Change) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลง โดยการกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวมองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น บ่อยครั้งที่ครอบครัวไม่สามารถบอกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ และเมื่อครอบครัวได้พูด และสะท้อนคิดต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้แยกแยะการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งอาจมีทั้งการเปลี่ยนแปลงทางบวก และทางลบ โดยการเปลี่ยนแปลงก็มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว

2. การสำรวจการเปลี่ยนแปลง (Exploring Change) จากทฤษฎีระบบที่ว่า การเปลี่ยนแปลงส่วนใดส่วนหนึ่งในระบบจะกระทบต่อส่วนอื่นในระบบด้วย ดังนั้น การแยกแยะการเปลี่ยนแปลงจะต้องสำรวจให้ทะลุปรุโปร่งทุกส่วนของระบบด้วยมุมมองที่แตกต่างกันของสมาชิกครอบครัว ทำโดยถามความคิดเห็น ประสพการณ์ และการปฏิบัติของสมาชิกครอบครัวหลายคนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ

3. การเชื่อเชิญให้สมาชิกครอบครัวสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Inviting Observations of Others About Change) เป็นการประเมินการรับรู้ความเชื่อหรือการปฏิบัติของสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งผ่านการสะท้อนคิดของอีกคนหนึ่ง โดยถามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อมในแง่มุมมองต่าง ๆ ได้แก่ 1) การรับรู้ของคนอื่นต่อการมองเห็นการเปลี่ยนแปลง 2) การอธิบายของคนอื่นต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 3) มุมมองของคนอื่นต่อผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4. การสำรวจผลของการเปลี่ยนแปลง (Exploring the Effects of Change) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทางหนึ่งที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงนั้นมั่นคงคือการสำรวจผลของการเปลี่ยนแปลง โดยการสำรวจ และการสะท้อนคิดที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้ด้วย เช่น ถามว่า “การเลิกสูบบุหรี่ของพ่อมีผลต่อครอบครัวอย่างไร” และถามว่า “ถ้าพ่อ (ผู้ป่วยเบาหวาน) สามารถดูแลเท้าได้ มีผลต่อครอบครัวอย่างไร”

5. เชื้อเชิญให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Inviting Explanations of Change) การหาคำอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นหนทางหนึ่งในการแยกแยะ และยืนยันการเปลี่ยนแปลง ซึ่งถ้าสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงได้เท่ากับว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจะคงอยู่ต่อไป

6. เป้าหมายใหม่ของความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Targeting New Facilitating Beliefs) ความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จเปิดโอกาสของทางเลือก ความคิดใหม่ ๆ สัมพันธภาพ และความสามารถของบุคคล และครอบครัวในการแก้ปัญหา

7. การฉลองการเปลี่ยนแปลง (Celebrating Change) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีควรจะได้รับ การชื่นชม และฉลอง ทำได้โดยการใช้คำพูดที่แสดงการชื่นชม การพูดซ้ำ คำพูดของสมาชิกครอบครัว การไม่ปล่อยให้ความพยายามของครอบครัวลดลงและอื่น ๆ

8. การเผยแพร่ความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง (Publishing Change) บางครั้ง การฉลองความสำเร็จเกี่ยวข้องกับการเผยแพร่ความสำเร็จ ซึ่งอาจจะเผยแพร่โดยการนำรูปแบบ การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ก่อนเผยแพร่จะต้องถามถึงความต้องการในการเผยแพร่ นอกจากนี้ อาจจะเผยแพร่ ในลักษณะการแลกเปลี่ยน หรือการแนะนำเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับกับครอบครัวอื่น ที่มีบริบทคล้ายกัน

ได้มีผู้ศึกษาการสนับสนุนบำบัดกับผู้ป่วย และครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยคุกคามชีวิต แมคเคลวี่ และไรท์ (McLeod & Wright, 2001) ใช้การสนับสนุนเพื่อการบำบัดกับครอบครัว ที่มีความเจ็บป่วยคุกคามชีวิต โดยการสนทนา 4 ครอบครัว ๆ ละ 4 ครั้ง พบว่า ครอบครัว เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน และการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัว และการเปิดโอกาสให้ครอบครัว พูดคุยเรื่องเกี่ยวกับจิตวิญญาณการให้อ่านคำสั่งสอนของศาสนา การทำพิธีกรรม การไปโบสถ์ และการรับฟังเรื่องทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นสามารถทำให้ความทุกข์ ทรมานลดลง เนตรลาวัลย์ เกิดหอม (2548) ได้ประยุกต์รูปแบบของ IBM ไปใช้ในการเสริมสร้าง สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วย และครอบครัวมีคะแนน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้น พชริน แน่นหนา, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ เดียวอิสระ (2551) ได้ประยุกต์รูปแบบ IBM ไปใช้เป็นโปรแกรม การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม และครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และครอบครัว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ ทรมานน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบปกติของโรงพยาบาล วณิช ปริชาอนันต์ (2550) ได้ประยุกต์ รูปแบบ IBM ในการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็น เบาหวาน และครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ผลของการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนแนวคิดในประเด็นที่เกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน และความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน และครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ

