บทที่ 2
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความไว้วางใจในแพทย์ ความคาดหวังในความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ ที่มีต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยอาศัยพื้นฐานทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นเหตุผลสนับสนุนการเชื่อมโยงตัวแปรต่าง ๆ ในการศึกษาโมเดลดังนั้น ผู้วิจัยจึงแบ่งการนำเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 2 ตัวแปรที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 1 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก World Health Organization (1998) ได้ให้ความหมายของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพในระดับบุคคลหรือกลุ่มประชากร อันเป็นผลมาจากส่วนหนึ่งของแผนการดำเนินงานหรือชุดการดำเนินงาน โดยไม่คำนึงว่า การดำเนินงานนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ

ผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน จากการที่คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญการวินิจฉัยและการแบ่งประเภทของโรคเบาหวาน (The Expert Committee on Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000) ได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานไว้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม แสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินและ/ หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายในระยะยาว เกิดการสูญเสียหน้าที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือดดังนั้นทุกมาตรการสำหรับการดูแลรักษาโรคเบาหวานต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา ล้วนมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (สุณี ธนาเลิศกุล, บรรณาธิการ, 2551)

ดังนั้น ผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานจากการดำเนินมาตรการควบคุมโรคเบาหวาน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและอินซูลิน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลปัจจัยเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

การประเมินผลและผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน

สมาพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ADA (American Diabetes Association) ได้ให้คำแนะนำในหลักการตั้งเกณฑ์ในการควบคุมเบาหวานไว้ว่า HbA_{1c} เป็นเป้าหมายหลักแรกในการควบคุมเบาหวาน การตั้งจุดมุ่งหมายแต่ละคนขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยบางประเภทอาจจะมีเกณฑ์ที่แตกต่างไป การควบคุมเบาหวานให้เข้มงวดมากขึ้นอาจลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดน้ำตาลต่ำ อาจลดเป้าหมายที่เข้มงวดลงในผู้ที่มีน้ำตาลต่ำบ่อย ๆ ถ้าน้ำตาลก่อนอาหารถึงเป้าหมายแต่ระดับ HbA_{1c} ไม่ได้ถึงเกณฑ์อาจเนื่องจากน้ำตาลหลังอาหารสูงจึงควรรักษาน้ำตาลหลังอาหารให้ได้ตามเป้าหมาย

การตรวจหาระดับน้ำตาลในเม็ดเลือดแดง หรือ Glycosylated Hemoglobin ชนิดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) สามารถบอกถึงภาวการณ์ควบคุมโรคเบาหวานได้ โดยปกติเม็ดเลือดของคนประกอบไปด้วย ฮีโมโกลบินต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ Hb.A 90% HbA2 2% Hb.F 1% ที่เหลืออีก 7% เป็น HbA_{1c} ซึ่งเกิดจากการมีโมเลกุลของกลูโคสไปจับ HbA โดยไม่ต้องใช้อินซูลิน ดังนั้นทำให้โครงสร้างเปลี่ยนแปลงไปจำแนกได้เป็น HbA[a], HbA[a2], HbA[1b] อย่างละประมาณ 1% และ HbA_{1c} 4% โดยปริมาณของ HbA_{1ac} จะมากน้อยเท่าใดขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของปริมาณน้ำตาลในเลือด การรวมตัวของฮีโมโกลบินและกลูโคสจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของเม็ดเลือดแดงซึ่งนานถึง 120 วัน ดังนั้นการวัดปริมาณของฮีโมโกลบินเหล่านี้ จึงเป็นดัชนีที่ดีในการวัดผลภาวะการควบคุมโรคในช่วง 4-8 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้ (Weir & O'hare, 1990) ซึ่งในประเทศไทยแนะนำให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัด โดยจุดมุ่งหมายในการควบคุมน้ำตาลในเลือด คือ มีค่าน้ำตาลในเลือดสะสม HbA_{1c} น้อยกว่า 6.5 % เนื่องจากพบว่ามีประโยชน์ในการลดโรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดและหลอดเลือดใหญ่ ควรตรวจน้ำตาลสะสมทุก 3-6 เดือนนอกเหนือจากการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากน้ำตาลในเลือดที่สูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังอาหารจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรดูแลปัจจัยเสี่ยงของหัวใจและหลอดเลือดอย่างเคร่งครัด ได้แก่ไขมันผิดปกติ ความดันโลหิตสูง โรคอ้วนและแนะนำให้หยุดสูบบุหรี่ เนื่องจาก มีประโยชน์ต่อการรักษาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นเบาหวานควรได้รับการตรวจอื่น ๆ ดังนี้ ควบคุมน้ำตาลให้ HbA_{1c} น้อยกว่า 6.5 % ภายใน 6 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หากไม่สามารถตรวจ HbA_{1c} ได้ สามารถใช้น้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารข้ามคืน หรือก่อนมื้ออาหารให้น้อยกว่า 110 มก/ ดล. น้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมงให้น้อยกว่า 140 มก./ ดล และควรได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานใช้ยาลดน้ำตาลในเรื่องที่ออกฤทธิ์ต่างกันร่วมกันตั้งแต่ระยะแรก ๆ ของการรักษาเบาหวาน เนื่องจากมีหลักฐานที่ยืนยันว่าการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ที่ต่างกันในขนาดต่ำกว่าขนาดสูงหลายชนิดร่วมกันสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีโดยที่ไม่เพิ่มผลข้างเคียงของยา กระตุ้นให้ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้ในการดูแลตนเองและมีความรับผิดชอบใน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ถึงจุดมุ่งหมาย ทำให้การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ผลดีและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้เป็นเบาหวาน (วีรศักดิ์ ศรินนภากร, 2553)

การประเมินผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน

การประเมินผลการควบคุมเบาหวาน แพทย์จะดำเนินการเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจในคลีนิคเบาหวาน ซึ่งแพทย์จะการประเมินผลการควบคุมเบาหวานโดย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วีรศักดิ์ ศรินนภากร, 2553) ดังนี้

1. การซักประวัติ โดยการซักประวัติผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อค้นหาอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการใจสั่น เหงื่อแตกเพลียไม่มีแรงหลังรับประทานอาหารหรือน้ำตาล อาการน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ อาการปัสสาวะบ่อย ผอมลง อ่อนเพลีย สอบถามการควบคุมอาหารได้สม่ำเสมอหรือไม่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารนอกบ้านรวมถึงอาหารที่ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีความเข้าใจผิดว่าสามารถรับประทานได้ เช่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เครื่องดื่มบำรุงกำลัง กาแฟใส่ครีมเทียมและน้ำตาล การรับประทานยาสม่ำเสมอหรือไม่ มีการใช้ยาอื่นที่อาจจะมีสเตียรอยด์หรือไม่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอหรือไม่ มีการทำการตรวจปลายนิ้วที่บ้านหรือไม่

2. การตรวจร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวว่าสามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์หรือไม่ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อ้วน การควบคุมอาหารและออกกำลังกายได้เหมาะสมควรจะสามารถลดน้ำหนัก 5 - 7 % จะทำให้การตอบสนองต่ออินซูลินและการควบคุมน้ำตาลดีขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการน้ำตาลสูงอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อยมาก น้ำหนักที่ลดลงอาจจะเป็นผลจากการที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดีก็ได้ ถ้าผู้ป่วยรับประทานยา กลุ่ม Sulfonylurea แต่มีอาการหิวบ่อย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากอาจจะต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยมีน้ำตาลต่ำหรือไม่

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่การตรวจน้ำตาลในเลือด HbA_{1c} หรือ Fructosamine, SMBG หรือ Urine Glucose, Urine Ketone, 1, 5 anhydroglucitol (AG)

การประเมินผลการควบคุมเบาหวานโดยใช้ค่า HbA_{1c} หรือ Fructosamine กลูโคสสามารถจับกับโปรตีนโดยไม่ต้องใช้เอนไซด์เป็น Glycoprotein ซึ่งสามารถใช้ในการประเมินระดับน้ำตาลที่ผ่านมาขึ้นกับชนิดของโปรตีน เช่น Glycated Hemoglobin จะประเมินผลการควบคุมน้ำตาลในช่วงเวลา 3 เดือน แต่ประมาณ 50 % ของค่า HbA_{1c} จะมาจาก 1 เดือนสุดท้าย ส่วน Fructosamine ใช้ในการประเมินผลการควบคุมน้ำตาลใน 1 - 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา (วีรศักดิ์ ศรินนภากร, 2553) โดยมีเกณฑ์การประเมินผลการควบคุมเบาหวานดังนี้ (Alberti, K, Gries, F, 1988 อ้างถึงใน วิทยา ศรีดามา, 2540)

ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี น้อยกว่า 5.7 เปอร์เซ็นต์ หมายถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดี (Good)

ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีระหว่าง 5.7 - 6.0 เปอร์เซ็นต์ หมายถึงการควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดดีพอใช้ (Acceptable)

ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ระหว่าง 6.0 - 6.8 เปอร์เซ็นต์ หมายถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพอใช้ (Fair)

ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี มากกว่า 6.8 เปอร์เซ็นต์ หมายถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (Poor)

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะประเมินผลการควบคุมเบาหวานชนิดที่ 2 โดยตรวจหาระดับ HbA_{1c} เป็นผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ตามคำแนะนำของ ADA ในการใช้ HbA_{1c} เป็นเป้าหมายหลักแรกในการควบคุมเบาหวาน ซึ่งโดยทั่วไปจะเป็นค่าที่เชื่อถือมากกว่าเนื่องจากว่าอยู่ในกระแสเลือดนานกว่าจึงสามารถแปลผลการควบคุมน้ำตาลได้น่าเชื่อถือกว่า (วีรศักดิ์ ศรินนภากร, 2553) ซึ่งมีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานไว้ดังนี้

ชนากานต์ ประทุมมา (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพบริการ และทัศนคติต่อการเป็นเบาหวาน กับระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพบริการ และทัศนคติต่อการเป็นเบาหวานอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพบริการและทัศนคติต่อการเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = -411, -.269 และ -.444 ตามลำดับ) ค่าคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบริการและทัศนคติต่อการเป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = .543 และ .604 ตามลำดับ) และค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 (r = .597) ซึ่งผลการวิจัยชี้ว่า การให้บริการในคลินิคเบาหวานควรส่งเสริมทัศนคติการเป็นเบาหวานและปรับปรุงคุณภาพการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่อไป

นารี คงกระจ่าง (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรม การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยด้วยการสนทนาบำบัดประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การสร้างสัมพันธภาพ การแยกแยะปัญหา การสะท้อนคิด การสรุปโดยการทำเป็นระบบครอบครัว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p = 0.00)

ปาริชาติ จันทร์ปราง (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค จำนวนเม็ดยา และการสื่อสารของผู้ให้บริการกับการดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกคลีนิคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสื่อสารของผู้ให้บริการในการดูแลตนเองเรื่องยาโดยรวมค่อนข้างดี (M = 42.20, SD = 5.30) โดยด้านการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมและด้านสัมพันธภาพมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างดี คะแนนเฉลี่ยการสื่อสารของผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเรื่องยาของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48$, $p<.01$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารของผู้ให้บริการที่มีผลต่อความสำเร็จของการดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

อนิสา อรัญคีรี (2551) ได้ศึกษาผลการกำกับตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเม็ดเลือดแดงชนิด ฮีโมโกบินเอวันซี ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองอย่างมีนับสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

วิคบลาด (Wikblad, 1991) ได้ศึกษาความคาดหวังของผู้เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินต่อการบริการของคลีนิคเบาหวานผู้ป่วยนอกโดยศึกษาในผู้เป็นเบาหวานที่เป็นโรคเบาหวานอย่างน้อย 5 ปี การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยต่อการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ความคาดหวังของผู้เป็นเบาหวานต่อบริการสุขภาพและความรู้ที่ผู้เป็นเบาหวานต้องการเพื่อสามารถนำไปจัดการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมักขึ้นอยู่กับผลการควบคุมโรค โดยผู้เป็นเบาหวานที่มีการควบคุมโรคดีมีประสบการณ์การป้อนกลับเจ้าหน้าที่ในทางบวก แต่การสื่อสารนั้นไม่ลึกซึ้ง ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้เป็นเบาหวานบางครั้งทำให้เกิดความรู้สึกไม่วางใจ สิ้นหวัง อับอาย ถูกรุกราน และผู้เป็นเบาหวานที่มีผลการควบคุมโรคในระดับที่พอยอมรับได้จะได้รับข้อมูลและความรู้แต่มักเป็นเรื่องเทคนิควิธีการต่าง ๆ ผู้เป็นเบาหวานที่การควบคุมโรคที่ไม่ดีรู้สึกว่าการสื่อสารอยู่บนพื้นฐานของความไม่เป็นจริง เพราะได้รับประสบการณ์ว่าบางครั้งการพูดความจริงทำให้ได้รับผลด้านลบ ผู้เป็นเบาหวานไม่เคยมีการสนทนาพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ คำแนะนำที่ได้รับบางอย่างไม่เป็นจริง ประเด็นสำคัญของการติดต่อมักเป็นเรื่องรายละเอียดเกี่ยวกับยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเทคนิควิธีการต่าง ๆ ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้สึกว่าตนถูกบังคับ ได้รับ

การตอบสนองทางลบ และขาดการสนับสนุน ผู้เป็นเบาหวานที่มีผลการควบคุมโรคไม่ดีจะไม่ยอมรับ รับรู้ว่าตนขาดการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่และเมื่อมีการสื่อสารเกิดขึ้นก็รู้สึกว่าเป็นสิ่งคุกคามและไม่ได้รับความเสมอภาค ข้อมูลเรื่องเทคนิคต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้เป็นเบาหวานไม่มีการอธิบายถึงประโยชน์ของเทคนิคนั้น ๆ ผู้เป็นเบาหวานมักรู้สึกว่าความรับผิดชอบเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นภาระและการติดต่อเกี่ยวกับแพทย์เป็นเพียงการกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับยาเท่านั้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานมีความสัมพันธ์กับแพทย์ ทีมสุขภาพกับผู้เป็นเบาหวาน ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความสามารถของผู้เป็นเบาหวาน รวมถึงการปฏิบัติตนของผู้เป็นเบาหวาน

ลี และลิน (Lee & Lin, 2009) ได้ศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของตัวแปรความไว้วางใจในแพทย์ ความคาดหวังในความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์และความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จากศูนย์แพทย์ ทั้งโรงพยาบาลเมือง 1 แห่ง และนอกเมือง 1 แห่ง ในประเทศไต้หวัน ที่มีความแตกต่างกัน 3 ด้าน ได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ และเชื้อชาติ จำนวน 480 คน เป็นโรคเบาหวานมาไม่น้อยกว่า1 ปี พบว่าความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ ความไว้วางใจในแพทย์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานโดยมีอิทธิทางอ้อมเชิงบวกผ่าน ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ ความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน

รายงานทางการแพทย์ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ คูโอร์ และคณะ (Kuo et al., 2003) พบว่าการยึดมั่นเป็นปัจจัยหลักของประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับรายงานทางการแพทย์ของ นารีลักษณ์ น้อยนิ่ม (2553) ว่าการที่ผู้เป็นโรคเบาหวานได้รับประทานอาหารที่ถูกต้องจะส่งผลให้ควบคุมเบาหวานได้ดี ควบคุมระดับไขมันให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล สามารถลดระดับ HbA_{1c} ได้ 1 - 2 % ในผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และนักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการที่มีประสบการณ์ในการดูแลโรคเบาหวานยืนยันว่าจะเห็นผลในระยะเวลา 3 - 6 เดือนและประสิทธิภาพในการลดระดับไขมัน ลดระดับ LDL- C 15 - 25mg/ dl ประสิทธิภาพในการรักษาความดันโลหิตสูงจาก Meta - Analysis และพบว่า Life Style Modification สามารถลดระดับความดันโลหิต (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2554) นอกจากนี้การที่ผู้เป็นโรคเบาหวานได้ออกกำลังกาย จะทำให้การตอบสนองของอินซูลินดีขึ้นจึงทำให้การควบคุมน้ำตาลดีขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ลดระดับไขมันคลอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เพิ่มระดับไขมันที่ดี (HDL- C) ลดความดันโลหิต ทำให้ระบบหัวใจดีขึ้นเพิ่มระดับความสามารถในการทำงานหรือการออกกำลังกาย มีส่วนเสริมใน การลดน้ำหนักร่วมกับการควบคุม

อาหาร (สุทธิศักดิ์ ไชยอัชนรัตน์, 2553) และผลลัพธ์จากการที่ผู้เป็นโรคเบาหวานได้จากการออกกำลังกายสามารถลดน้ำตาลในเลือดกระตุ้นการตอบสนองต่ออินซูลิน (สุณี ธนาเลิศกุล, บรรณาธิการ, 2551)

จากรายงานทางการแพทย์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ ความคาดหวังในความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์และความไว้วางใจในแพทย์ของผู้ป่วย โดยมีความสัมพันธ์สนับสนุนให้ผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานดีขึ้น ในบริบทของผลลัพธ์ด้านสุขภาพในการควบคุมเบาหวานของผู้เป็นเบาหวานซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากความยึดมั่นอันประกอบด้วยความยึดมั่นโดยทั่วไปและความยึดมั่นโดยเจาะจงในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ โดยที่ความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตน และขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura, 1977a, 1986; Kuo et al., 2003; Hays, 1995) ซึ่งทั้งความคาดหวังในความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ ได้รับการเสริมสร้างมาจากความไว้วางใจในแพทย์ผู้ให้คำแนะนำ (Bandura, 1986; Johns, 1996) นอกจากแพทย์ผู้ให้คำแนะนำซึ่งมีคุณลักษณะอันน่าไว้วางใจจะช่วยส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานมีความคาดหวังในความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์แล้วยังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสนับสนุนให้ผู้เป็นเบาหวานมีผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานที่ดีผ่านความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ (Bandura & Locke, 2003; BecKer & Maiman, 1980, Caterinicchio, 1979; Kuo et al., 2003)

