

4. ผู้ป่วยอ้วน แพทย์แนะนำให้ลดน้ำหนัก ควรได้รับพลังงานวันละ 1,000 – 1,500 แคลอรี แบ่งเป็น 3 มื้อ เช่น

ข้าวสุก 2–3 ทัพพีขนาดกลาง

เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน 4 ช้อนกินข้าว

น้ำมันในสารอาหาร 1 ช้อนชา

ผักดิบผักสุกมาก ๆ ต่อมื้อ ผลไม้ เช่น ส้ม 1 ผล

รายการอาหารแลกเปลี่ยน หมายถึง อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการใกล้เคียงกัน และใช้แทนกันได้ อาหารแลกเปลี่ยนช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกรับประทานได้หลายชนิด ไม่ต้องรับประทานอาหารซ้ำ ๆ แบ่งเป็น 6 หมวด คือ

หมวดที่ 1 หมวดน้ำมัน อาหารในหมวดน้ำมัน 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 12 กรัม โปรตีน 8 กรัม ไขมัน 10 กรัม ให้พลังงาน 170 แคลอรี

ชนิดของน้ำมัน ปริมาณ 1 ส่วน

น้ำมันธรรมดา 1 ถ้วยตวง

น้ำมันไม่มีไขมัน 1 ถ้วยตวง

น้ำมันพ่องมันเนย 1 ถ้วยตวง

น้ำมันสตรระเหยหรือนมข้นจืด ½ ถ้วยตวง

นมผง ¼ ถ้วยตวง

นมผงไม่มีไขมัน ¼ ถ้วยตวง

นมเปรี้ยว ¼ ถ้วยตวง

* ถ้าใช้นมผงไม่มีไขมัน ให้เพิ่มน้ำมันพืชในอาหารได้อีก 2 ช้อนชา

หมวดที่ 2 หมวดผัก หมวด ก. ผักในหมวดนี้ มีคาร์โบไฮเดรต หรือน้ำตาลน้อย ผู้ป่วยจึงรับประทานได้โดยไม่จำกัด ได้แก่ ผักประเภทใบต่าง ๆ เช่น ผักบุ้ง ผักตั้งโอ้ มะเขือเทศ ผักคะน้า ใบคื่นช่าย มะเขือ ผักกาดหอม

หมวด ข. ผักหมวดนี้ 100 กรัม มีคาร์โบไฮเดรต 5 กรัม โปรตีน 2 กรัม ให้พลังงาน 25 แคลอรี เช่น ฟักทอง แครอท สะตอ สะเดา หน่อไม้ ดอกกะหล่ำ มันแกว ข้าวโพดอ่อน ผักกะเฉด ถั่วถัณฑ์ ถั่วฝักยาว ชะอม พริกหยวก พริกอ่อน ใบชะพลู หอมใหญ่

หมวดที่ 3 หมวดผลไม้ ผลไม้ 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 10 กรัม ให้พลังงาน 40 แคลอรี

ชนิดผลไม้	ปริมาณ	ชนิดผลไม้	ปริมาณ
กล้วย	½ ผล	แตงโม	10 ชิ้น ขนาดพอคำ
พุทรา	3 ผล	ทับปะรด	6 ชิ้น ขนาดพอคำ
มะม่วงสุก, มะม่วงดิบ	½ ผล	มะละกอ	6 ชิ้น ขนาดพอคำ
องุ่น	10 ผล	ชมพู่	2 ผล
มังคุด	2 ผลใหญ่	ละมุด	1 ผลเล็ก
ทุเรียน	1 เม็ด	ส้มเขียวหวาน	1 ผลขนาดกลาง
ขนุนสุก	2 ยวงเล็ก	น้ำส้ม	½ ถ้วยตวง
ลำไย	5 ผล	ลิ้นจี่	6 ผลขนาดกลาง

หมวดที่ 4 หมวดธัญพืช ธัญพืช 1 ส่วน มีโปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ให้พลังงาน 68 แคลอรี

ธัญพืช	ปริมาณ	น้ำหนัก
ข้าว ข้าวเหนียว กล้วยเด็ยว	½ ถ้วยตวง	65
บะหมี่	½ ถ้วยตวง	70
วุ้นเส้น	½ ถ้วยตวง	80
ขนมจีน	1 ½ จีบ	65
ขนมปัง	1 แผ่นกลาง	25
ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วดำ	½ ถ้วยตวง	90
เมล็ดข้าวโพด	½ ถ้วยตวง	100
เผือก	1 หัวเล็ก	100
แป้งชนิดต่าง ๆ	2 ½ ช้อนโต๊ะ	20
ไอศกรีม	½ ช้อนโต๊ะ	70

หมวดที่ 5 หมวดเนื้อสัตว์ เนื้อสัตว์ในหมวดนี้ เป็นเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 3 กรัม ให้พลังงาน 55 แคลอรี

อาหาร	ปริมาณ
เนื้อไก่	2 ช้อนโต๊ะ (2 ช้อนกินข้าวหรือช้อนออลูมิเนียม)
เนื้อ ปลา หั่นขนาดกลาง 1x1x1/2 นิ้ว	4 ชิ้น
ปลาหูขนาดกลาง	1 ตัว
ไส้กรอก ขนาดยาว 3 นิ้ว	1 อัน

อาหาร	ปริมาณ
เนื้อปู	¼ ถ้วยตวง
กุ้งชีแฮ	5 ตัว
หอยนางรมขนาดกลาง	5 ตัว
หอยแมลงภู่ ขนาดกลาง	25 ตัว
ลูกชิ้นเนื้อวัวขนาดกลาง	6 ลูก
หมูบั้งขนาดเล็ก	6 ไม้
ไข่ไก่ ไข่เป็ด	1 ฟอง
เต้าหู้ขาว	½ ถ้วยตวง
เต้าหู้เหลือง	½ ถ้วยตวง
เลือดหมู	½ ถ้วยตวง
ถั่วเหลืองสุก	½ ถ้วยตวง

หมวดที่ 6 หมวดไขมัน อาหารในหมวดนี้ 1 ส่วน มีไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 45

แคลอรี

ชนิดอาหาร	ปริมาณ
น้ำมันหมู น้ำมันพืช เนย เนยเทียม	1 ช้อนชา
ครีมใส (20%)	2 ช้อนโต๊ะ
ครีมข้น (40%)	1 ช้อนโต๊ะ
น้ำตาลชนิดข้น	2 ช้อนชา
น้ำตาลชนิดใส หัวกะทิสด	1 ช้อนโต๊ะ

การใช้อาหารแลกเปลี่ยน อาหารแลกเปลี่ยนมีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถกำหนดปริมาณอาหารที่รับประทานได้ง่ายขึ้นและควบคุมอาหารได้ดีขึ้น ในการใช้อาหารแลกเปลี่ยน จะทำดังนี้

1. แลกเปลี่ยนอาหารในหมวดเดียวกัน อาหารจำพวกข้าวสุก ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง สามารถทดแทนกันได้ตามจำนวนที่แสดงไว้ในอาหารแลกเปลี่ยนหมวดธัญพืช เช่น เคยรับประทานข้าว 2 ทัพพี อาจเปลี่ยนมารับประทานก๋วยเตี๋ยว 1 จาน แต่ถ้าผู้ป่วยเคยรับประทาน ข้าวมีถั่ว 3 ทัพพี และต้องการจะรับประทานข้าวโพด 1 ฟัก ในตอนบ่าย ต้องลดข้าวที่เคยรับประทานในตอนเย็นลงเหลือ 1 ทัพพี เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำตาลในเลือดสูง

2. การแลกเปลี่ยนอาหารข้ามหมวด ได้แก่ การแลกเปลี่ยนผลไม้กับข้าวหรือก๋วยเตี๋ยว อาหารชนิดนี้มีคาร์โบไฮเดรตไม่เท่ากัน แต่อนุโลมให้แลกเปลี่ยนกันได้ เช่น ปกติผู้ป่วยเคย

รับประทานข้าว 2 ทัพพี และส้ม 2 ผล แต่ถ้าต้องการรับประทานข้าวเพิ่มเป็น 3 ทัพพี ในมือนั้น ก็ต้องลดส้มลงเหลือ 1 ผล เป็นต้น แต่ผู้ป่วยไม่ควรงดข้าว และรับประทานแต่ผลไม้ เพราะผลไม้มีน้ำตาลมากและดูดซึมได้เร็วกว่า อาหารจำพวกผลไม้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้

3. การแลกเปลี่ยนขนมกับอาหารอื่น ขนมหวานเป็นอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบและน้ำตาลเป็นอาหารที่ย่อยและดูดซึมได้ง่าย จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะขนมที่มีน้ำตาลมากหวานจัด เช่น ลูกกวาด ทอฟฟี่ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา ฯลฯ เหล่านี้ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทาน และไม่แนะนำให้แลกเปลี่ยนกับอาหารหมวดอื่น