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงนำมาพัฒนาเป็นโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความไว้วางใจในแพทย์ ความคาดหวังในความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ที่มีต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญการวินิจฉัยและการแบ่งประเภทของโรคเบาหวาน (The Expert Committee on Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000) ได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานไว้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม แสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/ หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหน้าที่และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาทและหลอดเลือด

การวินิจฉัยและการแบ่งประเภทของโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดย

1 ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัว

ลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) พบค่า ≥ 126 มก./ ดล. ให้ตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่งต่างวันกัน

3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 g Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ใช้สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงแต่ตรวจพบ FPG น้อยกว่า 126 มก.ดล. ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่ม ≥ 200 มก./ ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ในประเทศไทยยังไม่แนะนำให้ใช้ HbA_{1c} ที่เหมาะสมเพียงพอและค่าใช้จ่ายในการตรวจยังสูงมาก (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2554)

ประเภทของเบาหวานแบ่งตามสาเหตุ (Etiologic Classification of Diabetes mellitus) 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other Specific Types) และโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus–GDM) เบาหวานชนิด ที่ 1 เกิดจาก β-cell ของตับอ่อนถูกทำลาย ซึ่งส่วนใหญ่ผ่านกลไก Cellular Mediated Autoimmunity และมักนำไปสู่การขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง โดยมีลักษณะทางคลินิก คือ ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปี อาการของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รูปร่างผอม ถ้าขาดการรักษาด้วยอินซูลิน ส่วนใหญ่จะเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลันคือ DKA เบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากภาวะ Insulin Resistancce ร่วมกับภาวะขาดอินซูลินมากขึ้นตามลำดับ โดยลักษณะทางคลินิก คือส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือไม่มีอาการ รูปร่างอ้วนหรือปกติ แต่มี Abdominal Obesity และมีประวัติเบาหวานในครอบครัวชัดเจน โรคเบาหวาน ที่มีสาเหตุจำเพาะ เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม การทำงาน β cell การออกฤทธิ์ของอินซูลิน โรคของตับอ่อน โรคของตับไร้ท่อ ยา สารเคมี เป็นต้น และเบาหวานที่ตรวจพบขณะตั้งครรภ์ เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบครั้งแรกในหญิงมีครรภ์ (ธิติ สนับบุญ และวราภณ วงศ์ถาวราวัฒน์, 2549)

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดที่ 2

มีการหลั่งอินซูลินน้อยกว่าปกติทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการแสดงของโรคเบาหวานแต่มักไม่ทำให้เกิดภาวะคีโตอะซิโดซีส (Ketoacidosis) ทั้งนี้เพราะร่างกายยังพอมีอินซูลินอยู่ในระดับที่สามารถนำกลูโคสเข้าเซลล์ได้บ้าง จึงไม่สลายไขมันและโปรตีนมาใช้เป็นพลังงาน ร่างกายจึงไม่เกิดภาวะกรดคั่ง แต่เกิดภาวะวิกฤตจากระดับน้ำตาลในเลือดแทน (Hypoperglycemic Hyperosmolar Nonketotic Coma: HHNC) และเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) คือภาวะที่รีเซ็บเตอร์ต่ออินซูลินที่เนื้อเยื่อมีจำนวนลดลง ทำให้มีการใช้น้ำตาล

ทางกล้ามเนื้อลดลง หรืออินซูลินจับกับ รีเซ็บเตอร์ได้แต่มีความผิดปกติในการทำปฏิกิริยาในเซลล์ ทำให้เนื้อเยื่อไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ นอกจากนี้ยังมีการผลิตน้ำตาลจากตับเพิ่มขึ้น

การขาดอินซูลินทำให้กลูโคสจากอาหารไม่สามารถเก็บสะสมที่ตับในรูปไกลโคเจนได้ ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินความสามารถของไต (Renal Threshold) ที่จะดูดซึมกลูโคสได้หมดคือ 180 มก.ต่อ ดล. ทำให้ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะได้ เมื่อกลูโคสขับออกมาทางปัสสาวะมากทำให้เกิดภาวะออสโมติกไดยูรีซีส (Osmotic Dieresis) ร่างกายจึงเสียน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ออกมาทางปัสสาวะมาก (Polyuria) และเมื่อเสียน้ำมากทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกระหายน้ำเพิ่มขึ้น (Polydipsia) นอกจากนี้การขาดอินซูลินทำให้ตับเกิดกระบวนการกลูโคจีโนไลซีส และกลูโคนีโอจีนีซีส ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดการสลายโปรตีนที่ตับและกล้ามเนื้อ เกิดการสลายไขมันเพื่อนำมาใช้เป็นพลังงานการสลายไขมันทำให้เกิดสารคีโตน เมื่อมีมากทำให้ร่างกายมีภาวะเป็นกรดและเกิดภาวะวิกฤตของโรคเบาหวานที่เรียกว่า คีโตอะซิโดซีส (ภาวนา กีรติยุตวงศ์, 2543)

เป้าหมายของการรักษาเบาหวาน

หลักเกณฑ์ในการตั้งเกณฑ์ในการควบคุมเบาหวาน ให้ใช้ค่า HbA_{1c} เป็นเป้าหมายหลักแรกในการควบคุมเบาหวาน (American Diabetes Association, 2008) เพื่อรักษาอาการจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ป้องกันและรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ให้ผู้เป็นเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ และสำหรับเด็กและวัยรุ่นให้มีการเจริญเติบโตสมวัยและเป็นปกติ การดูแลรักษาเบาหวานควรคำนึง ถึงเป้าหมายในการรักษาโดยเร็วโดยการตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมในแต่ละราย โดยในผู้ใหญ่อายุน้อยที่เป็นโรคเบาหวานไม่นาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือโรคร่วมอื่น ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติตลอดเวลา คือ การควบคุมเข้มงวดมาก เป้าหมาย HbA_{1c} < 6.5 % โดยไม่เกิดภาวะระดับน้ำตาลต่ำในเลือดซึ่งทำได้ยากและไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยทุกราย ปัญหาของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเข้มงวดมาก คือ เกิดภาวะระดับน้ำตาลต่ำในเลือดและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อยหรือรุนแรง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพดีหรือไม่มีโรคร่วมให้ควบคุมในระดับเข้มงวดใช้เป้าหมาย HbA_{1c} < 7.0% (American Diabetes Association, 2011; Clinical Guidelines Task Force, 2005 อ้างถึงในสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2554)

คำแนะนำของแพทย์ในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ขอบเขตของพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยในการดูแลรักษาและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์สำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานนั้น โดยทั่วไปแพทย์จะให้ผู้ป่วยลดระดับน้ำตาล

ในเลือดด้วยวิธีควบคุมอาหารและออกกำลังกายก่อน ถ้าค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารยังอยู่ที่ 140 ถึง 150 มก./ ดล หรือต่ำกว่านั้น ในขณะเดียวกันก็ควรตรวจระดับน้ำตาลสะสมหรือค่าเอวันซี ถ้าค่านี้อยู่ที่ร้อยละ 6.5 – 7 เพียงปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยก็มีแนวโน้มลดน้ำตาลในเลือดได้แล้ว แต่ถ้าค่านี้ขึ้นสูงถึงร้อยละ 7.5 หรือกว่านั้นผู้ป่วยอาจต้องได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษ อย่างไรก็ตามแพทย์มักให้ผู้ป่วยใช้วิธีควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างเดียวเป็นเวลานาน สามเดือนหลังจากนั้นถ้าค่าเอวันซียังสูงกว่าร้อยละ 7 ก็คงต้องรักษาด้วยยา ถ้าผู้ป่วยเริ่มจากมีค่าน้ำตาลในเลือดหลัง อดอาหารสูงกว่า 150 มก./ ดล. หรือมีค่าเอวันซีขึ้นไปถึงร้อยละ 8 แพทย์อาจให้ยาแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรก แต่นั่นไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยต้องใช้ยาตลอดไปแพทย์มักจะสั่งยาเพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไปก่อนจนกว่าผู้ป่วยจะควบคุมด้วยอาหารและการออกกำลังกายได้แล้ว หลังจากนั้นอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา (วีระศักดิ์ ศรินนภากร, 2553)

ทุกมาตรการสำหรับรักษาโรคเบาหวาน ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลิน หรือการรับประทานยาชนิดต่าง ๆ ล้วนมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยบางรายอาศัยความรู้สึกหรืออาหารบางอย่าง เช่น ความรู้สึกกระหายน้ำหรืออาการอ่อนเพลีย หมายถึงการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาการมึนงงวิงเวียนหมายถึง การมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ลำพังการสังเกตอาการมักเชื่อถือไม่ได้และอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เนื่องจากมีหลายกรณีที่ระดับน้ำตาลในเลือดอาจเพิ่มสูงขึ้นหรือต่ำลงมากเกินไปโดยไม่มีอาการเตือน แต่กลับสร้างความเสียหายแก่อวัยวะบางส่วนอย่างถาวร ซึ่งปัจจุบันมีวิธีการหลัก ๆ สองวิธี คือ การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่บ้านด้วยอุปกรณ์ง่าย ๆ และการไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจเลือดประเภทอื่น เช่น ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ซึ่งเป็นดัชนีบอกระดับน้ำตาลเฉลี่ยในช่วงหลายสัปดาห์หรือช่วงหลายเดือน การเข้าใจความเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดในสถานการณ์ต่าง ๆ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิ์ภาพยิ่งขึ้น

การรักษาเบาหวานต้องการความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล แพทย์และทีมงาน โดยการรักษามีการดำเนินการโดยตั้งเป้าหมาย ระดับการควบคุมให้เหมาะสมกับอายุและสภาวะของผู้ป่วย แนะนำอาหารและการออกกำลังกายให้เหมาะสมและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้ให้ความรู้โรคเบาหวานที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนและครูในกรณีผู้ป่วยเด็ก ส่งเสริมการดูแลตนเองและประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง

ผู้ป่วยเบาหวานที่น้ำหนักเกินหรืออ้วนเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวาน การลดน้ำหนักมีความจำเป็นเพื่อลดภาวะดื้ออินซูลิน โดยมีหลักปฏิบัติให้ลดปริมาณพลังงานและไขมันที่กินอยู่เป็นประจำเพิ่มกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอและติดตามอย่างต่อเนื่องจนสามารถลดน้ำหนักได้อย่างน้อยร้อยละ 7 ของน้ำหนักตั้งต้นสำหรับกลุ่มเสี่ยง หรืออย่างน้อยร้อยละ 5 ของน้ำหนักตั้งต้นสำหรับผู้เป็นเบาหวานและ

ตั้งเป้าหมายลดลงต่อเนื่องร้อยละ 5 ของน้ำหนักใหม่จนน้ำหนักใกล้เคียงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ การลดน้ำหนักโดยอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำหรือไขมันต่ำ พลังงานต่ำ ได้ผลเท่าๆ กันในระยะ 1 ปี ถ้าลดน้ำหนักด้วยคาร์โบเดรตต่ำควรติดตามระดับไขมันในเลือด การทำงานของไตและปริมาณโปรตีนจากอาหารที่บริโภค การออกกำลังกายและการเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยในการควบคุมน้ำหนักที่ลดลงแล้วให้คงที่ (Maintenance of Weight Loss) โดยรวม (สุณี ธนาเลิศกุล, บรรณาธิการ, 2551) ผู้เป็นเบาหวานที่อ้วนให้คำแนะนำการควบคุมอาหารเช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมการใช้ยาหรือการทำผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ(สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2554)

การให้ความรู้โรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการดูแลรักษา ความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้เราบรรลุเป้าหมายของการรักษาได้ ผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวานเป็นอย่างดี มีความมุ่งมั่น มีทักษะ รวมทั้งมีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจและเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2554)

จึงพอสรุปได้ว่าคำแนะนำของแพทย์ในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยเสี่ยงจากโรคเบาหวาน และมุ่งหวังให้ผู้ป่วยยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ซึ่งคำแนะนำของแพทย์ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและอินซูลิน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง

การรับประทานอาหาร นารีลักษณ์ นิ่มน้อย (2553) ได้อธิบายถึงการควบคุมอาหารและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นที่สิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับประทานอาหารที่ถูกต้อง ทำให้ควบคุมเบาหวานได้ดี ควบคุมไขมันให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยจุดมุ่งหมายของโภชนบำบัดในผู้ป่วยเบาหวาน (Medical Nutrition Therapy) หรือ MNT เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ ควบคุมระดับไขมันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ควบคุมความดันให้ปกติป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ปรับเปลี่ยนอาหารตามแต่ละบุคคล วัฒนธรรม ประเพณี รวมถึงการให้ผู้ป่วยพยายามเปลี่ยนแปลงโดยสมัครใจ ให้ผู้ป่วยมีความสุขกับการจำกัดอาหารบางประเภท

คำแนะนำในการรับประทานอาหาร

1 อาหารที่ไม่ควรรับประทาน ได้แก่ น้ำตาลและขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด

สังขยา ไอศกรีม นมข้นหวาน เค้ก ช็อคโกแลต น้ำผลไม้ น้ำอัดลม ผลไม้หวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย

2. อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องเลือกหรือจำกัดปริมาณ ได้แก่อาหารพวกแป้ง และผลไม้บางชนิด ซึ่งการเลือกรับประทานจะคำนึงถึง

2.1 ปริมาณเส้นใยอาหาร (Fiber) ซึ่งแนะนำให้รับประทาน 20 – 40 กรัม/ วัน

2.2 ไกลซีมิคอินเดกซ์ (Glycemic Index) คือการวัดการดูดซึมของอาหาร

3. อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวนได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ซึ่งมีสารอาหารต่ำและเส้นใยอาหารสูงช่วยลดการดูดซึมน้ำตาล

4. การให้อาหารเสริมในผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ Antioxidant เช่น Vitamin E, VitaminC, Beta-Carotene ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานพิสูจน์ถึงผลดีหรือผลข้างเคียงระยะยาว

5. การให้แคลเซียม (Chromium) ในผู้เป็นเบาหวานหรืออ้วนไม่แนะนำเนื่องจากยังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่ามีประโยชน์และไม่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาจากอเมริกา

ดังนั้น อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง คือ อาหารที่มีไกลซีมิคอินเด็กซ์สูง เช่น ขนมปังขาว ข้าวเหนียว ทุเรียน สัปปะรด อาหารที่ควรรับประทานคือ อาหารที่มีไกลซีมิคอินเด็กซ์ต่ำ ได้แก่ ข้าวกล้อง ก๋วยเตี๋ยว วุ้นเส้น

นารีลักษณ์ น้อยนิ่ม (2553) ได้อธิบายถึงประโยชน์และผลลัพธ์จากการที่ผู้เป็นโรคเบาหวานได้รับประทานอาหารที่ถูกต้องจะส่งผลในควบคุมเบาหวานได้ดี ควบคุมระดับไขมันให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนี้

1. ประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล มีรายงานถึงการลดระดับ HbA_{1c} ได้ 1 – 2 % ในผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการรับรองผลโดยนักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการที่มีประสบการณ์ในการดูแลโรคเบาหวานกล่าวว่าจะเห็นผลในระยะเวลา 3-6 เดือน (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2554)

2. ประสิทธิภาพในการลดระดับไขมัน ลดระดับ LDL- C 15-25mg/ dl

3. ประสิทธิในการรักษาความดันโลหิตสูงจาก Meta - Analysis พบว่า Life Style Modification สามารถลดระดับความดันโลหิต

การออกกำลังกาย การออกกำลังกายสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ถ้ามีอินซูลินเพียงพอเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ผู้ป่วยที่ได้รับยาอินซูลินควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนออกกำลังกาย เมื่อหยุดออกกำลังกายและหลังออกกำลังกายหลายชั่วโมง ถ้ามีระดับน้ำตาลต่ำในเลือดก่อนออกกำลังกายควรกินอาหารอาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดและแนะนำให้ผู้เป็นเบาหวานออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อาจออกกำลังกายแบบ Resistance เช่น ยกน้ำหนัก 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ในทุกสัปดาห์ในทุกกล้ามเนื้อหลัก โดยทำ 8 - 10 ครั้ง 8 - 10 ครั้ง/ ชุด หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกร่วมกับการออกกำลังกายแบบ Resistance (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2554)

การออกกำลังกายที่ดีต้องเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติโดยมี ความหนัก (Intensity) เพียงพอ มีความถี่ (Frequency) สม่ำเสมอและมีระยะเวลา (Duration) นานเพียงพอก่อนออกกำลังกายต้องมีการอบอุ่นร่างกาย (Warm Up) และหลังออกกำลังกายต้องมีการผ่อนคลาย (Cool Down) (สุทธิศักดิ์ ไชยอัชนรัตน์, 2553)

1. ความหนัก (Intensity) เป็นสิ่งสร้างเสริมสมรรถภาพของร่างกาย ประเมินเป็นร้อยละของอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุด (VO_2 Max) ซึ่งไม่สะดวกในทางปฏิบัติเพราะต้องใช้เครื่องมือวัด จึงใช้อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจเป็นเกณฑ์ซึ่งอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ
(ครั้ง/ นาที) = 220 - อายุ (ปี)

2. ความถี่ (Frequency) ควรออกกำลังกายทุกวัน ถ้าไม่สามารถทำได้ไม่ควรเว้นการออกกำลังกายเกิน 1 วันหรือออกกำลังกายอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์