แต่อาหารบางชนิดที่ไม่หวานจัด เช่น เต้าส่วน ขนมกล้วย กล้วยบวชชี ตะโก้ ผู้ป่วยจะรับประทานได้บ้างเป็นครั้งคราวไม่ควรบ่อยนัก และไม่ควรรับประทานจำนวนมาก จะทำให้น้ำตาลในเลือดสูงได้เช่นกัน และเมื่อรับประทานขนมดังกล่าวแล้วต้องลดข้าว ไขมัน และผลไม้ในมือนั้นลงด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำตาลในเลือดสูง

4. เปลี่ยนกับอาหารอื่น เมื่อผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน ก็ควรจะได้ทราบปริมาณสารอาหารในอาหารนั้น และแลกเปลี่ยนกับรายการอาหารแลกเปลี่ยนตามที่กำหนดไว้ เพื่อที่จะสามารถควบคุมอาหาร น้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังตัวอย่างที่ได้แสดงไว้ในตารางปริมาณอาหาร สารอาหารและการแลกเปลี่ยนอาหาร

1. การประเมินเกี่ยวกับอาหาร (dietary evaluation) ในการประเมินเกี่ยวกับอาหารใช้วิธีการ สังเกต สัมภาษณ์ และการบันทึกอาหาร การบันทึกอาหารมี 4 วิธี คือ (คุชฎี สุทธิปริยาศรี, 2531, หน้า 38; Suito & Hunter, 1980, p. 647 อ้างถึงใน วิลาวรรณ ผลพลอย, 2539, หน้า 11)

1.1 การระลึกถึงอาหาร 24 ชั่วโมง ช้อนหลัง (specific 24 - hour food record) เป็นการบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่ได้รับประทานในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ข้อดีคือทำได้รวดเร็วและความจำมีความผิดพลาดน้อย ข้อเสียคือขึ้นอยู่กับความจำของผู้ป่วย อาหารที่บริโภคเมื่อวานนี้อาจไม่ใช่อาหารที่บริโภคตามปกติ และการคาดคะเนจำนวนอาหาร อาจไม่ดีพอ

1.2 ประวัติการรับประทานอาหาร (diet history) เป็นการสืบสาวถึงการบริโภคนิสัยของผู้ป่วย ข้อดีคือทราบบริโภคนิสัยของผู้ป่วย และสามารถใช้ในการวางแผนการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย

1.3 บันทึกอาหารประจำวัน (food diary record) เป็นวิธีให้ผู้ป่วยจดบันทึกอาหารที่รับประทานทั้งชนิด ปริมาณ เวลา สถานที่ อารมณ์ขณะรับประทานเป็นเวลา 3-7 วัน ซึ่งในการบันทึก 3 วัน จะใช้ในทารก เด็กวัยรุ่น และผู้ใหญ่ทั่วไป ที่มีการรับประทานอาหารไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ถ้ารับประทานอาหารแตกต่างกันมากให้บันทึก 7 วัน เช่น วิษรุ่น คนอ้วน

แต่ความตรงของเครื่องมือนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการบันทึกให้ตรงความต้องการและเป้าหมายที่วางไว้ ข้อดีคือช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจจำนวนอาหารที่บริโภคช่วยให้เจ้าหน้าที่เห็นวิธีการดำเนินชีวิตและองค์ประกอบที่เกี่ยวกับอาหารบริโภคของผู้ป่วย จึงจะสามารถกำหนดอาหารให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน (วิชัย ดันไพจิตร, 2531, หน้า 9) และช่วยพิจารณาอาหารที่ผู้ป่วยแพ้ ข้อเสียคือผู้ป่วยอาจเปลี่ยนนิสัยการบริโภคเฉพาะช่วงที่จดบันทึกอาหาร ข้อมูลเป็นคุณภาพมากกว่าปริมาณ และข้อมูลที่จดบันทึกผู้ป่วยอาจมีความยินยอมเห็นด้วยต่ำ

1.4 แบบสอบถามความถี่ของอาหาร (food frequency questionnaire) เป็นการพิจารณาอาหารที่รับประทานมีความบ่อยครั้ง และอยู่ในหมวดใด ข้อดีคือ ช่วยระบุว่าสารอาหารใดที่รับประทานมากน้อยเกินไป ข้อเสียคือใช้เวลานาน ผู้สัมภาษณ์ต้องชำนาญ และต้องอาศัยการวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์หรือใช้มือ

จากการศึกษาของหลายท่าน (สาธิต วรรณแสง, 2533, หน้า 9 – 10; สาลิกา เมธนาวิน, และสุภาวดี คำนดารงกุล, 2536, หน้า 13) พบว่า การควบคุมอาหารเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งต้องดำเนินควบคู่ไปกับการใช้ยาและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง ซึ่งเกินความต้องการของร่างกาย ประกอบกับการขาดออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดความอ้วนและจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โรคอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคเบาหวาน (Zimmet, 1988, pp. 258 – 262; ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล, 2540, หน้า 11; วิชัย ดันไพจิตร, 2531, หน้า 8) โรคอ้วนจะทำให้เกิดการคือต่อฤทธิ์ของอินซูลิน เป็นผลให้การขนส่งกลูโคสเข้าเซลล์ลดลง หรือขัดขวางเมตาโบลิซึมภายในเซลล์ ในบางกรณีความผิดปกติอาจเกิดจากหน่วยรับอินซูลิน (insulin receptor) ที่เซลล์เป้าหมาย (target cell) ลดลง ดังนั้นการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ ควบคุมระดับไขมันในเลือดและการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมอาหารเป็นปัญหาสำคัญมากของผู้ป่วยเบาหวาน เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำและไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีบริกอนิสัยตามสภาพการทำงานหรือผู้ดูแล (วัลลา ดันตโยทัย, 2525, หน้า ข; วรรณภา ศรีธัญญารัตน์, 2540, หน้า 83) จากการศึกษานี้ของ มิลเลอร์ (Miller, 1982, p. 28) พบว่า กิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยมีปัญหามากที่สุดคือ การควบคุมอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ประสานปราณ (2535, หน้า 56) ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 100 คน ที่มารักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ราชวิถี ศิริราช พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ร้อยละ 71 มีการปฏิบัติดูแลตนเองที่เป็นปัญหา โดยได้รับแป้งและน้ำตาลร้อยละ 43 – 46 หรือ 67 – 70 กรัม/วัน ซึ่งเป็นปริมาณที่มากเกินไป และส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหาร หมวดนม และผัก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาก และคณะ (2536, หน้า 24) พบว่า ผู้ป่วย

เบาหวานได้รับการสอน ร้อยละ 74.77 ในจำนวนดังกล่าวมีเพียงร้อยละ 29.73 สามารถปฏิบัติตามที่สอนได้ แต่ร้อยละ 45.04 ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสอนได้ โดยเฉพาะไม่สามารถปฏิบัติตามคำสอนในด้านการรับประทานอาหารเช้า ถึงร้อยละ 32.43 (คิดเป็นร้อยละ 72 ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสอนได้) เนื่องจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น หิวบ่อย ชอบอาหารรสหวาน และความต้องการรับประทานอาหารนอกบ้าน ถึงร้อยละ 50.44 รวมทั้งจากการศึกษาของ สมยศ ศรีจารนัย (2539, หน้า 23) ได้ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 74 คน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี เนื่องจากผู้ดูแลตามใจผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหารเช้า โดยไม่จำกัดปริมาณและชนิดของอาหาร

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานต้องให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ทั้งจำนวนแคลอรี ชนิดของอาหาร และปริมาณตามสภาพร่างกาย ความต้องการพลังงานของผู้ป่วยเบาหวานจะแตกต่างกันตามวัย และน้ำหนักของร่างกาย รวมทั้งกิจกรรมของแต่ละบุคคล ถ้าผู้ป่วยอ้วนและมีกิจกรรมน้อย ปานกลาง มาก ต้องการพลังงาน 20 – 25, 30 และ 35 กิโลแคลอรี / น้ำหนัก 1 กิโลกรัม / วัน ผู้ป่วยที่น้ำหนักปกติ มีกิจกรรมน้อย ปานกลาง มาก ต้องการพลังงานวันละ 35, 40 และ 45 – 50 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ผอม กิจกรรม น้อย ปานกลาง มาก ต้องการพลังงาน 30, 35 และ 40 ตามลำดับ และควรรับประทาน ดังนี้ อาหารคาร์โบไฮเดรต พวกแป้งและน้ำตาล ควรรับประทานพออิ่ม เพราะถ้ารับประทานปริมาณมากเกินไปจะทำให้ระดับน้ำตาลและโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และควรได้รับวันละ 50 – 60 ของปริมาณที่ได้รับต่อวัน อาหารจำพวกน้ำตาลควรงด รับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวาน และควรรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย เพราะมีน้ำและกากมากทำให้ท้องไม่ผูก และช่วยชะลอการดูดซึมไขมันในเลือด สารอาหารโปรตีนควรได้รับ 1 กรัม / น้ำหนัก 1 กิโลกรัม / วัน ควรรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันหรือเนื้อปลา หรือถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ หากรับประทานโปรตีนมากเกินไปอาจทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดและระดับโคเลสเตอรอลสูงได้ สารอาหารไขมัน ควรรับประทานไขมันที่ไม่อิ่มตัวที่ได้จากพืช รำข้าว รำข้าวโพด ถั่วเหลือง ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม และไขมันจากสัตว์เพราะมีกรดไขมันอิ่มตัวมาก ถ้าบริโภคมากเกินไปทำให้ระดับไขมัน โคเลสเตอรอลและไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง วิตามินและเกลือแร่รับประทานได้ตามต้องการ ยกเว้นเกลือแกงที่ควรได้รับ 1 ช้อนชาครึ่ง / วัน เพราะจะก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าดื่มมากเกินไปจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และยังไปเสริมฤทธิ์กับยารักษาโรคเบาหวาน และยับยั้งการสร้างกลูโคสทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้