3. ความนาน (Duration) ควรทำครั้งละ 30 นาทีเป็นอย่างน้อย การออกกำลังกายใหม่ ๆ ควรเริ่มครั้งละน้อย ๆ แล้วเพิ่มทุกสัปดาห์เมื่อร่างกายพร้อม ถ้าเป็นไปได้ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อสัปดาห์

4. การอบอุ่นร่างกาย (Warm Up) และการผ่อนคลาย (Cool Down) เป็นการเตรียมกล้ามเนื้อ ข้อและระบบไหลเวียนโลหิตสำหรับการทำงานหนักและชลอลงช้า ๆ ก่อนการหยุดออกกำลังกายนานช่วงละ 3 - 5 นาที

5. ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องเช่น การออกกำลังกายเป็นกลุ่มจะช่วยส่งเสริมซึ่งกันและทำได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ไม่มีเวลาออกกำลังกายอาจดัดแปลงหรือเสริมงานประจำให้มีการออกกำลังกาย เช่น เดินขึ้นลงบันไดแทนการการใช้ลิฟต์ เดินไปทำงานหรือไปตลาดแทนการใช้รถ นอกจากนี้การออกกำลังกายอย่างอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานจะทำให้ระดับน้ำตาล ในเลือดแปรปรวนน้อย การปรับยาและอาหารทำได้ง่ายขึ้น

ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ด้านการดูแลเรื่องการออกกำลังกาย สุทธิศักดิ์ ไชยอัชนรัตน์ (2553) อธิบายถึงประโยชน์และผลลัพธ์จากการที่ผู้เป็นโรคเบาหวานได้รับจากการออกกำลังกายทำให้การตอบสนองของอินซูลินดีขึ้นจึงทำให้การควบคุมน้ำตาลดีขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ลดระดับไขมันคลอเลสเตอรอลไตรกลีเซอไรด์ เพิ่มระดับไขมันที่ดี (HDL-C) ลดความดันโลหิต ทำให้ระบบหัวใจดีขึ้น เพิ่มระดับความสามารถในการทำงานหรือการออกกำลังกายมีส่วนเสริมในการลดน้ำหนักร่วมกับการควบคุมอาหาร นอกจากนี้ สุณี ธนาเลิศกุล, บรรณาธิการ (2551) ได้อธิบายถึงประโยชน์และผลลัพธ์จากการที่

ผู้เป็นเบาหวานได้การออกกำลังกายให้ผลลัพธ์โดยสามารถลดน้ำตาลในเลือดกระตุ้นการตอบสนองต่ออินซูลิน ช่วยเผาผลาญไขมันรีดน้ำหนักส่วนเกิน ปกป้องหัวใจ

การใช้ยาและอินซูลิน การรักษาด้วยยาช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีสุขภาพและชีวิตที่ดีขึ้น แต่การใช้ยาก็ให้ผลในการรักษาเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ต่างจากการใช้อินซูลินในเบาหวานชนิดที่ 1 แม้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาอยู่แล้ว แต่ไม่ควรละเลยเรื่องการกินอาหารและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ยกเว้นว่าผู้ป่วยควบคุมอาหารและออกกำลังกายจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอย่างดีแล้วก็อาจพิจารณาหยุดใช้ยาที่แพทย์สั่งได้ โดยทั่วไปแพทย์จะให้ผู้ป่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีควบคุมอาหารและการออกกำลังกายก่อน ถ้าค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารยังอยู่ที่ 140 ถึง 150 มก./ ดล หรือต่ำกว่านั้น ในขณะเดียวกันก็ควรตรวจระดับน้ำตาลสะสมหรือค่าเอวันซี ถ้าค่านี้อยู่ที่ร้อยละ 6.5 ถึง 7 เพียงปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยก็มีแนวโน้มลดน้ำตาลในเลือดได้แล้ว แต่ถ้าค่านี้ขึ้นสูงถึงร้อยละ 7.5 หรือกว่านั้น ผู้ป่วยอาจต้องได้รับความช่วยเหลือเป็นพิเศษ ซึ่งแพทย์จะให้ผู้ป่วยใช้วิธีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างเดียวเป็นเวลา 3 เดือนหลังจากนั้นถ้าค่าเอวันซียังสูงกว่าร้อยละ 7 ก็คงต้องรักษาด้วยยา ถ้าผู้ป่วยเริ่มจากมีค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารสูงกว่า 150 มก./ ดล.หรือมีค่าเอวันซีขึ้นไปถึงร้อยละ 8 แพทย์อาจให้ยาตลอดไป แพทย์มักจะสั่งยาเพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไปก่อนจนกว่าผู้ป่วยจะควบคุมด้วยอาหารและออกกำลังกายได้แล้วหลังจากนั้นอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาต่อไป แม้ว่าผู้ป่วยได้รับยาแล้วแต่แพทย์ยังต้องติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยต่อไปหากผลการใช้ยาไม่เป็นที่น่าพอใจ แพทย์อาจลองเปลี่ยนยาหรือใช้ยาหลายตัวร่วมกัน ผู้ป่วยอาจต้องเปลี่ยนแผนการใช้ยา 5 - 6 ครั้ง ก่อนที่แพทย์จะสั่งยาฤทธิ์แรงขึ้น หากการควบคุมดังกล่าวไม่ได้ผลแพทย์อาจใช้อินซูลินเพิ่มเติมในตอนเย็นหรือก่อนนอนเพื่อชดเชยกับกลูโคสที่หลั่งออกมาจากตับในเวลากลางคืน การเลือกใช้ยาเป็นเรื่องที่ซับซ้อนผู้ป่วยควรวางใจแพทย์ในการเลือกตัวยาที่เหมาะสมสำหรับตน แต่ในขณะเดียวกันก็ควรศึกษาหาความรู้เพื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจต่าง ๆ ของแพทย์และเข้าใจทางเลือกของตนหากยาที่แพทย์สั่งใช้ได้ผลไม่ค่อยดี (สุณี ธนาเลิศกุล, บรรณาธิการ, 2551)

การดูแลปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหัวใจมากกว่าคนทั่วไป 2 - 4 เท่า และยังเสียชีวิตจากโรคหัวใจพิบัติถึงร้อยละ 80 ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานแห่งอเมริการายงานว่า ผู้เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงสูงไม่ต่างจากผู้ที่เคยเกิดอาการหัวใจพิบัติ ซึ่งมีโอกาสกลับมาเป็นอีก หัวใจพิบัติเป็นเพียงปัญหาหนึ่งที่ต้องเฝ้าระวังเมื่อเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัญหานี้รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ ส่วนใหญ่มีสาเหตุพื้นฐานมาจากภาวะหลอดเลือดแข็งและความดันโลหิตสูง ซึ่งขั้นตอนการควบคุมเบาหวานที่ผู้ป่วยได้ดำเนินการไปแล้วตามวิธีการข้างต้นมีขั้นตอนสำคัญอื่น ๆ ที่ควรสามารถใช้ได้ผลกับโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ยังมีขั้นตอนที่สำคัญที่ควรนำไปพิจารณาปฏิบัติร่วมด้วยคือ การมีวินัยในการดูแลตนเอง เช่น

324872

การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารให้เป็นไปตามรายการที่กำหนด การลดเกลือ หากควบคุมอาหารได้ดีแล้วแต่อาจต้องลดการรับประทานเกลือให้น้อยลง การงดสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่จะไปเร่งกระบวนการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปรึกษาแพทย์ในการใช้ ยาแอสไพริน ยาต้านเอชีอี นาสแตติน ถึงแม้ว่าจะเป็นผลดีในการใช้ยากลุ่มนี้แต่ยังมีผลข้างเคียงอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการรักษาเบาหวาน การดื่มชา เนื่องจากชาเป็นเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์ป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับประทานปลามาก ๆ จะมีผลดีต่อหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำมันปลา เพราะมีกรดไขมันโอเมกา – 3 น้ำมันปลาช่วยลดการจับตัวเป็นลิ่มของเลือดทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง ลดการอักเสบของหลอดเลือด ซึ่งเป็นการกระตุ้นการเกิดคราบที่ผนังหลอดเลือด เน้นสารต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งสารต้านอนุมูลอิสระมีประโยชน์ในการทำให้คอเลสเตอรอลเกาะติดกับผนังหลอดเลือดแดงน้อยลง เสริมกรดโฟลิก กรดโฟลิกเป็นวิตามินบีที่ช่วยทำให้ระดับของโฮโมซีสทีนลดลง โฮโมซีสทีนเป็นสารที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยควรเอาใจใส่ดูแลสุขภาพไต ตา และเส้นประสาท โดยโรคไตผู้ป่วยควรตรวจอาการของโรคเป็นประจำ รักษาโรคความดันโลหิตสูง ลดอาหารโปรตีน ป้องกันการติดเชื้อและระมัดระวังการใช้ยา ผู้ป่วยควรหมั่นดูแลรักษาตาและถนอมสายตาด้วยการเอาใจใส่การเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ รวมถึงหมั่นตรวจตาอย่างสม่ำเสมอ การดูแลรักษาเส้นประสาท ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำคัญที่สุดเพราะอาจลดความเสี่ยงลงได้มากถึงร้อยละ 60 และเมื่อปลายประสาทเสื่อมแล้ว คำแนะนำต่อไปนี้จะช่วยบรรเทาความเสียหายและความรู้สึกไม่สบายได้ โดยการจับความรู้สึกผิดปกติของเส้นประสาทและบอกแพทย์ให้ทราบทันที ปรับเปลี่ยนอาหารโดยตรวจสอบกับนักกำหนดอาหาร เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงอาหารที่รับประทานจะช่วยควบคุมอาการเสื่อมของปลายประสาทได้บ้างหรือไม่ เพิ่มวิตามินบีในผู้ป่วยบางรายที่เกิดเส้นประสาทเสื่อมเพราะขาดวิตามินบี 6 และบี 12 เสริมสร้างเส้นประสาทและเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากภาวะเส้นประสาทเสื่อมโดยใช้ยาแก้ปวดที่ซื้อหาได้เองโดยเฉพาะอย่างยิ่งแอสไพริน นอกจากนี้มียาหลายชนิดที่ใช้รักษาอาการ ต่าง ๆ ก่อนใช้ยา ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์ในการใช้ยา (สุณี ธนาเลิศกุล, บรรณาธิการ, 2551)

การดูแลรักษาเท้า

ต้นเหตุเริ่มจากผิวหนังที่ทำหน้าที่ปกป้องไม่ให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายเกิดถลอกหรือมีบาดแผลขึ้น อาจเนื่องจากสวมรองเท้าคับเกินไปหรือว่าเกิดอุบัติเหตุ เช่นเหยียบก้อนหิน เมื่อเกิดการติดเชื้อแผลนั้นก็จะหายยากโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยยังเดินเหยียบแผลอยู่เรื่อย ๆ หรือไม่ทราบว่าเท้านั้นเป็นแผลทำให้เกิดเป็นแผลเปิดหรือกลายเป็นแผลอักเสบอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นปัญหาร้ายแรงที่ต้องพบแพทย์ แผลติดเชื้อที่ไม่ได้รับการรักษาจะกินลึกจากผิวหนังลงไปและอาจถึงกระดูก ทำให้เท้าและขาเกิดความเสี่ยง หากเป็นเบาหวานมานาน เท้าจะเกิดผิดรูปกลายเป็นเท้าที่เรียกว่า เท้าชาร์โคท์ ซึ่งภาวะประสาทเสื่อมทำให้สูญเสียการรับความรู้สึกต่าง ๆ

กล้ามเนื้อและเอ็นของเท้าอ่อนแรงร่วมกับการบาดเจ็บที่เท้าซ้ำ ๆ จนทำให้ข้อต่าง ๆ ที่เท้าเสื่อม เคลื่อน และกระดูกหักจนทำให้เท้าผิดรูปได้ ซึ่งคำแนะนำหลัก ๆ ที่ผู้ป่วยควรสนใจคือ สวมรองเท้าเป็นประจำและหลีกเลี่ยงการสวมรองเท้า แบบเปิด แม้แต่เวลาอยู่ในบ้านก็ควรสวมรองเท้า ตรวจเท้าทุกวัน ควรตรวจวันละครั้งทุกวัน เวลาที่ดีที่สุดคือ ก่อนเข้านอน กวาดสายตาดูทั่วเท้าและใช้มือลูบและบอกแพทย์ให้ทราบเมื่อพบว่าผิดปกติ ล้างและเช็ดเท้าให้แห้งอยู่เสมอ ล้างทำความสะอาดเท้าทุกวันด้วยสบู่และน้ำอุ่น ตัดเล็บด้วย ความระมัดระวัง รักษาเล็บเท้าโดยขลิบอย่างประณีต ตัดเล็บเป็นเส้นตรงเพื่อป้องกันเล็บขบ ตะไบเล็บให้เรียบ เปลี่ยนถุงเท้าใหม่ทุกวัน สวมรองเท้าคู่ที่สบายและไปพบแพทย์ทุกครั้งควรตรวจเท้าเป็นกิจวัตร (สุณี ธนาเลิศกุล, บรรณาธิการ, 2551)

การจัดการด้านอารมณ์

การเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ชีวิตยากลำบากกว่าคนไม่เป็น แต่จากการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายชนิด พบว่าผู้เป็นเบาหวานเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าโรคเรื้อรังอื่น ๆ การศึกษาดังกล่าวบ่งชี้ว่าการทำกิจวัตรประจำวันในการดูแลเบาหวานตั้งแต่การเจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ กินยา หรือฉีดอินซูลิน ไม่ได้กระทบชีวิตผู้ป่วยมากอย่างที่คาดหมายไว้ แต่ปัญหาแท้จริงกลับเป็นเรื่องของอารมณ์ ซึ่งเป็นปัญหาต่อจิตใจและสังคมมากกว่าการดำเนินชีวิต เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่ไม่หายขาด เป็นโรคที่ซ่อนเร้นคือตัวผู้ป่วยเองอาจไม่รู้ เป็นโรคที่ไม่แน่นอนซึ่งโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยคนหนึ่งเป็นอาจแตกต่างจากคนอื่น ๆจึงอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องเข้าสังคม

การรับมือกับอารมณ์ขั้นตอนแรกคือ ตระหนักว่าอารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ เป็นเรื่องธรรมดาของผู้เป็นเบาหวาน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของน้ำตาลในเลือดมีผลกระทบอารมณ์โดยตรง ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำอาจทำให้รู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย แต่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอาจทำให้อ่อนเพลีย ท้อแท้ กลัดกลุ้ม นั่นหมายความว่าขั้นตอนต่าง ๆ ที่ปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอาจช่วยให้อารมณ์ดีขึ้นได้แต่น้ำตาลในเลือดไม่ใช่สาเหตุเดียวที่ทำให้อารมณ์แกว่ง เพราะยังมีปัญหาอื่น ๆ จากเบาหวานที่สร้างความรู้สึกด้านลบได้

อารมณ์หดหู่ ผู้เป็นเบาหวานอาจเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่าและอาจเป็นเนินนานกว่า ดังนั้นสิ่งที่ผู้เป็นเบาหวานจะต้องปฏิบัติ คือเอาใจใส่อาการ สังเกตความผิดปกติที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าและปรึกษาแพทย์ถ้าพบว่าตนเองอยู่ในข่าย การระบายความในใจให้ผู้อื่นฟังเป็นวิธีการที่ได้ผลดีที่สุดวิธีหนึ่งในการปลดเปลื้องความทุกข์ในใจ พยายามออกไปเข้าสังคมพบปะผู้คน เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน งดดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้ช่วยลดภาวะซึมเศร้า แต่กลับทำให้ขาดสติไม่สามารถควบคุมตนเองได้และควรปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลตนเองอย่าปล่อยให้อารมณ์ด้านลบมาขัดขวางโปรแกรมดูแลตนเอง

อารมณ์โกรธ อารมณ์ความรู้สึกแรก ๆ ที่เกิดขึ้นกับคนส่วนใหญ่มักเป็นแบบเดียวกัน คือเริ่มจากการปฏิเสธ ก่อนจะกลายเป็นความโกรธเมื่อตระหนักแล้วว่าต้องอยู่กับโรคนี้ไปอีกยาวนาน

ความโกรธและโรคซึมเศร้ามีผลเหมือนกันคือทำให้เสี่ยงเป็นโรคหัวใจมากขึ้น ความโกรธอาจเป็นอารมณ์ที่ควบคุมได้ยากแต่มีวิธีการที่ผู้ป่วยจะรับสภาพปัญหาด้วยการยอมรับความจริงความสงบทางจิตใจจะเกิดขึ้นเมื่อเปิดใจยอมรับความจริงว่าเป็นโรคเบาหวาน พยายามสังเกตสิ่งเร้าว่ามักจะเกิดอารมณ์หงุดหงิดรำคาญ คับข้องใจ หรือเกรี้ยวกราดตอนไหน ลองบันทึกว่าเกิดอะไรขึ้นทุกครั้งที่โกรธ จะช่วยทำให้มองเห็นสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นอารมณ์ทำให้สามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้นอาจใช้วิธีการจิตนาการว่าเป็นปลากำลังว่าย ใกล้ ๆ เบ็ดที่มีเหยื่อล่ออยู่ เหยื่อล่อนี้คือสิ่งที่กระตุ้นความโกรธ จะงับหรือเพียงแต่เห็นเหยื่อเป็นอะไรแล้วผ่านไป เมื่อมีสติที่จะไม่งับเหยื่อจะทำให้ควบคุมความโกรธได้ หรืออาจใช้วิธีการเปลี่ยนเรื่องคิดหากว่าอารมณ์โกรธยังคงมีอยู่

ความวิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้าอาจเกิดความรู้สึกวิตกกังวลอยู่ด้วยเพราะอารมณ์สองอย่างนี้มักเกิดร่วมกัน แต่ถึงไม่ใช่เรื่องเศร้าการเป็นเบาหวานก็เป็นต้นเหตุทำให้กังวลได้ในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งอาจจะเกิดจากความกลัวปัญหาแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตในอนาคต แม้ว่าจะติดตามอาการเบาหวานและดูแลตัวเองเป็นอย่างดีแต่ธรรมชาติของโรคเบาหวานที่มองไม่เห็นและรู้สึกไม่ได้อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลว่าสิ่งเลวร้ายอาจเกิดขึ้นกับตัวเองได้ คำแนะนำที่จะช่วยปลดปล่อยจากความวิตกกังวลกลัวได้ คือควรปรึกษาแพทย์ ซึ่งแพทย์จะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและอาจส่งพบจิตแพทย์หรือนักจิตบำบัดเพื่อหาสาเหตุต่อไป พยายามมองสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริงและถามตัวเองว่ามีหลักฐานสนับสนุนความคิดนั้นหรือไม่ พยายามยืนยันกับตัวเองว่าสิ่งดี ๆ ย่อมทำให้เกิดขึ้นได้เสมอ พยายามหาสมุดปากกาใกล้ ๆ ตัว พยายามจดบันทึกสิ่งที่รบกวนจิตใจ พยายามเขียนให้ชัดเจนเพื่อให้คุณมั่นใจได้ว่าสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาได้ต่อไป

ความเครียด ความเครียดที่มากเกินเหตุอาจไม่เป็นผลดีและกับจะเลวร้ายยิ่งขึ้นสำหรับผู้เป็นเบาหวาน อาจเป็นอุปสรรคต่อการจัดการโรควิธีที่จะจัดการความเครียดคือหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เครียดแต่อาจทำไม่ได้ทุกครั้งและแนะนำว่าควรสร้างสัมพันธ์อันดีกับบุคคลรอบข้างเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันอบอุ่นไม่โดดเดียว ระวังคำพูดที่เป็นลบ เข้าร่วมโปรแกรมลดความเครียด มีศรัทธาในศาสนาเพราะศรัทธาในศาสนาอาจช่วยทำให้คุณมั่นใจและมีมุมมองในชีวิตที่กว้างไกลขึ้น แสดงความรู้สึกโดยการเขียนระบายความรู้สึกในสมุดบันทึกจะทำให้เครียดน้อยลงและอาจมีความต้านทานโรคดีขึ้น

อาการเบื่อเบาหวาน อาจไม่ทำให้เกิดอาการทางกายโดยตรงแต่ความรู้สึกคับข้องใจว่า สิ่งที่ตัวเองทำไม่เห็นช่วยให้โรคดีขึ้นเลย อาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ สิ่งที่ผู้ป่วยกระทำคือควรปรึกษาแพทย์หากรู้สึกอ่อนล้าในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน แพทย์อาจช่วยปรับยาการรักษาแต่ความมุ่งมั่นในการรักษาต้องสร้างจากตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยควรทบทวนเป้าหมาย ประเมินความก้าวหน้า ระบุขอบเขตของปัญหา หาทางแก้ไขปัญหา หมั่นเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนและเลือกมองแต่สิ่งดี ๆ อยู่เสมอ (สุณี ธนาเลิศกุล, บรรณาธิการ, 2551)

การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอจำเป็นต้องมีความตั้งใจและมีวินัยในตนเอง มีการรวบรวมงานวิจัยจากผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3,500 คน พบว่ามากกว่าสองในสามไม่เคยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและมีงานวิจัยอีกจำนวนมากระบุว่า ผู้เป็นโรคเบาหวานที่มีสุขภาพดีคือกลุ่มที่ตรวจและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ความจำเป็นในการตรวจเลือดของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีรายละเอียดที่ควรทราบหลายประการซึ่งผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์โดยตรง ผู้ที่ควบคุมโรคเบาหวานด้วยการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดมักจะคงที่ แพทย์อาจนัดตรวจเพียงสัปดาห์ละสามหรือสี่ครั้ง (สุณี ธนาเลิศกุล, บรรณาธิการ, 2551) ซึ่งตามคำแนะนำของคณะกรรมการเพื่อส่งเสริมการป้องกันและดูแลรักษาโรคเบาหวาน แนะนำให้ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตรวจน้ำตาลในเลือดสะสมทุก 3 - 6 เดือน ประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาหรืออินซูลินเหมาะสมหรือไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการปรับเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและช่วยให้แพทย์ทราบการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลเพื่อวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม (วีระศักดิ์ ศรินนภากร, 2553)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ตอนที่ 2 ตัวแปรที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาตัวแปรผลลัพธ์ในการควบคุมเบาหวาน ในบริบทความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยซึ่งจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องพบว่า ความไว้วางใจในแพทย์ ความคาดหวังในความสามารถของตนสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์และความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน (Bandura, 1977, 1986, 1994; Bandura & Locke, 2003; BecKer & Maiman, 1980; Lee & Lin, 2009; Caterinicchio, 1979; Watermen, 1981; Fenton et al., 1997; Oehl et al., 2000 cited in Harris, Baker & Gray, 2009; Kuo et al., 2003) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **ความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์**

ไฮนแนส (Haynes, 1976 cited in Harris, Baker & Gray, 2009) ได้อธิบายแนวคิดของความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ คือขอบเขตที่พฤติกรรมของคน ๆ หนึ่ง ในการใช้ยา การรับประทานอาหารตามคำแนะนำหรือการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับคำแนะนำในทางการแพทย์ที่กำหนด

เชอร์โบนี่ และคณะ (Sherbourne et al., 1992) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ในผู้ป่วยเรื้อรังโดยศึกษาจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งทำให้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นเหตุของความยึดมั่น เช่น ความทุกข์จากโรค ความสามารถในการแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของแบคเกอร์ และไมแมน (BecKer & Maiman, 1980) คาวิคซ์ และคณะ (Kravitz et al., 1993) ได้ทำการศึกษาการระลึกได้ของคำแนะนำและคำยึดมั่นต่อคำแนะนำในผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังโดยได้ศึกษาองค์ประกอบของ ความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์คือ ความยึดมั่นโดยทั่วไป ซึ่งเป็นความคิดเห็นที่โน้มเอียงไปในทางปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และความยึดมั่นโดยเจาะจงในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่ง รอน ดี เฮ (Hays, 1995) ได้พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมความยึดมั่นของผู้ป่วยต่อคำแนะนำของแพทย์ใน 2 องค์ประกอบคือด้านความยึดมั่นโดยทั่วไป เป็นความคิดเห็นที่โน้มเอียงไปในทางปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และด้านความยึดมั่นโดยเจาะจงเป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในผู้ป่วยเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตและโรคหัวใจ

แฟนตอน, โอฮิว และคณะ (Fenton et al., 1997; Oehl et al., 2000 cited in Harris, Baker & Gray, 2009) ได้อธิบายถึงสาเหตุของการไม่ยึดมั่นหรือยึดมั่นในคำแนะนำทางการรักษาพยาบาล เป็นเรื่องของช่องว่างระหว่างบุคคล ความต่อเนื่องของการติดต่อ สื่อสารและมีความซับซ้อน ในหลายองค์ประกอบได้ถูกจำแนกความน่าจะเป็นว่าบุคคลจะปฏิบัติตามเงื่อนไขข้อตกลงด้านการแพทย์ซึ่งได้ถูกจำแนกได้ 4 องค์ประกอบ

1. องค์ประกอบที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ปัจจัยทางสังคมประกอบด้วย อายุ เพศ สถานะทางสังคม ระดับการศึกษา ชนิด ระยะของโรค ความรุนแรงของโรค อาการเฉพาะ ต่าง ๆ ความสนใจในความเจ็บป่วย ความเข้าใจและความต้องการในการรักษาพยาบาลรวมถึง ความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่อถือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทั่วไป ๆ

2. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย มุมมอง และทัศนคติของญาติเพื่อนและความเต็มใจช่วยเหลือของญาติและเพื่อนหรือการช่วยจัดหา ช่วยเหลือในการควบคุมกำกับทางการแพทย์ การจัดการของหน่วยงานในการดูแลด้านการแพทย์ สิ่งแวดล้อมและความรวดเร็วในการปฏิบัติการทางการแพทย์

3. องค์ประกอบเกี่ยวกับแพทย์ ได้แก่ลักษณะการเปิดกว้าง ความจริงใจ ทีมบำบัดรักษากับสมาชิกในทีมดูแลผู้ป่วยและการรับรู้ของผู้ป่วยในการเอาใจใส่ของแพทย์ต่อผู้ป่วยซึ่งพบว่าเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิในการทำนายที่สูงสำหรับการยึดมั่นในคำนำแนะนำของแพทย์

4. องค์ประกอบทางการรักษาพยาบาล องค์ประกอบซึ่งจะช่วยเพิ่มความน่าจะเป็นของการไม่ยึดมั่นหรือยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ประกอบไปด้วยหลักเกณฑ์ทางการรักษาพยาบาลที่ ซับซ้อนการมีอยู่หรือความรุนแรงของผลข้างเคียงและความเข้าใจของผลกระทบที่น้อยทางการแพทย์การยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์อาจจะเปลี่ยนแปลงซึ่งขึ้นอยู่กับคำอธิบายในชุดหรือรูปแบบทางการรักษาพยาบาลหรือการพิจารณาถึงชนิด เงินทุนที่บุคคลต้องจ่ายให้กับแพทย์

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูร่าและล็อคกี้ (Bandura & Locke, 2003) ได้อธิบายถึงความยึดมั่นในกิจกรรมที่ยากจะส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ความสามารถของตนและอธิบายการเปลี่ยนแปลงหรือการกระทำพฤติกรรมว่าผลจากการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับการคาดหวังของบุคคล คือความคาดหวังในความสามารถของตน เป็นการคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนว่าเขาสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้หรือไม่ ในระดับใดและความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ (Bandura, 1977a) โดยแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนมีพื้นฐานหรือพัฒนามาจากปัจจัยต่าง เช่น การชักจูงด้วยวาจาหรือชี้แนะด้วยวาจาซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้ชักจูง ให้มีการกระทำพฤติกรรมรวมทั้งสถานการณ์นั้น ๆ ด้วย ๆ (Bandura, 1986)

แนวคิดความไว้วางใจในแพทย์ของคาร์เตอร์รินิคชิโอ (Caterinicchio, 1979) ซึ่งได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความไว้วางใจ คือการรับรู้เกี่ยวกับการได้ – เสีย ที่สัมพันธ์กับการเลือกแนวทางในการกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะไม่ชัดเจนสองฝักสองฝ่ายและประสบการณ์ของความกังวลที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนาหรือผลลัพธ์ที่นำความไม่พอใจมาให้ ตามแนวคิดของ คาร์เตอร์รินิคชิโอ พบว่าผู้ป่วยที่ระบุว่าความวางใจสูงต่อแพทย์ของตนจะส่งผลให้ปฏิบัติ

ตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล ถึงแม้ว่าการปฏิบัตินั้น ๆ จะต้องใช้จ่ายส่วนตัวในแง่เวลาและทรัพยากร และผู้ป่วยยังระบุว่า เขามีความไว้วางใจต่อแพทย์ในระดับสูงถึงแม้ว่าเขาจะได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์หลาย ๆ คน ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ก็ตาม ซึ่งแสดงว่าเมื่อผู้ป่วยให้ความไว้วางใจต่อแพทย์คนหนึ่งแล้วผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่จะให้ความไว้วางใจต่อแพทย์คนอื่น ๆ ในสถานพยาบาลนั้น

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ แบคเกอร์ และไมแมน (BecKer & Maiman, 1980) ซึ่งได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ โดยความคาดหวังในผลลัพธ์และความไว้วางใจในแพทย์เป็นปัจจัยทำนายการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ แบคเกอร์ และไมแมน ได้เสนอวิธีที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับคลินิกต่าง ๆ ได้ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มขึ้นได้แก่การให้ข้อมูลรายละเอียดของคำแนะนำที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติถูกต้องชัดเจนเข้าใจง่าย การปรับปรุงขั้นตอนการรักษาและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยให้เหมาะสม การตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและเจ้าหน้าที่ จะมีผลทำให้ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเจ้าหน้าที่และบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีขึ้นและการใช้วิธีการสร้างสัญญาระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

โรแซนสโตก และแบคเกอร์ (Rosenstock, 1966; Becker, 1974 cited in ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) ได้ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ว่าการที่บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่งและมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคในรูปแบบของการป้องกันหรือการปฏิบัติตนตามคำแนะนำไม่สูงจนเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาได้และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ไขปัญหาและสุดท้ายการรับรู้เกี่ยวกับราคาค่าใช้จ่ายในด้านเวลาเงิน พลังงาน ความสนใจ ความกลัว ความอายและอื่น ๆ

ความไว้วางใจและความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ฮิปโปกราตีส (Hippocrates cited in สิวลี ศิริไล, 2552) ได้อธิบายถึงศิลปะของการแพทย์ มีองค์ประกอบสามประการ ได้แก่ โรค ผู้ป่วยและแพทย์ แพทย์คือผู้รับใช้ศิลปะ ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการรักษาต่อสู้กับโรค และ อิริล็อต บิน (Elliott Binns, Op. cit., 1978) อธิบายว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีความสำคัญและสอนสืบทอดกันมาทุกยุคสมัย เพราะความร่วมมือจากผู้ป่วยต้องเริ่มจากความสัมพันธ์ที่ดีเป็นพื้นฐาน

วอร์เตอร์แมน (Waterman, 1981) ได้เสนอแนะว่าองค์ประกอบที่สำคัญต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย สามารถทำให้มีมากขึ้นโดยการที่แพทย์ให้ความสำคัญต่อการสร้างให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ มีการควบคุมตนเองและมีความรับผิดชอบต่อตนเอง ความไว้วางใจและวิธีการที่จะสร้างเสริมให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ จะมีผลในการเพิ่มพูนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

ลาเคว (Rakel, 2007) ให้ความเห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยยังคงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่ายและเป็นเครื่องป้องกันปัญหานานาประการที่จะเกิดขึ้น แพทย์ต้องอาศัยความสามารถส่วนตัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเมตตากรุณา ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างอบอุ่นเป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยก่อเกิดความไว้วางใจ เสริมสร้างความหวังและความเชื่อมั่นว่าจะหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ การที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือไม่นั้น อยู่ที่ว่าแพทย์สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของความจริงใจ ห่วงใย เมตตาและมองผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ อย่างน้อยก็มีความรู้เกี่ยวกับตัวเองหรืออาการป่วยของตนเองและมีส่วนร่วมในการรักษาอย่างจริงจังหรือไม่

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงพอสรุปได้ว่า ความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งเป็นการที่ผู้ป่วยมีขอบเขตของพฤติกรรมด้านสุขภาพซึ่งมี 2 องค์ประกอบคือ ความยึดมั่นโดยทั่วไป เป็นความคิดเห็นที่โน้มเอียงไปในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ และความยึดมั่นโดยเจาะจง การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งในบริบททางการแพทย์การรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันระหว่าง ความไว้วางใจในแพทย์ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ กับความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ อันจะส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์กับผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน

นอกจากนี้ นารีลักษณ์ น้อยนิ่ม (2553) พบว่าการที่ผู้เป็นโรคเบาหวานได้รับประทานอาหารที่ถูกต้องจะส่งผลให้ควบคุมเบาหวานได้ดี ควบคุมระดับไขมันให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล มีรายงานถึงการลดระดับ HbA_{1c} ได้ 1 – 2 % ในผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรองผลโดยนักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการที่มีประสบการณ์ใน การดูแลโรคเบาหวานกล่าวว่าจะเห็นผลในระยะเวลา 3-6 เดือนและประสิทธิภาพในการลดระดับไขมัน ลดระดับ LDL-C 15 - 25mg/ dl ประสิทธิในการรักษาความดันโลหิตสูงจาก Meta – Analysis และพบว่า Life Style Modification สามารถลดระดับความดันโลหิต (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2554) จากการที่ผู้เป็นโรคเบาหวานได้ออกกำลังกาย ทำให้การตอบสนองของอินซูลินดีขึ้นจึงทำให้การควบคุมน้ำตาลดีขึ้น

ลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ลดระดับไขมันคลอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เพิ่มระดับไขมันที่ดี (HDL-C) ลดความดันโลหิต ทำให้ระบบหัวใจดีขึ้น เพิ่มระดับความสามารถในการทำงานหรือการออกกำลังกาย มีส่วนเสริมในการลดน้ำหนักร่วมกับการควบคุมอาหาร (สุทธิศักดิ์ ไชยอัชนรัตน์, 2553) และผลลัพธ์จากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ การออกกำลังกายให้ผลลัพธ์โดยสามารถลดน้ำตาลในเลือดกระตุ้นการตอบสนองต่ออินซูลิน (สุณี ธนาเลิศกุล, บรรณาธิการ, 2551) นอกจากนี้การศึกษาวิจัยของ ลี และลิน (Lee & Lin, 2009) ซึ่งได้ศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของตัวแปรความไว้วางใจในแพทย์ ความคาดหวังในความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์และความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากศูนย์แพทย์ ทั้งโรงพยาบาลเมือง 1 แห่ง และนอกเมือง 1 แห่งในประเทศไต้หวันที่มีความแตกต่างกัน 3 ด้าน ได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ และเชื้อชาติ จำนวน 480 คน เป็นโรคเบาหวานมาไม่น้อยกว่า1 ปี พบว่าความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ มีอิทธิพลทางบวกต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูร่า (Bandura & Locke, 2003) ซึ่งได้อธิบายถึงความยึดมั่นในกิจกรรมที่ยากจะส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ความสามารถของตน