ดังนั้น การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน จะใช้วิธีเดินสายกลาง ไม่จำกัดอาหารให้เข้มงวดแต่จะควบคุมพลังงานและสารอาหารเป็นหลัก และสารอาหารที่ได้ต้องครบตามความ

ต้องการของร่างกาย และการใช้พลังงานของผู้ป่วยเป็นหลัก วัตถุประสงค์ของการควบคุมอาหาร เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติ และควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารตามความต้องการของร่างกาย ในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำและน้ำหนักตัวของผู้ป่วย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้แรงงานมาก ผู้ป่วยที่ใช้แรงงานปานกลาง และผู้ป่วยที่ใช้แรงงานน้อย มีความต้องการสารอาหารที่แตกต่างกัน การประเมินเกี่ยวกับอาหารมี 4 วิธีคือ การระลึกถึงอาหาร 24 ชั่วโมง ย้อนหลัง ประวัติการรับประทานอาหาร การบันทึกอาหารประจำวันและแบบสอบถามความถี่ของอาหาร และการควบคุมอาหารนั้นส่วนใหญ่ผู้ป่วยควบคุมไม่ได้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีบันทึกอาหารประจำวัน โดยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกเป็นเวลา 3 วัน ติดต่อกันในหนึ่งสัปดาห์ ในแบบบันทึกอาหารประจำวัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อนำมาประเมินดูความเหมาะสมกับความต้องการพลังงานของร่างกาย และวางแผนให้ข้อมูล คำแนะนำ และแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารให้ได้ทั้งปริมาณสารอาหารและพลังงาน พร้อมเพิ่มทักษะในการกำหนดปริมาณสารอาหารแต่ละชนิดตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย เป็นวิธีการหรือจุดมุ่งหมายเพื่อให้ร่างกายเผาผลาญอาหารที่เหมาะสม อยู่ในร่างกายให้มากที่สุด และมีผลต่อการทำให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

ผลดีของการออกกำลังกายเป็นประจำต่อผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกายเป็นประจำ และสม่ำเสมอจะทำให้กล้ามเนื้อเจริญขึ้น สามารถเผาผลาญน้ำตาลเพื่อให้เกิดพลังงาน ทำให้หัวใจและหลอดเลือดสามารถปรับตัวได้ดี ช่วยเผาผลาญไขมันที่เก็บสะสมไว้ เป็นการป้องกันและลดความอ้วน ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยเพิ่มการเผาผลาญ น้ำตาล และกระตุ้นให้เซลล์ของตับอ่อนหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีสมรรถภาพดีขึ้นช่วยให้จิตใจรู้สึกสดชื่นแจ่มใส

การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดิน วิ่ง ว่ายน้ำ ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก เป็นต้น ซึ่งการออกกำลังกายจะต้องให้เพียงพอในเรื่องความหนัก ความนาน ความติดต่อกันและความบ่อย (กฤษญา บานชื่น, 2535, หน้า 6-8) จึงจะถือว่าเป็นการออกกำลังกาย

1. ความหนักพอ หมายถึง ความหนักที่ทำให้ปอดและหัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพียงพอที่จะบริหารปอด หัวใจ และร่างกาย โดยสังเกตจากการเริ่มหายใจหอบน้อย ๆ หรือนับชีพจรให้อยู่ในเกณฑ์ระหว่าง 150-190 ลบด้วยอายุ โดยผู้ที่ออกกำลังกายใหม่ ๆ ใช้ 150 ลบอายุ เมื่อมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้นใช้ 170 ลบอายุ และนักกีฬาใช้ 190 ลบอายุ

2. ความนานพอ หมายถึง การออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที ในคนเพิ่งเริ่มต้นควรรานประมาณ 6 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มเวลาจนสามารถออกกำลังกายได้ติดต่อกันถึง 20-40 นาที

ความติดต่อกัน หมายถึง การออกกำลังกายต้องทำติดต่อกันตลอดเวลาของการออกกำลังกายจะมีช่วงหยุดสั้น ๆ ได้ไม่เกิน 30-60 นาที

3. ความบ่อยพอ หมายถึง แม้การออกกำลังกายที่เข้าตามหลักทั้ง 2 ประการ คือมีความหนักพอและความนานพอแล้วแต่ถ้าทำไม่บ่อยพอ ก็ไม่เกิดผลทางแอโรบิค ที่จะทำให้ร่างกายมีความฟิตขึ้นได้ อย่างน้อยจะต้องออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะไม่มีประโยชน์ถ้าไม่ออกกำลังกายในวันเดียว โดยออกกำลังกายติดต่อกันหลายชั่วโมง ควรออกกำลังกายเพียงวันละ

20-30 นาที ทุกวัน หรือวันเว้นวัน จะดีกว่า ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งจะต้องมีการอุ่นเครื่องและเบาเครื่อง เพื่อให้ร่างกายปรับสภาพและป้องกันการบาดเจ็บได้ โดยเฉพาะที่ต้องระวังเป็นพิเศษคือเท้า เลือกรองเท้าที่เหมาะสมกับเท้า ซึ่งการอุ่นเครื่องและเบาเครื่องมีความหมาย ดังนี้

การอุ่นเครื่อง คือการทำให้เอ็นและกล้ามเนื้อ ยืดก่อนการออกกำลังกาย การอุ่นเครื่องมีหลายวิธี วิธีง่าย ๆ ที่ได้ผลคือ การเดินราว 5 นาที โดยเริ่มจากเดินช้า ๆ แล้วค่อย ๆ เดินเร็วขึ้น ก็จะเป็นการอุ่นเครื่องที่เหมาะสม การอุ่นเครื่องจำเป็นสำหรับการออกกำลังกายทุกครั้ง โดยเฉพาะการออกกำลังกายในตอนเช้า ซึ่งเอ็นและกล้ามเนื้อไม่ยืด ผิดกับเวลาเย็นซึ่งได้เดินมาแล้วทั้งวัน แต่ก็ควรอุ่นเครื่องก่อนเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

การเบาเครื่อง คือการผ่อนการออกกำลังกายลงทีละเล็กทีละน้อย หลังการออกกำลังกายเต็มที่แล้ว เพื่อให้ร่างกายมีการปรับตัวคืนสู่สภาพปกติ เช่น เมื่อวิ่งแล้วควรมีการเดินออกกำลังกายต่อ

โดยหลักการออกกำลังกายตามปกติควรปฏิบัติในขณะที่ท้องว่าง คือหลังการรับประทานอาหารอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง แต่ในผู้ป่วยเบาหวานการออกกำลังกายขณะท้องว่าง อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จึงควรรับประทานอาหารเช้าเล็กน้อยก่อนออกกำลังกาย โดยปฏิบัติดังนี้ (กฤษฎา บานชื่น, 2535, หน้า 10-110).

1. ถ้าเป็นการออกกำลังกายเบา ๆ เช่น เดิน ถีบจักรยาน ควรรับประทานขนมปัง 1 แผ่นก่อนออกกำลังกายที่ใช้เวลานานกว่า 30 นาที

2. การออกกำลังกายที่หนัก ๆ เช่น วิ่ง จ็อกกิ้ง ถีบจักรยานเร็ว ๆ ให้รับประทานอาหารเช้าที่หนักมากขึ้น เช่น แชนวิส 1 คุ้ ผลไม้ 1 ชิ้น ถ้าเป็นการออกกำลังกายไม่เกิน 1 ชั่วโมงครึ่ง

ข้อค้ำนึ่งในการออกกำล้งกายของผู้ป่วยเบาหวาน

1. ต้องแ่งให้แพทย์ที่ทำการรักษาทราบว่า ออกกำล้งกายอย่างไรบ้าง เพราะการออกกำล้งกายมีผลโดยตรงในการลดระดับน้ำตาลในเลือด แพทย์ที่รักษาอาจจะต้องลดปริมาณยาที่รับประทานลง

2. การออกกำล้งกายโดยไม่สม้ำเสมอ อาจเป็นอันตรายและยากแก่การบำบัดรักษา เพราะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก และควรออกกำล้งกายในเวลาเดียวกันในแต่ละวัน เนื่องจากต้องรับประทานอาหารและยาเป็นเวลา

3. อาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อาจเกิดขึ้นระหว่างออกกำล้งกายได้ ต้องสังเกตความผิดปกติและหยุดทันทีที่มีอาการ หอบ ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจขัด ลมออกหู มึนงง ตาพรำมัว การเคลื่อนไหวชวนเซไม่สามารถบังคับได้

4. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจเกิดขึ้นได้ง่าย ในรายที่ได้รับยาต้านเบาหวาน ในขนาดเดียวกับที่เคยรับอยู่ เมื่อมีอาการรู้สึกหิวโหย เหงื่อออก วิงเวียนคลื่นไส้ อ่อนเพลียจนถึงหมดสติ การแก้ไขคือ รับประทานน้ำหวาน หรือน้ำตาลทันที ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานควรพกทอฟี่ติดตัวตลอดเวลา

5. หลีกเลียงการออกกำล้งกายระหว่างที่ยาเบาหวานออกฤทธิ์สูงสุดเนื่องจากเป็นเวลาที่น้ำตาลในเลือดต่ำอยู่แล้วจากฤทธิ์ของยา

ข้อห้ามของการออกกำล้งกาย (กฤษณา บานชื่น, 2535, หน้า 11)

1. มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 300 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือมีคีโตน (ketone) ในเลือดหรือปัสสาวะ หรือตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ 3 บวก หรือ 4 บวก

2. มีโรคแทรกซ้อนซึ่งแสดงอาการอยู่ เช่น หลอดเลือดในสมองตีบ ความดันโลหิตสูงมาก ไตเสื่อมสมรรถภาพมาก

3. เสี่ยงต่อการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจากการออกกำล้งกายที่หนักและติดต่อกันเป็นเวลานาน

การออกกำล้งกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างต่อเนื่องและสม้ำเสมอจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ออกกำล้งกายอาจมีสาเหตุมาจาก เหนื่อยง่าย ในสัน และคิดว่าจะทำให้อาการของโรคเบาหวานรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ยังคิดว่า คนเป็นโรคเบาหวานต้องพักผ่อนมาก ๆ จากการศึกษาของ อรุณี รัตนพิทักษ์ และคณะ (2536, หน้า 179) พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกลุ่มที่ออกกำล้งกายและไม่ออกกำล้งกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ในผู้ป่วยที่ออกกำล้งกายจะมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ออกกำล้งกาย รวมทั้งการศึกษาของ สาธิต วรรณแสง (2533,

หน้า 9 – 10) พบว่าการออกกำลังกายนอกจากจะช่วยลดระดับไขมันในเลือด ลดน้ำหนักตัว และลดความเครียดอีกด้วย และจากการศึกษาของ สุวรรณชัย วัฒนายังเจริญชัย และคณะ (2539, หน้า 39) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากไม่ออกกำลังกาย คิดว่าการทำงานในชีวิตประจำวันเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว มีเพียงส่วนน้อยที่ออกกำลังกายอย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานควรระวังและป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะออกกำลังกายด้วย

กล่าวโดยสรุป การออกกำลังกายมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ร่างกายเผาผลาญอาหารที่สะสมไว้ในร่างกายให้มากที่สุด มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ช่วยลดระดับไขมันในเลือด ลดน้ำหนักตัว และช่วยลดความเครียดด้วย การออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานควรใช้ชีวิต การเดิน การวิ่ง ที่มีความหนักพอ ความนานพอ ความติดต่อกัน และความบ่อยพอ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเม็ดเลือดแดงลดลง ซึ่งมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และควรปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นอย่างน้อย ครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที ในการวิจัยครั้งนี้จะนำเรื่องการออกกำลังกายไปวางแผนให้ข้อมูล ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย รวมทั้งสารคดีและฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะแก่ผู้ป่วยด้วย

3. การใช้ยาตามแผนการรักษาและติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวานที่ใช้รับประทานมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylurea) และกลุ่มไบกัวไนด์ (biguanide) ภายหลังจากการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายแล้วไม่ให้ผล จึงใช้ยาช่วยควบคู่กับวิธีควบคุมดังกล่าว

3.1 ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylurea) ยากลุ่มนี้มีหลายชนิด ซึ่งจะออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นเบต้าเซลล์ให้หลั่งอินซูลินออกมาเพิ่มมากขึ้น และช่วยให้อินซูลินออกฤทธิ์ดีขึ้น ช่วยลดการรวมตัวของเกร็ดเลือดด้วย จะพบระดับของยาในกระแสเลือดหลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง จึงให้รับประทานก่อนอาหาร เพราะถ้ารับประทานพร้อมหรือหลังอาหารการดูดซึมของยาจะลดลง แต่อาหารจะมีผลต่อการดูดซึมของกิบเบนคลาไมด์ (glibenclamide) น้อยกว่ายาตัวอื่น (ธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์, 2535, หน้า 37) และมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาต่างกันออกไปตามชนิดของยา และไม่ควรใช้ยากลุ่มนี้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่ตัดตับอ่อนออกหมด มีโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดเฉียบพลัน มีการติดเชื้อรุนแรง ค่าตัดใจใหญ่ ในภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน มีโรคตับหรือไต โรคหัวใจวาย ตั้งครรภ์ และผู้ที่แพ้ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ นอกจากนี้การใช้ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียร่วมกับยาอื่น ๆ อาจเกิดการต้านฤทธิ์หรือเสริมฤทธิ์กันได้

3.2 ยากลุ่มไบกัวไนด์ เช่น เมทฟอร์มิน (Metformin) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดซึมของกลูโคสและกรดอะมิโนจากลำไส้ ชักขวางการสร้างกลูโคสจากตับและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำให้กลูโคสเข้าสู่เนื้อเยื่อได้มากขึ้น และทำให้เบื่อกอาหาร ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงของยา ยานี้จะใช้ร่วม

กับอินซูลิน หรือยากกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียได้ ออกฤทธิ์ได้นาน 8-12 ชั่วโมง ยานี้อาจทำให้เกิดการคั่งของกรดแลคติกได้ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่ตับ ไต หรือปอด ร้อยละ 30-40 มีผลเลือดขาว โรคพิษสุราเรื้อรัง นอกจากนี้ทำให้มีการขาดสารอาหารได้โดยเฉพาะวิตามินบี 12 เมื่อใช้นาน ๆ มีอาการข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียได้ จึงต้องรับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร ขนาดที่ใช้ 500 มิลลิกรัม ถึง 3 กรัมต่อวัน

ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินยังมีอยู่ จากการศึกษาของสมศักดิ์ อัสวปติ (2535, หน้า 34) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ยาตามความเคยชิน โดยจดจำวิธีใช้ร้อยละ 85.4 ลืมรับประทานยาเป็นประจำร้อยละ 46.8 มีการเปลี่ยนแปลงขนาดยาด้วยตนเองร้อยละ 11.1 ใช้สมุนไพรร่วมกับยาเบาหวานร้อยละ 37.4 และระยะเวลาป่วยนานจะทำให้การใช้ยาตามคำสั่งลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อาทรร วัวไฟบูลย์ และคณะ (2536, หน้า 232) พบผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาจากโรงพยาบาลร้อยละ 52 ซึ่งส่วนใหญ่ได้สูตรคำรับมาจากการแนะนำของญาติ เพื่อนบ้าน และผู้ป่วยเบาหวาน และจากการศึกษาของ วรณภา ศรีรัษฎารัตน์ (2540, หน้า 82) พบว่า การใช้สมุนไพร เป็นที่นิยมกันมากในการทดลองรักษา เนื่องจากแนวคิดที่ว่า “ขมแก้หวาน” ยาสมุนไพรส่วนใหญ่ที่ใช้ทดลองรักษาโรคเบาหวานจะมีรสขม เช่น บอระเพ็ด ฟ้าทะลายโจร ลูกใต้ใบ และตะเคา เป็นต้น

อันตรายจากการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน (สุริย์ จันทร์โมลี, 2535, หน้า 16-18)

1. การใช้ยาเกินขนาด อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ หมดสติ และเสียชีวิตได้ง่ายหลังกินยา เมื่อมีอาการใจสั่น มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด แน่นหน้าอก เหงื่อออก ควรรับประทานของหวานทันที สุริย์ จันทร์โมลี (2535, หน้า 18) กล่าวว่า การเพิ่มขนาดยาที่ได้ผลดีแล้วเพิ่มขึ้นไปอีก จะไม่สามารถเพิ่มสมรรถภาพของยาให้มากขึ้นตามขนาดของยาที่เพิ่มมากขึ้น แต่อาจเกิดเป็นพิษขึ้นได้