จากรายงานการแพทย์ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงสรุปได้ว่า ความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ในการควบคุมเบาหวานเป็นการที่ผู้ป่วยมีขอบเขตของพฤติกรรมด้านสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วย ความยึดมั่นโดยทั่วไปและความยึดมั่นโดยเจาะจง ซึ่งในบริบททางการแพทย์การรักษาพยาบาล คาดหวังให้ผู้ป่วยมีความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งการที่ผู้เป็นเบาหวานจะมีความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ได้นั้นจะต้องมี ความไว้วางใจในแพทย์ อันจะส่งผลให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์อันจะส่งผลต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานซึ่งหมายถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. ความคาดหวังในความสามารถของตน

ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self-Efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ แบนดูรา มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล และเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์มีความแตกต่างกัน พร้อมทั้งอาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวการณ์นั้น ๆ นั่นเอง นั่นคือ

ถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถเราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่ายและประสบความสำเร็จในที่สุด

ในระยะแรก แบนดูร่า (Bandura) เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถแห่งตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977a) แต่ต่อมา แบนดูรา (Bandura) ได้ใช้คำว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self - Efficacy) โดยให้คำกำจัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สมโภชน์ เอี่ยมภาษิต, 2541)

การรับรู้ความสามารถของตนเองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับการคาดหวังของบุคคล คือ

1. ความคาดหวังในความสามารถของตน เป็นการคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนว่าเขาสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้หรือไม่ ในระดับใด

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นการคาดหวังของบุคคลว่าเมื่อเขาพยายามทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลกรรมใด

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินว่าตนจะใช้ความพยายามในการกระทำมากน้อยเพียงไร และเขาจะอดทนต่อการเผชิญกับอุปสรรคหรือประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจได้นานเท่าไร บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนสูงและคาดว่าถ้ากระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลที่เกิดจากการกระทำสูงด้วย บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้นสูงด้วย ในทางตรงกันข้ามกัน บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถต่ำและคาดคะเนว่าถ้าตนกระทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับผลจากการกระทำต่ำ เขาก็มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1986)

แหล่งของปัจจัยที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Source of Self – Efficacy Beliefs)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง จะมีพื้นฐานหรือพัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ปัจจัยดังนี้ (Bandura, 1986)

1. การกระทำที่ประสบความสำเร็จ เป็นแหล่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุด การกระทำที่ประสบความสำเร็จจะทำให้บุคคลประเมินความสามารถของตนเองสูงขึ้น ในขณะที่ความล้มเหลวจะทำให้บุคคลประเมินความสามารถของตนเองต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความล้มเหลวเกิดขึ้นในช่วงแรก ๆ ของการปฏิบัติงาน บุคคลนั้นจะให้น้ำหนักกับประสบการณ์ใหม่มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับธรรมชาติ ความเข้มของการรับรู้ความสามารถเดิมที่มีอยู่ และหลังจากการรับรู้ความสามารถได้รับการพัฒนาโดยการประสบความสำเร็จบ่อย ๆ แล้วความล้มเหลว

ที่อาจจะมีขึ้นเป็นครั้งคราวก็จะไม่มีผล หรือมีผลน้อยมากต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้ มีแนวโน้มที่จะแผ่ขยายไปยังสภาพการณ์ เวลา งาน หรือบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Bandura, Adams & Beyer, 1997).

2. การได้เห็นตัวอย่างจากผู้อื่น การรับรู้ความสามารถของตนเองจะได้รับอิทธิพลมาจากการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จจากการกระทำพฤติกรรม การได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันแล้วประสบผล ก็จะทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และบุคคลนั้นจะต้องมีความสามารถในการทำกิจกรรมนั้นได้อยู่ก่อนแล้ว การสังเกตผู้อื่นประสพความสำเร็จ ในการเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกันหรือได้เห็นแบบอย่าง แม้ว่าจะมีอิทธิพลไม่มากเหมือนกับการที่เคยมีประสบการณ์ที่ประสพความสำเร็จมาก่อน แต่ก็จะสามารถทำให้ผู้สังเกตมีการรับรู้ว่าตนเองก็มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้เช่นกัน ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่ามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ดูแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนก็จะสามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้ การที่ได้สังเกตบุคคลอื่นแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์แบบเดียวกันและได้รับผลเป็นที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตเกิดประสบการณ์ทางอ้อมที่ทำให้เกิดคิดคล้อยตามว่า ผู้อื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ถ้าตั้งใจและพยายาม

3. การชักจูงด้วยวาจาหรือชี้แนะด้วยวาจา การรับรู้ความสามารถตนเองอาจเกิดขึ้นได้หรือมีการเปลี่ยนแปลงได้ จากการที่บุคคลได้รับการชักจูงหรือแนะนำให้มีความเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ในการที่จะกระทำกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายได้แต่ความสำเร็จในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยวิธีนี้ อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความชำนาญของผู้แนะนำ ความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้ชักแนะนำแรงจูงใจให้มีการกระทำพฤติกรรมรวมทั้งสถานการณ์นั้น ๆ ด้วย

4. ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายหรือกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Physiologic Response or Emotional Arousal) ความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เป็นผลจากการที่บุคคลเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามนั้น ถ้ามีในระดับสูงอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้

หลากมิติของการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Multidimensionality of Self-Efficacy)

แบนดูรา (Bandura, 1977b) ได้เสนอลักษณะของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ มิติที่หนึ่ง เกี่ยวกับปริมาณของการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Magnitude) กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองจะแตกต่างไปในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง หรือแตกต่างกันในตัวบุคคลเดียวกันเมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน เป็นการคาดหวังว่าตน

จะทำงานสำเร็จถึงระดับไหน เมื่อถูกเสนองานที่มีระดับความยากแตกต่างกัน มิติที่สอง เกี่ยวกับการแผ่ขยาย (Generality) ความคาดหวังในความสามารถของตนอาจแผ่ขยายจากสถานการณ์อื่นในปริมาณที่แตกต่างกันก็ได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นได้ มิติที่สามเกี่ยวกับ ความเข้ม หรือความมั่นใจ (Strength) ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความเข้มข้นน้อย คือบุคคลไม่มั่นใจในความสามารถของตน เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังก็จะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองลดน้อยลง แต่ถ้ามีความเข้มหรือความมั่นใจมากบุคคลจะมีความบากบั่น มานะพยายามมาก แม้ว่าจะประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับที่ตนคาดหวังก็ตาม

กระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy Activate Process)

การรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีผลต่อกระบวนการ 4 อย่าง กระบวนการทั้ง 4 ประการนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลดังต่อไปนี้ (Bandura, 1994)

1. กระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) การรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีผลต่อกระบวนการทางปัญญาหลายรูปแบบ พฤติกรรมของบุคคลส่วนมากมีจุดมุ่งหมายซึ่งถูกกำกับโดยการคิดเป้าหมายไว้ล่วงหน้า การตั้งเป้าหมายของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากการประเมินความสามารถของตน คนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะตั้งเป้าหมายที่สูงและท้าทายมีความมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมายมากกว่าคนที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และรูปแบบพฤติกรรมส่วนใหญ่มักริเริ่มจากรูปแบบการคิดสร้างภาพการณ์ล่วงหน้าและย้อนทบทวน บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถสูงจะสร้างภาพแห่งความสำเร็จสิ่งนี้จะช่วยแนะแนวทางและสนับสนุนการกระทำส่วนบุคคลที่สงสัยในความสามารถของตนเองจะสร้างภาพความล้มเหลวไว้ล่วงหน้า กระบวนการคิดจึงทำให้บุคคลทำนายเหตุการณ์และพัฒนาแนวทางที่จะควบคุมสิ่งที่จะมีผลต่อการดำรงชีวิตของตนเองในสภาพการณ์เรียนรู้ บุคคลมุ่งเน้นไปที่ความรู้ของตนที่จะแสดงความคิดเห็นเพื่อรวบรวมปัจจัยต่าง ๆ นำไปสู่การตรวจสอบโดยบุคคลจะพิจารณาการประเมินตนเองอีกครั้งจากผลการกระทำระยะสั้นและระยะยาว จดจำปัจจัยต่าง ๆ ที่ถูกตรวจสอบและจำว่าตนเองจะทำงานได้ดีได้อย่างไร

การเผชิญกับสภาพการณ์ที่มีความกดดัน อุปสรรค หรือล้มเหลว บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมีความคิดวิเคราะห์ที่เอาแน่นอนอะไรไม่ได้ เกิดความพึงพอใจตนเองในระดับต่ำและคุณภาพการทำงานจะด้อยลง ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถสูงจะตั้งเป้าหมายที่ท้าทายและใช้การคิดวิเคราะห์ที่ดีในการที่จะบรรลุผลสำเร็จ

2. กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีบทบาทสำคัญในการจูงใจตนเอง การจูงใจของบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในรูปของกระบวนการคิด บุคคลจะมีการจูงใจตนเองและชี้แนะการกระทำของตนเองโดยการคิดล่วงหน้า บุคคลจะสร้างความเชื่อ

จากการคิดว่าตนเองสามารถทำอะไรก็ได้และมีความคาดหวังถึงผลของการกระทำ บุคคลจะตั้งเป้าหมายและวางแผนการกระทำของตนเอง

รูปแบบการจูงใจทางความคิดมีลักษณะแตกต่างกัน 3 ลักษณะ คือการระบุสาเหตุ การคาดหวังผล การเห็นคุณค่าและการตั้งเป้าหมาย ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีบทบาทต่อการจูงใจทางความคิดทั้ง 3 ลักษณะ ดังนี้

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการระบุสาเหตุ คนที่มีการรับรู้ความสามารถสูงจะอ้างสาเหตุของความล้มเหลวของตนว่าเกิดจากการขาดความพยายาม คนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ก็จะอ้างสาเหตุของความล้มเหลวนั้นว่าเกิดจากตนเองไม่มีความสามารถจึงล้มเหลว การระบุอ้างสาเหตุนี้จะมีผลต่อการจูงใจ การกระทำและปฏิกิริยาอารมณ์โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.2 การคาดหวังผลและเห็นคุณค่า แรงจูงใจจะถูกควบคุมโดยการคาดหวังผลจากการกระทำแต่ละบุคคลจะกระทำพฤติกรรมภายใต้ความเชื่อที่ว่าตนเองสามารถทำอะไรและเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำ อิทธิพลของการคาดหวังผลและเห็นคุณค่าจะเป็นแห่งเหตุจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.3 การตั้งเป้าหมาย บุคคลจะตั้งเป้าหมายที่ท้าทายและประเมินผลย้อนกลับจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ การตั้งเป้าหมายที่ท้าทายจะทำให้แรงจูงใจเพิ่มขึ้นและมีระดับคงที่ เป้าหมายต่าง ๆ จะมีอิทธิพลต่อบุคคลโดยผ่านกระบวนการภายในตนเองมากกว่าจะเป็นการควบคุมแรงจูงใจและพฤติกรรมโดยตรง แรงจูงใจนั้นจะมีพื้นฐานมาจากการตั้งเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปรียบเทียบทางปัญญา โดยการทำให้เกิดความพึงพอใจในตนเองจากเป้าหมายที่ตั้งไว้พฤติกรรมของบุคคลจะมีทิศทางและสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ยังคงใช้ความพยายามต่อไปจนกระทั่งบรรลุเป้าหมาย บุคคลจะพึงพอใจในตนเองในการบรรลุเป้าหมายที่มีคุณค่าและส่งเสริมให้ตนเองใช้ความพยายามมากขึ้นโดยความไม่พอใจกับการกระทำที่ต่ำกว่ามาตรฐาน แรงจูงใจจากเป้าหมายหรือมาตรฐานส่วนบุคคลจะได้รับอิทธิพลในตนเอง 3 ประเภท ดังนี้ การพึงพอใจและไม่พึงพอใจในการกระทำ การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และการปรับปรุงการตั้งเป้าหมายด้วยกระบวนการตนเอง

3. กระบวนการทางความรู้สึกและอารมณ์ (Affective Process) การรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีผลต่อความเครียดและความกดดันเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ลำบากมีอุปสรรคและจะมีผลต่อระดับแรงจูงใจ บุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเองจะสามารถควบคุมความเครียดที่จะทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ แต่คนที่เชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถจะมีความวิตกกังวลสูง

และมองว่าสภาพแวดล้อมที่เขาอยู่เต็มไปด้วยอันตราย และมีความวิตกกังวลกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ความวิตกกังวลไม่เพียงแค่ได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมแต่ยังได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ความสามารถด้านการควบคุมความคิดที่รบกวนด้วย การรับรู้ความสามารถด้านควบคุมความคิดเป็นปัจจัยสำคัญที่จะควบคุมความคิดอันก่อให้เกิดความเครียดและความกดดัน ทั้งการรับรู้ความสามารถในการจัดการ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความคิดจึงทำงานร่วมกันที่จะช่วยลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมหลีกเลี่ยง

4. กระบวนการเลือก (Selectio Process) การรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีผลต่อการเลือกกระทำพฤติกรรมโดยบุคคลจะเลือกกระทำในสถานการณ์ที่เขาเชื่อว่าเขาทำได้ และหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่าเกินความสามารถของตนเองที่จะทำได้บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเลือกงานที่มีลักษณะท้าทาย ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะท้อถอย หลีกเลี่ยงงาน เป็นการปิดโอกาสที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง

ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้ต้องผ่านกระบวนการทางปัญญาเสียก่อน และเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงแล้วก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลตามการตัดสินความสามารถของตนเอง ซึ่งความสามารถนี้ต้องอาศัยทักษะผสมผสานร่วมกันทั้งทักษะทางปัญญา สังคมและพฤติกรรมซึ่งจะทำให้เกิดรูปแบบพฤติกรรมตามสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้จะไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะที่บุคคลมีอยู่ในขณะนั้น หากแต่ขึ้นอยู่กับการตัดสินของบุคคลว่า เขาสามารถทำอะไรได้ด้วยทักษะที่เขามีอยู่ (Bandura, 1986)

การรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมนั้นสูง บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูงด้วย ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำหรืออาจจะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเลยก็ได้ อย่างไรก็ตาม แบนดูร่า (Bandura, 1986) กล่าวว่า แม้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแต่ก็มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้อันได้แก่

1. ขาดสิ่งจูงใจหรือสถานการณ์ภายนอกบังคับให้กระทำ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงอาจจะไม่กระทำพฤติกรรมหากว่าขาดสิ่งจูงใจหรือปัจจัยที่ไม่เอื้ออำนวยให้กระทำหรือบุคคลไม่เต็มใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

2. การตัดสินผลกรรมที่ผิดพลาดไป นั่นก็คือการที่บุคคลตัดสินเกี่ยวกับผลกรรมที่ตนเองจะได้รับจากการกระทำพฤติกรรมนั้นผิดพลาดไป ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าไม่คุ้มค่าที่ตนจะกระทำพฤติกรรมนั้น

3. ความไม่ทันเหตุการณ์ในการประเมินความสามารถของตนเอง นั่นคือเนื่องจาก

ประสบการณ์ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ถ้าหากบุคคลไม่ได้ประเมินตนเองตลอดเวลา จะทำให้บุคคลตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเองผิดพลาดไป จะมีผลทำให้บุคคลไม่กระทำพฤติกรรม

4. บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมที่เป็นสภาพการณ์โดยภาพรวมสูง เขาอาจจะไม่กระทำพฤติกรรมเมื่อเขาทำพฤติกรรมที่เป็นทักษะย่อย ๆ ของสถานการณ์นั้นเพราะเห็นว่าไม่สำคัญ

5. การประเมินความสำคัญของทักษะย่อยที่จำเป็นต้องใช้ในการกระทำพฤติกรรมผิดพลาด นั่นคือ เขาคิดว่าเขาขาดทักษะหรือมีทักษะด้านต่าง ๆ ไม่เพียงพอ เขาจึงไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

6. เป้าหมายของการกระทำมีลักษณะคลุมเครือ ไม่ชัดเจนและเป้าหมายนั้นไม่สามารถปฏิบัติได้

7. การรู้จักตนเองที่ไม่ถูกต้อง บุคคลที่รู้จักตนเองไม่ถูกต้อง อาจเป็นผลมาจากการกระทำที่มีลักษณะคลุมเครือไม่ชัดเจน อาจถูกบังคับให้กระทำหรือได้ข้อมูลภายนอกมาอย่างไม่ถูกต้อง

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ลี และบอบโก (Lee & Bobko, 1994 อ้างถึงใน วัลลภา สบายยิ่ง, นวลฉวี ประเสริฐสุข และประสิทธ์ สาระสันต์, 2539) ได้ทำการวิจัยเปรียบเทียบการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 วิธีดังนี้

1. วัดความเข้มหรือความมั่นใจ (Self – Efficacy Strength) เป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุด วิธีการวัดทำโดยการถามผู้ตอบว่า เขาสามารถปฏิบัติงาน ที่มีความยากของงานเพิ่มขึ้นได้เพียงใด ข้อคำถามมักมีลักษณะให้ประเมินความมั่นใจจากไม่มีความมั่นใจ (0) จนถึง มีความมั่นใจเต็มที่ (10) หรืออาจทำโดยใช้มาตราส่วนแบบอื่น ๆ ก็ได้ เช่น จาก 0% ถึง 100% เป็นต้น

2. การวัดระดับความยาก (Self–Efficacy Magnitude) เป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองรองลงมา วิธีการวัดจะทำโดยการถามผู้ตอบว่า เขาสามารถปฏิบัติงานที่มีความยากขึ้นได้หรือไม่ ซึ่งข้อคำถามมักจะมีลักษณะเป็นมาตรส่วนชนิด ใช่/ ไม่ใช่ คำตอบ “ใช่”จะมีคะแนน 1 คำตอบ “ไม่ใช่”จะมีคะแนน 0 ดังนั้น หากได้คะแนนสูงก็แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง

3. การวัดแบบผสมคือ การวัดที่ใช้ทั้งความมั่นใจและระดับความยากโดยที่ ลี และบอบโก พบว่ามีการวิจัยจำนวนหนึ่งที่ใช้การวัดแบบผสมนี้ โดยทั่วไปการวัดแบบผสมนี้จะใช้ข้อคำถามเดียวกัน คำตอบอาจแยกเป็น 2 ช่อง ช่องหนึ่งเป็นแบบ ใช่/ ไม่ใช่ อีกช่องหนึ่งจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า

หรือใช้ร้อยละ การวัดอีกแบบหนึ่งคือ วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้งระดับ ความยากและความมั่นใจ โดยพิจารณาเป็นสเกลเดียว เช่น ข้อคำถามจะให้ประเมินจาก "ฉันไม่สามารถทำได้ "0" ถึง "ฉันมั่นใจว่าสามารถทำได้มากที่สุด" 100% การวัดแบบนี้ ลี และบอบโก พบว่าเป็นการวัดที่สอดคล้องกับ แนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) มากที่สุด

4. การวัดความมั่นใจโดยใช้ข้อคำถามเพียงข้อเดียวเกี่ยวกับงานที่กำหนดแล้ว ให้ผู้ตอบประเมินค่าระดับความมั่นใจของตนเองต่อการทำงานที่กำหนดนั้น วิธีนี้เรียกว่า One – Item Confidence Rating

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตน เป็นกระบวนการทางปัญญา แรงจูงใจ ความรู้สึก อารมณ์และกระบวนการเลือก เพื่อที่บุคคลจะตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนว่าเขาสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้หรือไม่ ในระดับใด ซึ่งในความคาดหวังในความสามารถของตนในการควบคุมเบาหวานจะแสดงออกใน 4 ลักษณะคือ ความเห็นต่อการควบคุมเบาหวาน ความสามารถในการควบคุมเบาหวาน ความพยายามในการควบคุมเบาหวาน ความคาดหวังในระดับความสำเร็จ

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองกับผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน

ความคาดหวังในความสามารถของตน เป็นการคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนว่าเขาสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้หรือไม่ ในระดับใด ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความมั่นใจในความสามารถของตน และความคาดหวังในความสำเร็จในการที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมเพื่อการรักษาและปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ จากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูร่าอธิบายถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพและสมรรถนะซึ่งได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาซึ่งความสำเร็จในกิจกรรมซึ่งจะเสริมสร้างความยึดมั่นอันเป็นปัจจัยหลักต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Bandura & Locke, 2003; Kuo et al., 2003) ซึ่งในบริบทของโรคเรื้อรังมีการศึกษาที่แสดงถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยในการทำนายการรับรู้ทางกายภาพและสุขภาพทางอารมณ์ที่ดี (Hochhausen et al., 2007; Joekes, Van Eldern, & Schreurs, 2007) แบนดูร่า (Bandura, 1997) กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเห็นว่าความสามารถตนเองนั้นสามารถยืดหยุ่นได้ตามสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน สิ่งที่กำหนดประสิทธิผลการแสดงออกขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในสภาวการณ์นั้น ๆ นั่นคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่ามีความสามารถที่จะแสดงออกขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในสภาวการณ์นั้น ๆ นั่นคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่ามีความสามารถที่จะแสดงถึง

ความสามารถนั้นจะมีความอดทนและจะประสบความสำเร็จในที่สุดและแสดงให้เห็นว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะมีอิทธิพลต่อการกระทำซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker & Maiman, 1980) ในปี 1977 แบนดูร่าได้เสนอแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองน่าจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย (Glanz, Lewin & Rimer, 1997, 46 cited in ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546) การรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีผลกระทบต่อการเลือกกระทำพฤติกรรม เช่น การพยายามลดปริมาณการใช้ยา การดื่มเหล้าหรือการสูบบุหรี่ การออกกำลังกายหรือการฝึกการผ่อนคลาย ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง และปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลซึ่งอาจจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถในทางลบ เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับภาวะคุกคามที่บ่งบอกถึง ความล้มเหลว (Lawrance & Mcleroy, 1986 cited in อรพินท์ กายโรจน์, 2542) สอดคล้องกับแนวคิดของ โรแซนสโตก (Rosenstock, 1966 cited in ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) ซึ่งมีข้อสมมติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถของบุคคลที่จะแก้ไขปัญหา (Self – Efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเองยังมีอิทธิพลต่อตัวแปรด้านจิตสังคม กล่าวคือบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะคาดหวังว่าตนจะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมนั้นและได้รับผลลัพธ์ตามความคาดหวังของตน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self – Esteem) ในทางกลับกันถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับต่ำ คาดหวังว่าจะมีความล้มเหลวในการกระทำกิจกรรมนั้น และไม่ได้รับผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวัง เป็นผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง โอเลียรี่ (O'Leary, 1985) ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองไปใช้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง การควบคุมความเจ็บปวดและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหัวใจ พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวทำนายการแสดงออกของพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ เอ็ดเคอร์ช - แบล็ค และคณะ (Decker - Black et al., 1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนการผ่าตัดและพฤติกรรมภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี (Cholecystectomy) จำนวน 68 ราย พบว่าคะแนนของการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมภายหลังการผ่าตัด ซึ่งได้แก่การหายใจลึก ๆ การลุกจากเตียงเร็วและการทบทวนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คาดหวัง ส่วนคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขอยาบรรเทาปวดภายหลังผ่าตัด แนวคิดของแคพแลน และคณะ (Kaplan et., 1984) เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นเรื่องที่เฉพาะเจาะจง การสร้าง

ประสบการณ์ให้ประสพความสำเร็จในการทำกิจกรรมใด ผู้ป่วยจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการทำกิจกรรมนั้นเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ รูซ และคณะ (Ruiz et al., 1992) ได้ศึกษาพบว่าการทำให้ความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเดินได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่ว่าเมื่อบุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถสูงเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือสถานการณ์ที่ตนต้องเผชิญและพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินกำลังความสามารถของตน จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมนั้นด้วยความอุตสาหะและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่าง ๆ การศึกษาผลกระทบของการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่จะใช้ทำนายการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน (อรพินท์ กายโรจน์, 2542) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลี และลิน (Lee & Lin, 2009) ซึ่งได้ศึกษาตัวแปรความไว้วางใจในแพทย์ ความคาดหวังในความสามารถของตนความคาดหวังในผลลัพธ์ ความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผลการวิจัยปรากฏว่า ความไว้วางใจในแพทย์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานโดยมีอิทธิทางอ้อมเชิงบวกผ่านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงสรุปได้ว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเป็นกระบวนการทางปัญญา แรงจูงใจ ความรู้สึก อารมณ์และกระบวนการเลือก เพื่อที่บุคคลจะตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนว่าเขาสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้หรือไม่ ในระดับใด ซึ่งความคาดหวังในความสามารถของตนในการควบคุมเบาหวานจะแสดงออกใน 4 ลักษณะคือ ความเห็นต่อการควบคุมเบาหวาน ความสามารถในการควบคุมเบาหวาน ความพยายามในการควบคุมเบาหวาน ความคาดหวังในระดับความสำเร็จ จะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานผ่านความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์

3. **ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectancy)**

ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectary) หมายถึง การคาดหวังของบุคคลว่าเมื่อเขาพยายามทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลกรรมใด (Bandura, 1977)

ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา Bandura (1994) กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีบทบาทสำคัญในการจูงใจตนเอง การจูงใจของบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในรูปของกระบวนการคิด บุคคลจะมีการจูงใจตนเองและชี้แนะการกระทำของตนเองโดยการคิดล่วงหน้า บุคคลจะสร้างความเชื่อจากการคิดว่าตนเองสามารถทำอะไรก็ได้

และมีความคาดหวังถึงผลของการกระทำในรูปแบบการจูงใจทางความคิดมีลักษณะของความคาดหวังในผลลัพธ์ คือ การคาดหวังผลและเห็นคุณค่า แรงจูงใจจะถูกควบคุมโดยความคาดหวังผลลัพธ์จากการกระทำ แต่ละบุคคลจะกระทำพฤติกรรมภายใต้ความเชื่อที่ว่าตนเองสามารถทำอะไรและเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำ อิทธิพลของการคาดหวังผลและเห็นคุณค่าจะเป็นแห่งเหตุจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ประสบการณ์ในอดีตจากผลที่เกิดขึ้นจากภาพการกระทำบางอย่างนั้น ทำให้บุคคลพอที่จะคาดคะเนได้ว่าผลของการกระทำบางอย่างของตนจะออกมาในลักษณะใด เช่นเดียวกับผลของการกระทำดังกล่าวจะเป็นอย่างไรนั้น ส่วนใหญ่ก็อยู่ที่การตัดสินตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติได้ดีเพียงใดภายใต้สภาพการณ์เฉพาะ คนที่มีความสามารถสูงก็คาดหวังถึงผลจากการกระทำที่มีประสิทธิภาพสูง ในขณะที่คนที่สงสัยในตนเองก็จะคาดหวังการกระทำที่ไม่ค่อยจะมีประสิทธิภาพซึ่งจะก่อให้เกิดผลของการกระทำที่ไม่อยู่ในระดับที่ควรจะเป็น แต่ความคาดหวังในผลของการกระทำก็ไม่สามารถที่จะแยกให้เป็นอิสระจากการกระทำของตนเองได้อันเป็นจุดกำเนิดของความคาดหวังในผลของการกระทำนั้น ทั้งนี้เพราะผลของการกระทำที่คาดหวังนั้นขึ้นอยู่กับการตัดสินความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการกระทำอาจจะไม่ขึ้นอยู่หรือไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของตน ถ้าการกระทำใดก็ตามที่ไม่ก่อให้เกิดผลที่ต้องการเช่น บุคคลที่มีความสามารถแต่เขาไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเพราะเขาคาดหวังว่าเมื่อทำแล้ว เขาจะไม่ได้รับผลจากการกระทำที่เขาต้องการอาจเนื่องมาจากสังคมที่ได้ให้โอกาสเขาหรืออาจเกิดอคติขึ้นในสังคมและบุคคลอาจจะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นถ้าบุคคลเกิดความสงสัยว่าเขาจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นให้ประสบความสำเร็จได้หรือไม่ แม้บุคคลจะเห็นว่าผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำเป็นสิ่งที่น่าปรารถนาเพียงใด

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินว่าตนจะใช้ความพยายามในการกระทำมากน้อยเพียงไร และเขาจะอดทนต่อการเผชิญกับอุปสรรคหรือประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจได้นานเท่าไร บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนสูงและคาดว่าถ้ากระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลที่เกิดจากการกระทำสูงด้วย บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้นสูงด้วย ในทางตรงกันข้ามกันบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถต่ำและคาดคะเนว่าถ้าตนกระทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับผลจากการกระทำต่ำ เขาก็มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1986)

ความคาดหวังในความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 ตัวนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น ผู้หญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนจะตัดสินใจใช้ฮอร์โมนทดแทน เนื่องจากมีความเชื่อว่า การใช้ฮอร์โมนทดแทนสามารถช่วยบรรเทาอาการจากภาวะหมดประจำเดือน ป้องกันโรคกระดูกเปราะ โรคหัวใจ หรือโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่เกิดจากการหมดประจำเดือนและตัวเขาเอง

ก็สามารถที่จะเลือกใช้ฮอร์โมนทดแทนได้ แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการใช้ฮอร์โมนทดแทนทำให้เป็นมะเร็งได้ บุคคลนั้นก็จะตัดสินใจไม่เลือกวิธีการใช้ฮอร์โมนทดแทน (Ali, 1998) วุลเฟิร์ท และแวน (Wulfert & Wan, 1993) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ถุงยางอนามัยในนักศึกษาที่เรียนจิตวิทยาจำนวน 200 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ต่างเพศ (Heterosexual) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีความคาดหวังว่าการใช้ถุงยางอนามัยจะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคได้ จะมีการรับรู้ความสามารถของตนในการใช้ถุงยางอนามัยมากกว่ากลุ่มที่มีความคาดหวังว่า การใช้ถุงยางอนามัยทำให้รบกวนความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ และจากการศึกษาของ สตีวอร์ท และคณะ (Stewart et al., 1997) บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันสูง เนื่องจากมีความเชื่อว่าการแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันจะทำให้มีฟันใช้ตลอดชีวิต ป้องกันโรคฟันผุและป้องกันลมหมายใจที่มีกลิ่นเหม็น ส่วนกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำเนื่องจากมีความเชื่อว่า การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันวันละ 2 ครั้ง จะทำให้ร่องซี่ฟันห่าง

จากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นรูปแบบการจูงใจทางความคิดของตนเองโดยการคาดหวังของบุคคลว่าเมื่อเขาพยายามทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลกรรมใด การจูงใจของบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในรูปของกระบวนการคิด บุคคลจะมีการจูงใจตนเองและชี้แนะการกระทำของตนเองโดยการคิดล่วงหน้า บุคคลจะสร้างความเชื่อจากการคิดว่าตนเองสามารถทำอะไรก็ได้และมีความคาดหวังถึงผลของการกระทำ ซึ่งความคาดหวังในผลลัพธ์มีลักษณะของการคาดหวังผลและเห็นคุณค่า ซึ่งอิทธิพลของการคาดหวังผลและเห็นคุณค่าจะเป็นแห่งเหตุจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้น

ความคาดหวังในผลลัพธ์กับผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน

แบนดูรา (Bandura, 1991 cited in Conn, 1998) กล่าวว่าความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นความเชื่อถึงผลดีที่จะตามมาภายหลังจากการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ นอกจากนี้ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีบทบาทสำคัญในการจูงใจ และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะเมื่อพฤติกรรมนั้นไม่ยากที่จะปฏิบัติตามเพราะบุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมสำเร็จได้ง่ายถ้าขาดแรงจูงใจ (Incentive) มีงานวิจัยต่าง ๆ พบว่าความเชื่อในผลของพฤติกรรมที่เป็นทางบวกมีความสำคัญ

การศึกษาของดีวอลโตสกี (Dzewaltowski, 1994) ที่พบว่าผู้หญิงสูงอายุที่ออกกำลังกายเนื่องจากมีความเชื่อผลทางด้านบวกภายหลังจากการออกกำลังกายคือ ทำให้ตนรู้สึกสดชื่นมากกว่าความเชื่อทางด้านลบ คือหลังจากการออกกำลังกายทำให้ตนมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย นอกจากนี้ การศึกษาความคาดหวังในผลลัพธ์ของการหยุดสูบบุหรี่ในคนงานชายในโรงงานแบตเตอรี่แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าบุคคลที่หยุดสูบบุหรี่เนื่องจากมีความคาดหวังต่อประโยชน์ที่ได้รับ

จากการหยุดสูบบุหรี่ คือทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (อภิลักษณ์ รัตนสุวัจน์, 2538) การศึกษาถึงความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ถุงยางอนามัย พบว่าการใช้ถุงยางอนามัย ทำให้สามารถป้องกันโรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ได้และส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มที่มีความเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยทำให้รบกวนความสุขในขณะมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยลดลงด้วย (Annis & Davis, 1998 cited in อรพินท์ กายโรจน์, 2542) จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ หรือไม่นอกจากจะขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้วยังขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ แล้วจะได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้จะเป็นแรงเสริมให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความตื่นกลัวน้อยลงสอดคล้องกับแนวคิดแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ แบคเกอร์ และคณะ (BecKer & Maiman, 1980) ซึ่งได้อธิบายทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และการปฏิบัติคามคำแนะนำของผู้ป่วยในองค์ประกอบการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefits and Costs/ Barriers) หมายถึงการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลี และลิน (Lee & Lin, 2009) ซึ่งได้ศึกษาตัวแปรความไว้วางใจในแพทย์ ความคาดหวังในความสามารถ์ของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผลการวิจัยปรากฏว่าความไว้วางใจในแพทย์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน โดยมีอิทธิทางอ้อมเชิงบวกผ่านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์

จากรายงานทางการแพทย์ซึ่ง นารีลักษณ์ น้อยนิ่ม (2553) กล่าวว่าผลลัพธ์จากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับประทานอาหารที่ถูกต้อง จะส่งผลในควบคุมเบาหวานได้ดี ควบคุมระดับไขมันให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง การออกกำลังกาย ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ในการดูแลเรื่องการออกกำลังกาย สุทธิศักดิ์ ไชยอัชนรัตน์ (2553) อธิบายว่าจากการที่ผู้เป็นเบาหวานได้รับจากการออกกำลังกายทำให้การตอบสนองของอินซูลินดีขึ้นจึงทำให้การควบคุมน้ำตาลดีขึ้นลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและ สุณี ธนาเลิศกุล, บรรณาธิการ (2551) ได้อธิบายถึงประโยชน์และผลลัพธ์จากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ การออกกำลังกายให้ผลลัพธ์ โดยสามารถลดน้ำตาลในเลือดกระตุ้นการตอบ สนองต่ออินซูลิน ช่วยเผาผลาญไขมัน รีดน้ำหนักส่วนเกิน

ปกป้องหัวใจ การดูแลปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงสรุปได้ว่าความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่ดีที่จะตามมาภายหลัง ซึ่งการที่บุคคลจะมีความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์หรือไม่ ขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์และเมื่อผู้ป่วยมีความไว้วางใจในแพทย์และได้คำแนะนำถึงผลลัพธ์ในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์แล้วจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งความคาดหวังในผลลัพธ์แสดงออกในลักษณะของการคาดหวังผล โดยผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในผลของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และในลักษณะการเห็นคุณค่า โดยผู้ป่วยมีความเห็นคุณประโยชน์ที่ดีที่จะตามมาภายหลังจากการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งจะมีอิทธิทางอ้อมต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานผ่านทางความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์