2. อันตรายจากการรับประทานยาผิดเวลา ยาเม็ดแต่ละชนิด ออกฤทธิ์แตกต่างกัน เวลาเริ่มออกฤทธิ์ และออกฤทธิ์สูงสุดไม่เท่ากัน เพราะฉะนั้นถ้ายาหมดจะขอขมขากคนอื่นมารับประทานไม่ได้ ควรรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ควรรับประทานยาก่อนอาหารเช้า ประมาณ 30 นาที เพราะยาจะออกฤทธิ์ได้ดี เมื่อเข้าสู่กระแสเลือด พอดีกับกลูโคสในกระแสเลือดสูงขึ้นจากการรับประทานอาหาร มิฉะนั้นจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ข้อสำคัญต้องควบคุมอาหารและน้ำหนักควบคู่กันไปด้วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรหยุดยาไว้ก่อนและปรึกษาแพทย์

3. อันตรายจากการใช้ยาอื่น ๆ ร่วมกันในการรักษา เช่น การใช้ยาสมุนไพรบางชนิด อาจช่วยเสริมฤทธิ์ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติได้ ดังนั้นเมื่อไปตรวจตามนัด ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ เกี่ยวกับยาอื่นที่รับประทานร่วมด้วย ยารักษาโรคเบาหวานต้องใช้ความระมัดระวัง ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ หรือผู้ป่วยที่มีปัญหา โรคตับ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

สรุปสิ่งที่สำคัญที่สุดในการใช้ยา คือ ถูกชนิด ตรงเวลา ไม่ลดและเพิ่มขนาดยาเองและใช้ยาสม่ำเสมอ ในการวินิจฉัยครั้งนี้จะนำเรื่องการใช้ยาและการติดตามผลการรักษามาวางแผนให้ข้อมูล และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยา

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่น่ากลัว ซึ่งถ้าเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดอาการชัก ไม่รู้สึกตัว หรืออาจถึงแก่ความตายได้ ถ้าไม่ได้รับการบำบัดรักษาทันที ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรรู้ถึงหลักการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงมิให้เกิดภาวะนี้ และเมื่อเกิดภาวะนี้แล้วควรจะทำปฏิบัติตนอย่างไร

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ สภาวะซึ่งเกิดขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ภาวะนี้เกิดขึ้นทันทีทันใดเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน จนเป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ พลาดเวลาอาหารหลักหรืออาหารว่าง ออกกำลังกายมากเกินไปและลืมเพิ่มอาหาร รับประทานยามีดลระดับน้ำตาลในเลือดเกินขนาด

สัญญาณเตือนภัยบ่งชี้ถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สัญญาณเตือนภัยขนาดเบา ๆ มีอาการมึนงง ตัวสั่น ประสาทเคลียด สับสน วุ่นวาย หัวใจสั่นและเต้นเร็ว มีอาการชา และรู้สึกคันซุบหิบบ หรือคัน ๆ ที่ลิ้น หรือริมฝีปากเหมือนมดมาไต่ ถ้ามีอาการเตือนดังกล่าว เพียงข้อเดียวหรือหลายข้อ ควรดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม หรือรับประทานของหวานทันที เพื่อทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเท่าเดิม หรือสูงกว่าระดับเดิมในขณะนั้น ควรให้ระดับน้ำตาลอยู่ในระดับสูงกว่าเดิม จะมีผลดีกว่าระดับน้ำตาลต่ำ

สัญญาณเตือนภัยขนาดกลาง มีอาการง่วงนอน หาวนอน ซึ่งไม่เคยเป็นมาก่อน ปวดศีรษะ มีความรู้สึกแปลก ๆ ผิดไปจากธรรมดาที่เคยเป็น มองภาพไม่ชัดเจน รู้สึกไม่สบายในท้อง โกรธเสรำซึมโดยไม่มีเหตุผล ปฏิบัติหรือทำกิจกรรมประจำวันไม่ได้ตามปกติ ถ้ามีอาการเตือน ควรดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม หรือรับประทานของหวานทันที และควรพกผลไม้ ทอफी น้ำตาลก้อน น้ำหวานติดตัวขณะเดินทาง ขับรถ หรือออกกำลังกาย

สัญญาณเตือนภัยขนาดรุนแรง ถ้าไม่ได้รับการบำบัดทันที่ อาจเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น ชักกระตุก ไม่รู้สึกตัว ไม่กระตุกกระคิก ผู้ป่วยจะช่วยตัวเองไม่ได้เลย จึงควรมีบัตรประจำตัวแสดงว่าเป็นโรคเบาหวาน ถ้าพบผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว รีบนำส่งโรงพยาบาลทันที

2. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นภาวะที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะสูงประมาณ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือสูงกว่านี้ตลอดเวลา มักเกิดขึ้นซ้ำๆ ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นระยะเวลายาวนาน ปัญหาร้ายแรงจะเกิดได้หลายประการ โดยเฉพาะความพิการที่เกิดกับ หลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงที่ ตา ไต ปลายประสาท และหลอดเลือดขนาดใหญ่ ซึ่งไปเลี้ยงสมอง หัวใจ และบริเวณแขน ขา ซึ่งรองรับน้ำหนัก ในผู้ป่วยที่ไม่พึงอินซูลิน สามารถรักษาโดยการรับประทานยา สาเหตุเกิดจากการไม่ควบคุมอาหาร ขาดการออกกำลังกาย ไม่รับประทานยา สม่าเสมอ หรือมีอาการป่วย อาการเตือนจะกระหายน้ำมาก อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อยและมาก โดยเฉพาะกลางคืน ง่วงนอนอย่างไม่เคยเป็น ตามัว อารมณ์อ่อนไหว โกรธง่าย เป็นแผลหายยาก มีภาวะติดเชื้อลุกลามเร็ว

การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง รับประทานอาหารให้ตรงตามเวลา ออกกำลังกาย สม่าเสมอ ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการออกกำลังกาย รับประทานยาตามขนาด และเวลาที่กำหนด ถ้าไม่สบายต้องรับประทานยา ห้ามหยุดยา และพบแพทย์ เพื่อขอคำแนะนำ พักผ่อนมากๆ ดื่มน้ำมากๆ ถ้ารับประทานอาหารไม่ได้ตามปกติ ให้ดื่มเครื่องดื่ม หรือน้ำผลไม้ แทน

4. การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยทั่วไปและการดูแลเท้า การดูแลรักษาสุขภาพร่างกายเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่าคนปกติ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องรักษาความสะอาดของร่างกาย ระมัดระวังการติดเชื้อ หมั่นตรวจดูการเกิดแผลหรือการติดเชื้ออยู่เสมอ

4.1 การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป จึงควรชั่งน้ำหนัก ระวังความอ้วน หลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์ เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง การดูแลรักษาผิวหนังโดยการอาบน้ำ ดูแลความสะอาดบริเวณซอกรักแร้ ขาหนีบ ใต้ราวนม เช็ดให้แห้งอย่าให้ชื้นและเพราะอาจเกิดเชื้อราได้ โดยเฉพาะคนอ้วน สวมเสื้อผ้าสะอาดเปลี่ยนทุกวัน การดูแลสุขภาพฟัน ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง บ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ตรวจสุขภาพฟันและปากทุก 6 เดือน และควรเช็ดตาด้วยจักษุแพทย์ปีละครั้ง เพราะโรคเบาหวานอาจทำให้เกิดโรคแทรกทางตาได้ง่าย

4.2 การดูแลเท้า ผู้ป่วยเบาหวานควรระมัดระวังการเกิดบาดแผลบริเวณเท้า โดยเฉพาะในผู้ที่มีการเสื่อมของเส้นเลือดและประสาทส่วนปลาย เพราะเมื่อเกิดบาดแผลมักหายช้า และติดเชื้อเรื้อรังอาจเป็นเหตุให้ต้องตัดนิ้วเท้าหรือขาได้ ผู้ป่วยจึงควรสนใจดูแลเท้าอย่างต่อเนื่อง

โดยการรักษาความสะอาด และการส่งเสริมให้มีการไหลเวียนของเลือดให้ได้อยู่เสมอ โดยการออกกำลังกายด้วยการเดินหรือการบริหารเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงเท้าได้ดีขึ้น หลีกเลี่ยงการนั่งในท่าที่ทำให้เลือดไหลเวียนไม่ดี เช่น นั่งพับเพียบ ทำความสะอาดเท้าทุกวันด้วยสบู่อ่อน ๆ ถ้างามซอกนิ้วและส่วนต่าง ๆ ของเท้าอย่างทั่วถึง ชับให้แห้ง อย่าเช็ดแรง ๆ เพราะอาจเกิดแผลถลอก พร้อมทั้งตรวจดูว่าเท้ามีแผลถลอกหรือไม่ หากมีแผลต้องทำการรักษา เลือกรองเท้าที่เหมาะสมไม่คับ เมื่อเกิดบาดแผลควรรักษาแผลให้สะอาดด้วยน้ำคั้นสุกใช้ยาฆ่าเชื้อ โรคที่ไม่ระคายเคืองต่อเนื่อง เช่น เบตาดีน ยาเหลือง หลีกเลี่ยงการใช้ทิชชูเช็ดเท้า ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ถ้าแผลไม่ดีขึ้นภายใน 1-2 วัน หรือมีอาการบวมแดงเกิดขึ้นต้องรีบปรึกษาแพทย์ทันที