4. ความไว้วางใจในแพทย์

นักวิชาการได้ให้ความหมายของความไว้วางใจ ไว้หลากหลายตามพื้นฐานและทัศนะของนักวิชาการแต่ละท่าน ซึ่งผู้วิจัยรวบรวบดังต่อไปนี้

เบเออร์ (Baier, 1986) ให้คำจำกัดความว่า ความเชื่อถือไว้วางใจคือ ความเชื่อมั่นในผู้อื่นว่าเขาจะกระทำทุกวิถีทางในการปกป้องผลประโยชน์ของเราและจะไม่ทำร้ายหรือเอาเปรียบเรา

วิทนีย์ (Whitney, 1996) ได้กล่าวถึงความไว้วางใจ หมายถึง ความเชื่อ ความมั่นใจในความซื่อสัตย์ ความน่าเชื่อถือและความยุติธรรมในบุคคลหรือสิ่งใด ๆ

มิสชา (Mishra, 1996) ได้ให้ความหมายความไว้วางใจว่า เป็นความเต็มใจของบุคคลที่มีความมั่นคงต่อบุคคลอื่น โดยมีความเชื่อว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลที่มีความสามารถ มีความเปิดเผยให้ความสนใจห่วงใยและความน่าเชื่อถือ

มาแชล (Marshall, 2000) ได้ให้ความหมายความไว้วางใจว่า ความไว้วางใจเป็นผลสะท้อนให้เกิดความเชื่อมั่น ความซื่อสัตย์ของบุคคลที่มีต่อคุณลักษณะและความสามารถของบุคคลอื่น

รอบบิน (Robbins, 2000) ได้ให้ความหมายความไว้วางใจว่า ความไว้วางใจเป็นความคาดหวังในทางบวกต่อบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นคำพูด การกระทำ หรือการตัดสินใจที่จะกระทำตามสมควรแล้วแต่โอกาส

จากความหมายของความไว้วางใจข้างต้น สรุปได้ว่าความไว้วางใจ หมายถึง ความเชื่อมั่นในคุณลักษณะ ความสามารถ หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่จะกระทำตามความเหมาะสมในการรักษาผลประโยชน์ของตนไว้

แนวคิดของความไว้วางใจ (Concepts of Trust)

ลูมัน (Luhmann, 1979) มีแนวคิดไปในทางเดียวกันว่า ความเชื่อถือไว้วางใจถูกนำมาใช้เพื่อบรรเทาความไม่แน่นอน ดังนั้นการแสดงความเชื่อถือไว้วางใจก็คือการรอคอยอนาคต โดยแสดงพฤติกรรมราวกับว่าอนาคตเป็นสิ่งที่แน่นอน

ลีวิส และไรเกอร (Lewis & Weigert, 1985) ได้เสนอวางแนวคิดความเชื่อถือไว้วางใจ ที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ ความเชื่อถือไว้วางใจทางความคิด ทางอารมณ์ และทางพฤติกรรม (Cognitive Emotional and Behavioral)

ความไว้วางใจเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านสังคม จิตวิทยา การเมือง เศรษฐกิจ มนุษยวิทยา ประวัติศาสตร์และชีววิทยาสังคม ซึ่งความแตกต่างของมุมมองเหล่านี้ ลีวิสกี และบันเกอร์ (Lewicki & Bunker, 1996) ได้รวบรวมออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

มุมมองของนักทฤษฎีบุคลิกภาพ (The Views of Personality Theorists) เป็นมุมมองที่มุ่งเน้นถึงความแตกต่างทางบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่มีความพร้อมต่อความไว้วางใจ ซึ่งความพร้อมต่อความไว้วางใจนั้นจะถูกสร้างและพัฒนาขึ้นมาจากบริบททางสังคม ความไว้วางใจในแนวคิดของนักทฤษฎีบุคลิกภาพ จึงเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความคาดหวังหรือความรู้สึกที่หยั่งลึกในลักษณะของบุคลิกภาพซึ่งก่อเกิดจากการพัฒนาทางด้านจิตสังคมของบุคคลในวัยทารก

มุมมองของนักสังคมวิทยาและนักเศรษฐศาสตร์ (The View of Sociologists and Economists) เป็นมุมมองที่มุ่งเน้นว่า ความไว้วางใจเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในองค์การหรือสถาบัน (Institutional Phenomenon) ความไว้วางใจจึงเป็นแนวคิดที่เป็นทั้งปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นภายในและระหว่างองค์การ เป็นความไว้วางใจของบุคคลหรือองค์กรเหล่านั้น

มุมมองของนักจิตวิทยาสังคม (The View of Social Psychologists) เป็นมุมมองที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งก่อให้เกิดการสร้างหรือทำลายความไว้วางใจในระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ดังนั้น ความหมายของความไว้วางใจในมุมมองของนักจิตวิทยาสังคมจึงเป็นความคาดหวังของกลุ่มบุคคลอื่นในการดำเนินการร่วมกัน เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามความคาดหวังและเป็นส่วนประกอบในบริบทที่ช่วยเสริมสร้างหรือยับยั้งการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความวางใจ

ความสำคัญของความไว้วางใจ (The Trust Imperative)

บุคคลส่วนใหญ่ต้องการได้รับความไว้วางใจในคำพูดและได้รับการยอมรับในคุณค่าของงานที่เขากระทำ พร้อมทั้งต้องการที่จะสามารถให้ความไว้วางใจผู้อื่น ๆ เพราะความไว้วางใจเป็นเสมือนเครื่องยึดเหนี่ยวบุคคลให้อยู่ร่วมกันด้วยความผูกพัน มาแซล (Marshall, 2000) กล่าวว่าความไว้วางใจเป็นความสำคัญเนื่องจากความไว้วางใจเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งเป็นกฎแห่งธรรมชาติและเป็นข้อเท็จจริงที่ช่วยปกป้องชีวิตมนุษย์ ความไว้วางใจจึงเป็นความจำเป็น เป็นความปรารถนาของมนุษย์ในการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันและเป็นหลักเกณฑ์ที่สำคัญในการดำรงอยู่ร่วมกัน ความสำคัญของความไว้วางใจสามารถแยกย่อยเป็น 5 ปัจจัยดังนี้

1. ความต้องการทางด้านชีววิทยา (A Biological Need) เมื่อบุคคลกำเนิดขึ้นมา

บนโลก ความไว้วางใจบุคคลอื่นเป็นความจำเป็นทางด้านชีววิทยา เนื่องจากเมื่อแรกเกิดร่างกายเปราะบาง ไม่มีสิ่งปกคลุมร่างกายและมีความเสี่ยง บุคคลยังไม่รับรู้ถึงความเปราะบางนั้น แต่บุคคลจะให้ความไว้วางใจกับบุคคลอื่น 2 คนที่ให้การดูแลด้วยความจริงใจและเมื่อเจริญเติบโตขึ้น ความไว้วางใจจะยังคงอยู่ แต่ระดับความไว้วางใจจะชัดเจนขึ้นจากประสบการณ์ในวัยทารกและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตต่อมา

2. ความต้องการด้านจิตใจ (A Psychological Requirement) ในทางจิตวิทยา บุคคลต้องการมีความสามารถในการคาดคะเน มีความมั่นคงยั่งยืนและมีความรู้สึกปลอดภัย บุคคลต้องการรู้ว่าสถานที่ไหนที่สามารถยืนหยัดร่วมกับผู้อื่น อะไรที่สามารถคาดเดาได้ สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลทำงานได้ดีขึ้น ในสถานที่ทำงานซึ่งมีระดับความไว้วางใจสูงจะมีการติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผยและมีการปฏิบัติต่อกันอย่างยุติธรรม นั่นคือความรู้สึกมั่นคงทางด้านจิตใจจะช่วยเสริมสร้างความผาสุกทางอารมณ์

3. การสุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional Well Being) บุคคลส่วนใหญ่ทำงานเพื่อต้องการความผาสุกในชีวิต ซึ่งเป็นเครื่องวัดความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง การมีสุขภาวะทางอารมณ์ในระดับต่ำ บุคคลจะรู้สึกถูกกดดันไม่สามารถควบคุมตนเองได้และรู้สึกเป็นเหยื่อของบุคคลอื่น

4. ความสำคัญของการเคารพตนเอง (A Cornerstone of Self Respect) การเคารพในตนเองเป็นพื้นฐานของบุคคลในการดำรงอยู่ในแต่ละวัน บุคคลจะมีความรู้สึกต่อตนเองในทางที่ดีถ้าได้รับความไว้วางใจและสามารถให้ความไว้วางใจบุคคลอื่น ส่วนบุคคลที่มีความเคารพตนเองในระดับต่ำ ดูเหมือนจะต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการชี้นำและมีความต้องการที่จะยอมทำตามบุคคลอื่นในระดับสูง ดังนั้นระดับของการเคารพตนเองจะทำให้เกิดสัมพันธภาพในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิผล

5. พื้นฐานของสัมพันธภาพ (The Foundation for Relationship) บุคคลยึดเหนี่ยวกันด้วยสัมพันธภาพถ้าปราศจากความไว้วางใจ สัมพันธภาพจะเป็นเพียงการแลกเปลี่ยน ดังนั้นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนาน จะสะท้อนให้เห็นถึงระดับความไว้วางใจที่บุคคลมีให้แก่กัน บุคคลบางคนเริ่มต้นสัมพันธภาพด้วยความไว้วางใจ ซึ่งเป็นความเชื่อใจในความน่าเชื่อถือและความซื่อสัตย์ ในขณะที่บุคคลบางคนเริ่มต้นความไว้วางใจด้วยความคาดหวังว่าการกระทำของบุคคลอื่นจะสอดคล้องกับคำพูด บุคคลบางกลุ่มเริ่มต้นสัมพันธภาพด้วยความไม่ไว้วางใจและต้องการพิสูจน์ว่าสามารถไว้วางใจได้ อย่างไรก็ตามสัมพันธภาพเริ่มต้นที่ความไว้วางใจบุคคลจะต้องสร้างขึ้นและทะนุบำรุงให้ดำรงอยู่เหมือนกับวัฒนธรรมในการทำงาน สถานที่ทำงานที่มีระดับความไว้วางใจต่ำสัมพันธภาพระหว่างกันจะไม่ดี มีความขัดแย้งสูงและผลผลิตต่ำ ส่วนสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่มีระดับความไว้วางใจสูงจะมีบรรยากาศของความซื่อสัตย์ เปิดเผยจริงใจยอมรับนับถือซึ่งกันและกันทำให้เพิ่มผลผลิตของงาน การรับรู้คุณค่าของตนเองและการริเริ่มสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ ๆ เกิดขึ้น

หลักสำคัญของการเกิดความไว้วางใจ (Aspects of Trust)

มิล โอเวน และไมค์ (Mink, Owen, & Mink, 1993 อ้างถึงใน รุจ เจริญลาภ, 2548) กล่าวว่าจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสำคัญของความไว้วางใจในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา พบว่าความไว้วางใจเกิดขึ้นจากหลักเกณฑ์ 3 ประการคือ

1. ความไว้วางใจตามพันธะสัญญา (Contract Trust) หมายถึงความไว้วางใจที่เป็นความคาดหมายล่วงหน้าอย่างมั่นใจว่าบุคคลจะทำในสิ่งที่พูด ซึ่งเป็นมิติที่สำคัญของความไว้วางใจ บุคคลต้องการความสามารถในการคาดคะเน และควบคุมสภาพแวดล้อมของตนเอง ดังนั้นถ้าผู้นำกระทำในสิ่งที่พูด จะทำให้บุคลากรเชื่อมั่นว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้นำและบุคลากรสามารถคาดคะเนได้ บุคคลที่รู้สึกว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมของตนเองมีความปลอดภัยจะปฏิบัติภารกิจได้อย่างมั่นคง ความไว้วางใจตามพันธะสัญญาสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้โดยทำการตกลงร่วมกัน

2. ความไว้วางใจจากการเปิดเผยตนเอง (Self Disclosure Trust) หมายถึงความสมัครใจที่จะตกลงร่วมกันในการเปิดเผยและแบ่งปันข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน การสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น บุคคลจะต้องแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจ ความสามารถที่จะเปิดเผยและแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อบรรลุความต้องการของบุคคล กลุ่มบุคคลและองค์การ

3. ความไว้วางใจทางกายภาพ (Physical Trust) หมายถึงบุคคลชอบที่จะรู้สึกว่าสภาพแวดล้อมทางด้านร่างกายและจิตใจมีความปลอดภัย เมื่อบุคคลรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในความปลอดภัยของสภาพแวดล้อม บุคคลจะเริ่มรู้สึกไม่มั่นคง วิตกกังวล เกี่ยวกับความปลอดภัยในตนเองและในงาน ถ้าบุคคลรู้สึกว่าจะต้องใช้เวลามากมายในการควบคุมสภาพแวดล้อมเพื่อดำรงความรู้สึกผาสุกของตนเอง บุคคลก็จะใช้เวลาในการสร้างและสร้างสรรค์วิธีการแก้ปัญหา

ความไว้วางใจในแพทย์ของผู้ป่วย

ในบริบทสังคมไทยเป็นสังคมตะวันออกมีค่านิยมทางวัฒนธรรมจากอดีตมา ผู้ป่วยไทยจะมีความสัมพันธ์กับแพทย์ในรูปแบบของผู้ปกครองหรือแบบเครือญาติค่อนข้างสูงโดยมีความเคารพเชื่อถือ ยกย่องและเชื่อฟังแพทย์ผู้ป่วยไทยจะมองแพทย์ว่าเป็นกัญญาณมิตร อบอุ่น น่าเข้าใกล้ ทำในสิ่งที่ดีเป็นประโยชน์แก่ตนไม่ทำร้าย บอกสิ่งที่เป็นประโยชน์มีวาจาที่ปลอบใจให้คลายทุกข์ (สิวลี ศิริไล, 2552)

ฮิปโปกราตีส (Hippocrates 460-370 ก.ค.ศ. cited in สิวลี ศิริไล, 2552) ได้อธิบายถึงศิลปะของการแพทย์มีองค์ประกอบสามประการ ได้แก่ โรค ผู้ป่วยและแพทย์ แพทย์คือผู้รับใช้ศิลปะ ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการรักษาต่อสู้กับโรค อิริล็อต บิน (Elliott Binns, Op. cit., 1978) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจึงมีความสำคัญและสอนสืบทอดกันมาทุกยุคสมัยเพราะความร่วมมือจากผู้ป่วยต้องเริ่มจากความสัมพันธ์ที่ดีเป็นพื้นฐาน

จอห์น (Johns, 1996) ได้พัฒนารูปแบบแนวคิดทางคลินิกที่มุ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยเกี่ยวกับความไว้วางใจ ทางด้านกระบวนการและผลลัพธ์ไว้ดังนี้

ความไว้วางใจเป็นกระบวนการ (Trust as Process)

ซึ่งแสดงให้เห็นระยะเวลาของการเกิดความไว้วางใจ โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

1. การรวบรวมข้อมูล (Assimilation of Information) ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ได้รับความไว้วางใจ (Trustee) ส่วนประกอบของข้อมูลที่สำคัญอันดับแรกในการสร้างความไว้วางใจ คือ การรับรู้ความเสี่ยง (Risk) ที่อาจจะเกิดขึ้นถ้าผู้ได้รับความไว้วางใจไม่ปฏิบัติตามความคาดหวังของผู้ให้ความไว้วางใจ (Truster) นอกจากนี้ยังใส่ใจต่อความสามารถ ความเชื่อถือได้ และประสบการณ์ในอดีตของผู้ได้รับความไว้วางใจ รวมทั้งผลประโยชน์ตามสิทธิ์ของผู้ให้ความไว้วางใจซึ่งอาจจะเป็นทางด้านอารมณ์ สังคม และสิ่งสัมผัสได้หรือ อื่น ๆ

2. การตัดสินใจ (Decision - Making) จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการรวบรวมข้อมูล ถ้าผลของการรวบรวมข้อมูล ทำให้ผู้ให้ความไว้วางใจเชื่อว่าผู้ที่ได้รับความไว้วางใจ มีความน่าไว้วางใจก็จะนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพ

3. สัมพันธภาพของความไว้วางใจ (Trust Relationship) เป็นความสมัครใจของผู้ให้ความไว้วางใจว่าจะยอมทำตามและเชื่อว่าผู้ได้รับความไว้วางใจจะปฏิบัติตามที่คิดหวังไว้ สัมพันธภาพของความไว้วางใจ มีคุณลักษณะเฉพาะเป็นพลวัตรและมีการพัฒนาตามธรรมชาติระดับความไว้วางใจอาจจะมั่นคงเป็นเวลานานเพิ่มขึ้นหรือลดลง

4. ผลที่ตามมาของความไว้วางใจ (Consequences of Trusting) จะมีความเฉพาะขึ้นอยู่กับบริบทหรือสถานการณ์ อย่างไรก็ตามแนวคิดสำคัญของความไว้วางใจจะครอบคลุมถึงการทำให้ผลประโยชน์ที่คาดหวังเป็นจริงในระดับสูงกว่า ต่ำกว่าหรือเท่ากัน ผลที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ความมั่นคงซึ่งหมายถึงการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของระดับความไว้วางใจ ผลที่ตามมาของสัมพันธภาพที่ต่อเนื่องและจะมีการประเมินย้อนกลับเข้าระยะแรกของกระบวนการสร้างสัมพันธภาพที่ต่อเนื่อง และจะมีการประเมินย้อนกลับเข้าระยะแรกของกระบวนการสร้างสัมพันธภาพอีกครั้ง

ความไว้วางใจเป็นผลลัพธ์ (Trust as Outcome)