การดูแลรักษาความสะอาดทั่วไป และการดูแลรักษาเท้าเป็นเรื่องสำคัญอีกอย่างหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาของ บุญทิพย์ สิริรังศรี (2538, หน้า 160-162) ที่วิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ พบว่า อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลคือ การเป็นแผลที่เท้า และมีการอักเสบของขาคิดเป็นร้อยละ 33.1 และเป็นการอักเสบบริเวณแขน ลำตัว ร้อยละ 4.7 และจากการศึกษาของ ไวกฤษณ์ สถาปนวัตร, เพชรพงษ์ กำจรกิจการ, ปริญา อัครานุรักษ์กุล, และยุทธพงศ์ แสงพชัย (2540, หน้า 190) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วยเบาหวาน คิดเชื้อใน วชิระพยาบาล ระหว่างเดือนมิถุนายน 2539 - กันยายน 2540 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเท้าคิดเชื้อทั้งสิ้น 19 ราย ตายคิดเป็นร้อยละ 31.57 และผู้ป่วยเท้าเบาหวานถูกรับตัวไว้ในโรงพยาบาล ร้อยละ 23 ของโรคทางเท้าทั้งหมด

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยการดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ศิวหนัง ปากและฟัน รวมทั้งการดูแลเท้า ซึ่งจะพบได้มากในผู้ป่วยเบาหวาน ในการวิจัยครั้งนี้จะนำเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปและการดูแลเท้า ไปวางแผนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ถ้าปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ และสามารถที่จะดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุข โดยการควบคุมอาหาร ผู้ป่วยจะต้องใช้ชีวิตเดินสายกลางไม่จำกัดอาหารให้เข้มงวด แต่จะควบคุมพลังงาน และสารอาหารเป็นหลัก มีการควบคุมอาหารที่รับประทานโดยใช้วิธีการบันทึกอาหารประจำวัน เป็นเวลา 3 วัน เพื่อนำมาประเมินดูความเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและการประกอบอาชีพ เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ปกติ และควรออกกำลังกายด้วยการเดินหรือวิ่ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และนานครั้งละ 20-40 นาที การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และรับประทานยาให้ถูก

ต้องตามเวลา ถูกชนิด และถูกขนาด ไม่เพิ่มหรือลดขนาดของขาเอง การดูรักษาสุขภาพอนามัยทั่วไป และการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการเกิดแผล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินไปใช้ในการประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และนำไปวางแผนให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีปัญหา และนำไปสร้างคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม

ความหมายของกระบวนการกลุ่ม ทิศนา แจมมณี (2522, หน้า 20) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นวิทยาการที่ว่าด้วย ความสัมพันธ์ของคน และเป็นกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการพัฒนาตนเอง

วินิจ เกตุขำ, และคมเพชร ฉัตรสุกฤต (2522, หน้า 14) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นที่รวมของประสบการณ์ของบุคคลหลาย ๆ ฝ่าย ที่มาพบปะสังสรรค์กัน ด้วยความรู้สึกร่วมกัน ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เรียกว่า เกิดการปฏิสัมพันธ์นั่นเอง ช่วยให้ค้นพบวิธีการแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน

ชไมพร มุขโต (2525, หน้า 14) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่ม เป็นสิ่งช่วยให้สมาชิกได้มีการพัฒนาการทางด้านทัศนคติ ค่านิยม พฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง การวิเคราะห์ทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ยิ่งกว่านั้น สมาชิกยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและพร้อมที่จะแก้ไข สมาชิกจะมีประสบการณ์ ในการดำรงชีวิตแบบประชาธิปไตย รู้จักรับผิดชอบในบทบาทของตนเอง รู้จักการแก้ปัญหา มีเหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่มหมายถึง กระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีการแก้ปัญหาร่วมกัน มีการตัดสินใจ มีการพัฒนาการด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายของกลุ่มที่วางไว้ร่วมกัน ซึ่งเป้าหมายนั้นจะเป็นเป้าหมายของสมาชิกแต่ละคนภายในกลุ่มด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มว่า เป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ มีการพัฒนาความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ พฤติกรรม การดูแลตนเอง ร่วมกันค้นหาปัญหา ช่วยกันหาแนวทางแก้ไข มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน คิดและตัดสินใจในการปฏิบัติ การดูแลตนเองด้วยตัวของผู้ป่วยเอง และผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม คอยกระตุ้น เชื่อมโยง ความรู้

ความคิด และคำพูดของสมาชิก ตอบคำถาม ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และให้คำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของกลุ่มที่วางไว้ร่วมกัน และเป็นเป้าหมายของสมาชิกในกลุ่มด้วย

สำหรับการเรียนรู้ กระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการเพื่อใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดร่วมกัน เพื่อเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ผู้เรียนจะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และใช้วิธีวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เรียนซึ่งเกิดขึ้นขณะนั้น เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ (ทิสนา เทียนเสมอ, 2515, หน้า 31)

วิธีให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่ม เป็นการเรียนรู้จากการกระทำร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย โดยมีหลักการให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (learning by doing) ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นไปด้วยความสนุกสนาน ไร้ใจไม่เฉื่อยชา การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่า และมีความหมายต่อผู้เรียนมากขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่มได้ลงมือปฏิบัติ ได้แสดงความคิดเห็น มีความรู้สึก และมีอารมณ์ร่วมในสิ่งที่กระทำ จะทำให้เกิดแนวคิด และสามารถจำเนื้อหาได้นาน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในกลุ่มจะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างกว้างขวางและได้ผลดี สามารถนำความรู้ไปใช้ในกิจกรรมประจำวันได้ (เขวภา เตชะคุปต์, 2521, หน้า 229 – 230)

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย และเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาและความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกายของคน การสอนผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ไม่ใช่เป็นการรักษาโดยตรง แต่เป็นการป้องกันและให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านพ้นวิกฤตการณ์เนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกายไปด้วยดี (Maram, 1978 อ้างถึงใน ทศนีย์ พุกษาชีวะ, 2535, หน้า 46) นอกจากนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของความเจ็บป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเอง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการได้รับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต หรือมีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพอนามัย ซึ่งจากเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้น ในการพยาบาลจึงมีการนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการสอนผู้ป่วยทางกาย โดยดัดแปลงมาจากวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเป็นกลุ่มหรือทำจิตบำบัดกลุ่ม

ลักษณะการเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ควรประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

1. ผู้เรียนมีบทบาทในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง จากการเข้าร่วมกิจกรรมแทนการนั่งฟังคำบรรยาย

2. ผู้ให้ความรู้มีหน้าที่คอยประสานงานและจัดกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน

3. การเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากผู้ให้ความรู้แต่เพียงผู้เดียว แต่ผู้เรียนทุกคนเป็นที่มาของความรู้ ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้จึงมาจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มเป็นสำคัญ

4. การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความต้องการและประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

5. การเรียนรู้ของกลุ่มมี 2 ลักษณะคือ การเรียนรู้เรื่องของตนเอง การเรียนรู้เรื่องของสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม และการเรียนรู้เรื่องของกลุ่ม

6. การเรียนรู้ที่ได้ผลดีนั้น สมาชิกผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ต่อตนเองและส่วนรวม

ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม ทศนีย์ พุกษาชีวะ (2535, หน้า 46) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มไว้ดังนี้

1. กลุ่มเป็นสนามทดสอบความสามารถของสมาชิก
2. กลุ่มเป็นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เจตคติ ความคิดเห็น ช่วยปรับปรุงเจตคติและนิสัยใจคอของสมาชิก
3. กลุ่มช่วยเสริมสร้างควมมีวินัยให้แก่ตนเอง เมื่อสมาชิกเข้ากลุ่มจะต้องมีการปฏิบัติตามกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ปฏิบัติตามเกณฑ์ร่วมกัน จะทำให้สมาชิกมีความอดทน
4. กลุ่มช่วยให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ให้ความอบอุ่น ให้กำลังใจ ให้ความรัก และกลุ่มยังเป็นที่บำรุงขวัญของสมาชิก ทำให้สมาชิกมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เป็นที่รักและได้รับการยกย่องจากกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกมีความเข้าใจตนเองดีขึ้น เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และเชื่อมั่นในตนเอง

ความสำเร็จของการให้ความรู้แบบกระบวนการกลุ่มขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการคือ การจัดตั้งกลุ่ม ผู้ดำเนินการหรือผู้นำกลุ่มและการจัดประสบการณ์เรียนรู้ในกลุ่ม ดังนี้คือ

1. การจัดตั้งกลุ่ม (group formation) สิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจัดตั้งกลุ่มคือ
 - 1.1 การให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่มจำเป็นต้องตั้งจุดมุ่งหมายทั่วไปและจุดมุ่งหมายเฉพาะของกลุ่ม การกำหนดจุดมุ่งหมายต้องคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้ ความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึง ปริชาญา ทักษะ ความสามารถ และความสนใจของผู้วิจัย ลักษณะของผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม นโยบายและจุดมุ่งหมายของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้วิจัย

1.2 การคัดเลือกประเภทผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม ผู้ป่วยที่จะนำมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต้องเป็นผู้ป่วยที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ สามารถเรียนรู้ได้จากกระบวนการกลุ่ม เมื่อผู้วิจัยชี้แจงแนะนำ สามารถเข้าใจความหมายและวิธีดำเนินการและเมื่อเลือกสมาชิกแล้วควรทำความเข้าใจความตกลงกันของสมาชิกภายในกลุ่ม และผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับในฐานะสมาชิกของกลุ่ม อาจตกลงกันด้วยวาจา หรือเป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้

1.3 ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกกลุ่ม พบว่ามีอิทธิพลต่อปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มเป็นอย่างมาก ถ้าจำนวนสมาชิกภายในกลุ่มมีมากจะทำให้เกิดความคิดหลากหลาย แต่จะมีผลเสียในการควบคุม การจูงใจ สมาชิกจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมน้อย และอาจก่อให้เกิดกลุ่มย่อย แต่ถ้าสมาชิกในกลุ่มมีน้อยเกินไปจะทำให้สมาชิกรู้สึกอึดอัด วิตกกังวล จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มนั้น ได้มีผู้เสนอความคิดไว้หลายท่าน เช่น จอห์นสัน (Johnson, 1982, p. 162 อ้างถึงใน ทศนีย์ พุกษาชีวะ, 2535, หน้า 49) กล่าวว่า ควรมีสมาชิก 5-15 คน กริฟฟิต (Griffit, 1985, p. 81 อ้างถึงใน ทศนีย์ พุกษาชีวะ, 2535, หน้า 49) กล่าวว่า จำนวนสมาชิกในกลุ่มที่เหมาะสมคือ 10-12 คน และ ทอยเลอร์ (Toylor, 1982 อ้างถึงใน ทศนีย์ พุกษาชีวะ, 2535, หน้า 49) กล่าวว่า กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน สำหรับกลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5-7 คน จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด สำหรับกลุ่มใหญ่ควรมีสมาชิกจำนวน 4-12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุด และจะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์มากที่สุด และมีความเป็นปึกแผ่นมากที่สุด

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มอยู่ระหว่าง 14-16 คน โดยคำนึงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม การให้ความรู้และความสะดวกในการเดินทางมายังสถานที่ดำเนินการกลุ่ม และในการอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยจัดให้สมาชิกรั้งเป็นวงกลม ได้เห็นหน้าซึ่งกันละกัน เป็นประโยชน์ในแง่สื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ ได้เห็นการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และผู้นำกลุ่มรวมอยู่ด้วย ซึ่ง ทศนีย์ พุกษาชีวะ (2535, หน้า 86) กล่าวว่า การจัดให้สมาชิกรั้งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน การจัดในลักษณะนี้จะทำให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มมากขึ้น การสื่อสารจะเป็นไปอย่างใกล้ชิด มีผลทำให้ความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์ของสมาชิกกลุ่มเป็นไปในแนวทางที่ดี

1.4 เวลาและสถานที่ในการจัดทำกลุ่ม การกำหนดสถานที่ในการจัดทำกลุ่ม ควรจัดให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ (privacy) เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวนหรือสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้เหมาะสมในการเรียนรู้มากที่สุด เวลาที่ใช้ในการทำกลุ่ม ควรเป็นเวลาว่างไม่มีกิจกรรมอื่นของทั้งสมาชิกและผู้นำ ควรกำหนดวันเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำ

กลุ่ม การทำกลุ่มจะต้องมีการเริ่มและการสิ้นสุด ให้ตรงเวลา ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที และความถี่ของการจัดกลุ่มอาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้อาคารผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เป็นสถานที่ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพราะเป็นสถานที่ซึ่งอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย สะดวกในการเดินทาง และใช้เวลาในการทำกลุ่มครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ระยะเวลาของการทำกลุ่มห่างกัน 4 สัปดาห์ และการมีกิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 3 ครั้ง และเว้น 2 สัปดาห์ จึงทำการทดสอบหลังการอบรม

2. ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม มีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเป็นอย่างดี และดำเนินการได้อย่างถูกต้อง ความเป็นผู้นำเป็นพื้นฐานของการจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ เพราะความเป็นผู้นำจะทำให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างมีชีวิตชีวา และมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (leadership function) มี 4 ประการ ดังนี้

1. ใช้อำนวยความสะดวกให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่ม 3 ด้าน คือความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือความรู้สึกเป็นสมาชิก ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น ดังนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสแก่สมาชิกในกลุ่มได้ตระหนักถึงความสามารถเฉพาะตน และความรับผิดชอบของตนที่มีต่อหมู่คณะด้วย

2. สร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้เกิดขึ้นในกลุ่มให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ในปัญหาต่าง ๆ ที่พบ ตลอดจนมีอิสระในการหาแนวทางในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน ทั้งนี้โดยให้บรรยากาศภายในกลุ่ม ไม่อยู่ในภาวะเครียดจนเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงมั่นคงเป็นที่น่าพึงพอใจ

3. ดูแลความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อการดำเนินการให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ และควรมีประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ

4. กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนขอมใช้เวลาในการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้ต่างกัน

3. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (phase of group experience) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มมี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะสร้างความรู้สึกปลอดภัย (the introductory phase or initiating phase) เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่ม

และสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง สร้างความมั่นคงปลอดภัย โดยแนะนำให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของกลุ่ม กฎ ระเบียบ และแนวทางในการปฏิบัติในฐานะเป็นสมาชิกกลุ่ม ผู้นำต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน กระตุ้นให้สมาชิกได้ระบายและแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ภายในกลุ่มว่า สมาชิกทุกคนต้องต่อสู้ปัญหาหรืออุปสรรคเหมือน ๆ กัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้ เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกัน สมาชิกสามารถติดต่อสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความจริงใจในขณะที่ทำกลุ่มนั้น ผู้นำกลุ่มควรตระหนักอยู่เสมอ เพราะเป็นสิ่งก่อก่อให้เกิดความไว้วางใจของสมาชิก ความจริงใจดังกล่าวผู้นำกลุ่มสามารถแสดงออกมาในรูปของท่าทีที่อบอุ่น สนใจที่สมาชิกกำลังพูด ตั้งใจฟัง เข้าใจและยอมรับความคิดเห็น และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่สมาชิกแสดงขณะทำกลุ่ม ผู้นำไม่ควรใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสิน การประสานสายตาดูขณะสนทนาก็เป็นสิ่งดี จะช่วยเสริมความไว้วางใจให้เกิดขึ้น สมาชิกจะเต็มใจและกล้าแสดงออก ทั้งด้านความรู้ ความคิด ประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเอง เล่าปัญหา ๆ ให้ฟัง โดยไม่ต้องซักถาม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นให้สมาชิกอื่น ๆ กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง มีผลให้ความวิตกกังวลลดลง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (working phase) ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนมและเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจในอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาหนทางแก้ปัญหาละเลาะเลือกวิธีแก้ปัญห โดยมิเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือ สนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ และนำมาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าคุณเองมีค่า และศักดิ์ศรีมากขึ้น ที่สามารถเข้าใจปัญหาตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไขปัญห ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นเข้าใจและแก้ไขปัญหบางอย่าง ระยะนี้จึงเป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญห ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการให้กลุ่มได้บรรลุจุดมุ่งหมาย เสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา และหาแนวทางแก้ไขช่วยเหลือในการทดสอบความถูกต้องเพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีไปใช้ในการแก้ปัญหต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (final phase) เป็นระยะที่ผู้นำต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงความรู้

ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากจะใช้การประเมินผลด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่ม แล้วยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออก จากการประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจงในการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำควรจะบอกให้สมาชิกทราบล่วงหน้า และในกรณีสมาชิกบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำจะต้องให้สมาชิก ได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งชี้แนะให้เห็นถึงประโยชน์ ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