ความไว้วางใจที่เป็นผลลัพธ์จะเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการเกิดความไว้วางใจ โดยให้ความสำคัญกับเวลาซึ่งอาจจะเป็นลักษณะคงที่แตกสลายง่ายและเกิดขึ้นชั่วครู่แต่ความไว้วางใจผู้อื่นจะเกิดขึ้นได้นั้น บุคคลต้องมีความไว้วางใจตนเองก่อน ความไว้วางใจของบุคคลจึงเกิดขึ้นตามแนวคิด 3 ประการ (Marshall, 2000) คือ ความไว้วางใจเป็นหลักสำคัญที่บุคคลเลือกในการดำรงชีวิตและให้เป็นเครื่องมือประเมินการกระทำของตนเองและผู้อื่น ความไว้วางใจเป็นเครื่องมือวัดการรับรู้คุณค่าแห่งตนเอง (Self Esteem) อันประกอบไปด้วย ความตะหนักถึงคุณค่าตนเอง

(Self - Respect) และความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน (Self - Efficacy) ความไว้วางใจเกิดจากภายในจิตใจ บุคคลต้องมีความน่าไว้วางใจเป็นสิ่งแรกนั่นคือ บุคคลต้องมีความกระจ่างในคุณค่าแห่งตน มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพื่อค้ำจุนการมีคุณค่าแห่งตน มีพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นการพัฒนาความสามารถในการไว้วางใจผู้อื่นและเป็นความท้าทายที่ทำให้บุคคลสามารถเผชิญหน้ากับบุคคลกลุ่มบุคคลหรือองค์การได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่ว่าคำแนะนำของบุคคลที่ไว้วางใจจะมีอิทธิพลต่อกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนนั้นคือ ความคาดหวังในความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์

คาร์เตอร์รินิคชิโอ (Caterinicchio, 1979) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความไว้วางใจในแพทย์ พบว่าผู้ป่วยที่ระบุว่าให้ความวางใจสูงต่อแพทย์ของตนจะมีความยึดมั่นในคำแนะนำในการรักษาพยาบาล ถึงแม้ว่าการปฏิบัตินั้น ๆ จะต้องใช้จ่ายส่วนตัวในแง่เวลาและทรัพยากรและผู้ป่วยยังระบุว่าเขามีความไว้วางใจต่อแพทย์ในระดับสูงถึงแม้ว่าเขาจะได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์หลาย ๆ คน ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ก็ตาม ซึ่งแสดงว่าเมื่อผู้ป่วยให้ความไว้วางใจต่อแพทย์คนหนึ่งแล้วผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่จะให้ความไว้วางใจต่อแพทย์คนอื่น ๆ ในสถานพยาบาลนั้น

จอห์นสัน และคณะ (Johnson, 1980; Johnson, 1972; Johnson & Johnson, 1975; Johnson & Noonan, 1972 cite in ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) ได้พัฒนารูปแบบ Operation Model ซึ่งได้อธิบายถึงการสร้างความไว้วางใจและการทำให้ความไว้วางใจนั้นคงอยู่ภายใต้ภาวการณ์ของการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ขอความช่วยและผู้ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งกระบวนการประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่เสี่ยง โดยการเปิดเผยให้ทราบถึงปัญหา ความรู้สึก ทัศนคติ และพฤติกรรม ภาวะนี้เกิดขึ้นในช่วงของการสัมภาษณ์เพื่อซักประวัติผู้ป่วย
2. ผู้ให้ความช่วยเหลือ (แพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่) แสดงปฏิกิริยาสนองตอบในลักษณะที่แสดงถึงความอบอุ่น ความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งและการแสดงออกถึงความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือ ซึ่งองค์ประกอบสองอย่างแรกถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อการรักษา
3. ผู้ให้ความช่วยเหลือจะเปิดเผยโดยให้ข้อมูลบางอย่าง เช่น การรับรู้และความรู้สึกของตนเกี่ยวกับผู้ป่วย ปฏิกิริยาการแสดงออกต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงของการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับตนเองที่เหมาะสมและเกี่ยวข้องกับเรื่องที่กำลังให้ความช่วยเหลือ

วอร์เตอร์แมน (Waterman, 1981) ได้เสนอแนะว่าองค์ประกอบที่สำคัญต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย สามารถที่ให้มีมากขึ้นโดยการที่แพทย์ให้ความสำคัญต่อการสร้างให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ มีการควบคุมตนเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ความไว้วางใจและวิธีการที่จะสร้างเสริมให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจจะมีผลในการเพิ่มพูนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

ลาเคว (Rakel, 2007) ให้ความเห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยยังคงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยและเป็นเครื่องมือป้องกันปัญหานานาประการที่จะเกิดขึ้นแพทย์ต้องอาศัยความสามารถส่วนตัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยโดยมีพื้นฐานอยู่บนความเมตตากรุณา ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างอบอุ่น เป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยก่อเกิดความไว้วางใจเสริมสร้างความหวัง ความเชื่อมั่นว่าจะหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ การที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือไม่นั้น อยู่ที่ว่าแพทย์สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของความจริงใจ ห่วงใย เมตตา และมองผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ อย่างน้อยก็มีความรู้เกี่ยวกับตัวเองหรืออาการป่วยของตนเองและมีส่วนร่วมในการรักษาอย่างจริงจังหรือไม่

องค์ประกอบของความไว้วางใจในแพทย์

สิวลี ศิริไล (2552) ได้สรุปสารัตถะสำคัญของคำสอนของฮิปโปกราติส ที่มีความสำคัญต่อความเชื่อถือไว้วางใจอยู่ 2 ประการ คือ ความรู้ความชำนาญของแพทย์และคุณลักษณะของผู้เป็นแพทย์ ซึ่งคุณลักษณะที่สำคัญของผู้เป็นแพทย์ที่จะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือไว้วางใจประกอบด้วยความสุภาพ การแต่งกายดูดี การคิดอย่างเป็นระบบด้วยเหตุผล การตัดสินใจที่ดีท่าทีสุขุมสงบ ดำรงตนไม่เสื่อมเสีย สามารถออกความเห็นประเด็นต่าง ๆ ด้วยเหตุผล มีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่ดีและจำเป็นสำหรับชีวิต มีธรรมชาติของความสามารถที่จะช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ไม่เชื่อในสิ่งที่อธิบายไม่ได้ด้วยเหตุผลและข้อเท็จจริง มีคุณความดีโดยทั่วไปที่บุคคลพึงมี ส่วนคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์และผู้เป็นแพทย์ไม่พึงมีพึงเป็นได้แก่ การไม่รู้จักประมาณ ความชอบซ่อสกปรก ความละโมบ ความหยาบคายลามก ความไม่ซื่อสัตย์ ขาดความละอาย

คาร์เตอร์รินิคชิโอ (Caterinicchio, 1979) ได้ศึกษาองค์ประกอบของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในสถานการณ์ซึ่งสร้างให้เกิดความไว้วางใจ พยายามทำให้ความไว้วางใจนั้นคงอยู่ และจากการทำการวิเคราะห์แบบ Part Analysis พบว่าในกลุ่มของผู้ป่วยนอกประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยซึ่งหมายถึงการมีอารมณ์ที่ดีและผลลัพธ์ทางกายภาพที่ดี การมีสัมพันธภาพระหว่างกันของผู้ป่วยและแพทย์ในอดีตเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการก่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวแพทย์ ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้ได้เสนอแนะว่าเมื่อความไว้วางใจได้เกิดขึ้นอันสืบเนื่องมากจากการรักษาที่ได้ผลดีในอดีตและผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าแพทย์เป็นแหล่งทรัพยากรที่เชื่อถือได้ ทั้งในแง่ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล สังคมและอารมณ์

แบชแมน (Bachman, 2001) และอูซลาเนอร์ (Uslaner, 2000) อธิบายองค์ประกอบของความเชื่อถือไว้วางใจโดยแบ่งเป็น 2 มิติ คือความเชื่อถือไว้วางใจจากความรู้กับความเชื่อถือไว้วางใจจากศีลธรรม (Knowledge – Based and Moralistic Tust) และความเชื่อถือไว้วางใจส่วนตัวกับความเชื่อถือไว้วางใจแบบระบบ (Personal and System Trust) สอดคล้องกับแนวคิดของปีเตอร์ แทส (Tate, 2006) ที่ได้อธิบายองค์ประกอบที่เป็นคุณลักษณะของแพทย์ซึ่งเป็นความคาดหวัง

ของผู้ป่วย ในบทบาทของแพทย์เองก็มีบทบาทในวิชาชีพของตนเอง (Professional Role) เช่นกัน ซึ่งสังคมได้คาดหวังว่า แพทย์จะทำหน้าที่เพื่อสวัสดิ์ภาพของผู้ป่วย ใช้ความรู้ความชำนาญเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยสูงสุดและปฏิบัติตนภายในกรอบของกฎระเบียบที่วางไว้สำหรับวิชาชีพแพทย์ ในบทบาทนี้ แพทย์มีอำนาจ (Authority) 3 ประการ อำนาจเชิงศีลธรรม คือแพทย์จะต้องเป็นที่ยอมรับในชุมชน มีคุณธรรมและจริยธรรมที่สังคมยอมรับและมีเจตนาที่ดีที่จะทำในสิ่งที่เป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของผู้ป่วย อำนาจเชิงปัญญา คือจะต้องมีความรู้ในวิชาชีพแพทย์ทั้งในเรื่องที่จำเป็น อำนาจเชิงการเป็นผู้นำหรือความน่าเชื่อถือ คือ มีลักษณะบางอย่างที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจในความสามารถได้มากกว่าคนธรรมดาทั่วไป

จึงสรุปได้ว่า องค์ประกอบของความไว้วางใจในแพทย์ประกอบไปด้วยความเชื่อมั่นในคุณลักษณะของแพทย์ใน 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านศีลธรรม หมายถึงความเชื่อถือไว้วางใจใน คุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์ที่จะทำประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยซึ่งแสดงออกในลักษณะของการดำรงตนไม่เสื่อมเสียมีคุณความดีตามจารีตประเพณี ไม่มีความละโมบ มีความซื่อสัตย์

2. ด้านความชำนาญทางการแพทย์ หมายถึงความเชื่อมั่นในความรู้ในวิชาชีพแพทย์เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการมีความรู้ความเข้าใจในโรค ผู้ป่วยมีความสำเร็จของการรักษาพยาบาลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

3. ด้านบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ หมายถึงความเชื่อมั่นในลักษณะบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ ได้แก่มีความสุภาพ การแต่งกายสะอาดที่เหมาะสม ท่าทีสุขุมสงบ การแสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุผล ความไม่หยาบคายลามก

ความไว้วางใจในแพทย์กับผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน

จากแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน มีพื้นฐานหรือพัฒนามาจากปัจจัยต่าง ๆ (Bandura, 1986) เช่น การชักจูงด้วยวาจาหรือชี้แนะด้วยวาจา การรับรู้ความสามารถตนเองอาจเกิดขึ้นได้หรือมีการเปลี่ยนแปลงได้จากการที่บุคคลได้รับการชักจูงหรือชี้นำให้มีความเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ในการที่จะกระทำกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายได้ แต่ความสำเร็จในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยวิธีนี้อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่นความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้ชักจูง ให้มีการกระทำพฤติกรรมรวมทั้งสถานการณ์นั้น ๆ ด้วยแนวคิด การรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่ง แบนดูร่า (Bandura) แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และสมรรถนะได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิตและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความยืดหยุ่นมากในการที่จะนำมาซึ่งความสำเร็จในกิจกรรมที่ยาก ซึ่งจะช่วยสร้างความยืดมั่น (Bandura & Locke, 2003) และในบริบทของโรคเรื้อรัง มีการศึกษาที่แสดงถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติใน

การทำนาย การรับรู้ทางกายภาพและสุขภาพทางอารมณ์ที่ดี (Hochhausen et al., 2007; Joekes, Van Eldern, & Schreurs., 2007) สอดคล้องกับรายงานทางการแพทย์ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ คูโอร์ และคณะ (Kuo et al., 2003) พบว่าการยึดมั่นเป็นปัจจัยหลักของประสิทธิภาพใน การรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

แฟนตอน, โอฮิว และคณะ (Fenton et al., 1997; Oehl et al., 2000 cited in Harris, Baker & Gray, 2009) ได้อธิบายถึงสาเหตุของการไม่ยึดมั่นหรือยึดมั่นในคำแนะนำทาง การรักษาพยาบาลเป็นเรื่องของช่องว่างระหว่างบุคคล ความต่อเนื่องของการติดต่อสื่อสารและมี ความซับซ้อนในหลายองค์ประกอบได้ถูกจำแนกความน่าจะเป็นว่าบุคคลจะปฏิบัติตามเงื่อนไข ข้อตกลงด้านการแพทย์ซึ่งพบว่า องค์ประกอบเกี่ยวกับแพทย์ ได้แก่ ลักษณะการเปิดกว้าง ความจริงใจ ทีมบำบัดรักษากับสมาชิกในทีมดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ของผู้ป่วยในการเอาใจใส่ ของแพทย์ต่อผู้ป่วยซึ่งพบว่าเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิในการทำนายที่สูงสำหรับการยึดมั่นใน คำแนะนำของแพทย์ คาร์เตอร์รินิคชิโอ (Caterinicchio, 1979) ได้เสนอแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ ความไว้วางใจในแพทย์ ซึ่งตามแนวคิดของ คาร์เตอร์รินิคชิโอ พบว่าผู้ป่วยที่ระบุว่าให้ความวางใจสูง ต่อแพทย์ของตนจะมีความยึดมั่นในคำแนะนำในการรักษาพยาบาล ถึงแม้ว่าการปฏิบัตินั้น ๆ จะต้อง ใช้จ่ายส่วนตัวในแง่เวลาและทรัพยากรสอดคล้องกับงานของ วอร์เตอร์แมน (Waterman, 1981) ได้เสนอแนะว่าองค์ประกอบที่สำคัญต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสามารถที่ให้มีมากขึ้น โดยการที่แพทย์ให้ความสำคัญต่อการสร้างให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ มีการควบคุม ตนเองและมีความรับผิดชอบต่อตนเอง ความไว้วางใจและวิธีการที่จะสร้างเสริมให้เกิดความรู้สึก ไว้วางใจจะมีผลในการเพิ่มพูนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้ ลาเคว (Rakel, 2007) ให้ความเห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยยังคงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และเป็นเครื่องป้องกันปัญหานานาประการที่จะเกิดขึ้นแพทย์ต้องอาศัยความสามารถส่วนตัวใน การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเมตตากรุณาซึ่งหมายถึงการปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยอย่างอบอุ่นเป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยก่อเกิดความไว้วางใจ เสริมสร้างความหวังและความเชื่อมั่น ว่าจะหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ ซึ่งผลการวิจัยของ ลี และลิน (Lee & Lin, 2009) ปรากฏว่า ความไว้วางใจในแพทย์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน โดยมีอิทธิทางอ้อมเชิงบวก ผ่านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และความยึดมั่นในคำแนะนำ ของแพทย์ จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ว่าความไว้วางใจในแพทย์ เป็นความเชื่อมั่นในคุณลักษณะ ความสามารถหรือพฤติกรรมของแพทย์ ซึ่งความไว้วางใจในแพทย์ จะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานโดยผ่านกระบวนการการรับรู้ความสามารถของตน คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ นอกจากนี้ยังมีอิทธิทางอ้อมต่อ ผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานผ่านความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์

ตารางที่ 1 ทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของตัวแปรที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวาน

ตัวแปร	แนวคิดทฤษฎี	งานวิจัย
ความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์	(Bandura & Locke, 2003) (Kuo et al., 2003).	(Hochhausen et al., 2007; Joekes, Van Eldern, & Schreurs., 2007)
ความคาดหวังในความสามารถของตน	(Bandura & Locke, 2003) (Bandura, 1977a, 1986)	(Lee & Lin, 2009) (O'Leary, 1985) (Decker-Black et al., 1992) (Ruiz et al., 1992) (อรพินท์ กายโรจน์, 2542)
ความคาดหวังในผลลัพธ์	(Bandura & Locke, 2003) (Bandura, 1977a, 1986, 1994) (BecKer & Maiman , 1980)	(Lee & Lin, 2009). (Dzewaltowski, 1994) (อภิลักษณ์ รัตนสุวัจน์, 2538)
ความไว้วางใจในแพทย์	(Caterinicchio, 1979) (BecKer & Maiman , 1980) (Rakel, 2007) (Bandura, 1986) (Johns, 1996a, b:76-83) (Kuo et al., 2003).	(Fenton et al., 1997 Oehl et al., 2000 cited in Harris, Baker & Gray, 2009) (Watermen, 1981)

จากตารางที่ 1 การศึกษาตัวแปรที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานจึงพอสรุปได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ซึ่งตนมีความไว้วางใจในแพทย์ซึ่งมีศีลธรรม มีความรู้ในวิชาชีพแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และมีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ จะทำให้ผู้ป่วยมีความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์และความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานที่ดี (Bandura & Locke, 2003; BecKer & Maiman, 1980; Caterinicchio, 1979; Watermen, 1981; Fenton et al., 1997; Oehl et al., 2000 cited in Harris, Baker & Gray, 2009; Kuo et al., 2003) นอกจากนี้ความไว้วางใจในแพทย์ซึ่งให้แนะนำ ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังในความสามารถของตนสูง โดยผู้ป่วยจะมีความคาดหวังในความสำเร็จและความมั่นใจในสามารถของตน ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ ในขณะเดียวกัน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ความไว้วางใจในแพทย์ซึ่งให้แนะนำยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูง โดยผู้ป่วยจะมีการคาดหวังผลและการเห็นคุณค่าในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์และความยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานที่ดี (Bandura & Locke, 2003; Bandura, 1977a, 1986, 1994; Johns, 1996; BecKer & Maiman, 1980; Lee & Lin, 2009; Kuo et al., 2003)

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University