สรุปได้ว่า การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้ ที่ผู้เรียนมีปัญหาล้ำๆ กันได้มาพบกัน ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ในการแก้ปัญหาต่างๆ ความคาดหวังในสิ่งที่อาจเกิดขึ้น มีการค้นหาปัญหา วิธีแก้ปัญหา และฝึกฝนวิธีการต่างๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มมาเป็นแนวทาง ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพราะจะเป็นการเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาล้ำๆ กัน มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ การแสดงออกซึ่งความรู้สึกต่างๆ ช่วยกันค้นหาปัญหาและหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เรื่องโรคและการรักษามากขึ้น สามารถเรียนรู้การดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า รวมถึงวิธีการเผชิญปัญหาต่างๆ และแนวทางแก้ไขได้ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลตนเองที่ดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่ง พูนศิริ อรุณเนตร (2541, หน้า 65-67) ได้ศึกษาผลการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน คลินิกพิเศษตรวจโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่ไม่เคยได้รับการตรวจรักษาที่ใดมาก่อน และรับการรักษาไม่เกิน 1 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย แบ่งเข้ากลุ่มครั้งละ 3-4 คน โดยดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภายหลังจากทดลองน้อยกว่า ก่อนการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าอาจเป็นเพราะระยะเวลาในการทดลองนานเกินไปและผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมทางระบบสมองและประสาททำให้หลงลืมได้ง่าย รวมทั้งทักษะในการให้การสนับสนุนของญาติแต่ละคนแตกต่างกัน จึงเป็นผลให้ความรู้ของผู้ป่วยลดลงได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง หลังได้รับความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมโรคขณะได้รับความรู้และหลังได้รับความรู้ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าภายหลังได้รับความรู้ คะแนนความรู้เรื่องภาวะแทรก

ซ้อนเพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อ และวิธีแก้ไขเมื่อมีน้ำตาลในเลือดสูง คณะแผนกพฤติกรรมศาสตร์ดูแลตนเอง
 ในเรื่องวิธีการแก้ไขในเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า
 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด ไม่เคยมีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเลย และ
 ไม่มีอาการผิดปกติให้เห็น ดังนั้นในการเข้ากลุ่มจึงไม่มีตัวอย่างให้เห็นชัดเจน และข้อเสนอแนะว่า
 ถ้านำกระบวนการกลุ่มไปใช้ต่อไป ควรกระจายประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่า และ
 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างควรกระจายเป็นกลุ่มย่อย จากการศึกษาของ สุดาพร คำรงค์วานิช (2536,
 หน้า 92 – 102) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้
 ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์
 ใช้กระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 90 คนเป็นกลุ่มทดลอง 50 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ
 48 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้การประชุมกลุ่ม (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง
 ของกระบวนการกลุ่ม) 3 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ห่างกันครั้งละ 1 เดือน กลุ่มเปรียบเทียบ
 ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาส
 เสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคแทรกซ้อน ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความ
 คาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ถูกต้องมาก
 กว่าก่อนการทดลอง และถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยได้ให้ข้อ
 เสนอแนะว่า การใช้กระบวนการกลุ่มเป็นกลวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้
 ความสามารถตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย สำหรับผู้
 ป่วยเบาหวาน เพราะผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวานมาก่อน เนื่อง
 จากปัจจุบัน มีการพัฒนาเทคโนโลยีในการสื่อสาร ทำให้มีการกระจายของข้อมูลข่าวสารด้านสุข
 ภาภคดียิ่งขึ้นโดยเฉพาะชุมชนเมือง ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคเบา
 หวานมาก่อน การเข้าร่วมประชุมกลุ่ม มีการสนทนาซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการ
 ปฏิบัติตัว โดยการซักถามตัวเองแบบด้วยตนเอง จะก่อให้เกิดการยอมรับ และพัฒนาทักษะ ทำให้มี
 ความเชื่อมั่นในสมรรถภาพที่จะนำไปปฏิบัติด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น วิชัย พักผลงาม และคณะ (2536,
 หน้า 38 – 51) ได้ศึกษาถึงผลการศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน
 จำนวน 58 คน โดยให้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานอาหารของตนเองเป็นเวลา
 3 วัน หลังจากนั้นให้โภชนาการแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และเป็นรายกลุ่ม ทุก 3 – 4 สัปดาห์
 จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 30 – 60 นาที โดยใช้เทคนิคการให้สุขศึกษาและกระบวนการกลุ่ม เพื่อ
 เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ผลการวิจัยว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออก
 กำลังกาย และปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานหลังเข้าโครงการครบ 6 เดือน ดีกว่าก่อนเข้า
 โครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเวลาเช้า และระดับน้ำตาล

พรีคโตสซามีนต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อรุณี รัตนพิทักษ์ (2540, หน้า ๗) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มต่อการควบคุมโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลศิริราช โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานร่วมกันวางแผนแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และทดลองไปปฏิบัติ โดยการพูดคุยและสัมภาษณ์เจาะลึกอย่างมีแบบแผนในเดือนที่ 1, 2 และ 3 ติดตามผลในเดือนที่ 4, 5 และ 6 นำมาวิเคราะห์ผล สรุปว่า เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า การให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับความรู้ ความเข้าใจและเห็นการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นการรวมเอาประสบการณ์หลายรูปแบบมาให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และสามารถที่จะเลือกนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตน ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดี และมีชีวิตยืนยาวต่อไป

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม มีการศึกษากันมากในต่างประเทศ โดยศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อมนุษย์ไว้หลายประเด็น ประเด็นสำคัญในวงการแพทย์ คือ การศึกษาถึงผลการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพอนามัยของมนุษย์ ได้ถูกค้นพบเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา (Tilden, 1985, p. 199 อ้างถึงใน ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533, หน้า 23) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้านระบาดวิทยา พบว่า เครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอัตราป่วยและอัตราการตายของมนุษย์ (Berkman & Leonard, 1979, pp. 186 – 204; Blazer, 1982, pp. 648 – 694; House, 1982, pp. 123 – 140 อ้างถึงใน ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533, หน้า 23) นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี (Caplan, 1974, p. 7; Cohen & Willis, 1985, pp. 310 – 357; Gore, 1978, pp. 157 – 158; Wortman, 1984, p. 2354 อ้างถึงใน ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533, หน้า 23) ทั้งนี้เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีการพึ่งพาระหว่างกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น (จินตนา ชูนิพันธ์, 2532, หน้า 4) คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทาง จิตวิทยาที่มีความรู้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ และจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่จะให้ความ

หมายของการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้เฉพาะงานวิจัยนั้น จึงพบว่า คำจำกัดความบางครั้งมีความแตกต่างกันบางครั้งมีความคล้ายคลึงกัน (Brown, 1986, pp. 4 – 9) เช่น

คอบบ์ (Cobb, 1976, pp. 300-301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้าง เป็นการที่บุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และยกย่องตัวเขา นอกจากนี้ตัวเขาเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาร์น (Kahn, 1979, pp. 85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้อาจเกิดเพียงใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

บาร์ริรา (Barrera, 1981, pp. 70 อ้างถึงใน ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533, หน้า 24) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

ทอยส์ (Thoits, 1982, pp. 147 – 148) ให้ความหมายว่า บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือ ด้านอารมณ์ สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคล สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาเร็วขึ้น

ฮับบาร์ด, มูแลงแคมป์, และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp, & Brown, 1984, pp. 266 อ้างถึงใน ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533, หน้า 24) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วยการติดต่อสื่อสารในแง่ดี ทำให้มีความรู้สึกผูกพัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2535, หน้า 171) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533, หน้า 25) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าการที่บุคคลในสังคมได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการช่วยเหลือต่างๆ เช่น ข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือบริการด้านต่าง ๆ จากการที่บุคคลนั้นปฏิบัติสัมพันธ์กันในสังคม

น้อมจิตร สกุลพันธ์ (2535, หน้า 58) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลจะได้รับการหรือพฤติกรรมช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมที่บุคคลนั้นสัมพันธ์ด้วย และตีความว่ากิจกรรมหรือพฤติกรรมช่วยเหลือนั้น สามารถช่วยให้ตนเองบรรลุเป้าหมาย ส่วนบุคคลหรือตอบสนองความต้องการของตนในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ได้

คาริกา ชารบัวสุวรรณ (2540, หน้า 24 – 25) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น ๆ ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การยอมรับและมองเห็นในคุณค่า การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงานหรือบริการรวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการช่วยเหลือนั้น ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการของตน และมีผลดีต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมของบุคคล

เพนเดอร์ (Pender, 1987, pp. 393 – 396 อ้างถึงใน ฉัตรวณิช ใจอารีย์, 2533, หน้า 24) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้จักความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และบุคคลจะได้รับการสนับสนุนนี้ โดยกลุ่มคนซึ่งอยู่ในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิต อารมณ์ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

สมจิต หนูเจริญกุล (2539, หน้า 40) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือในด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำ หรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล

พิลิสุก (Pilisuk, 1985, p. 100 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 40) ให้คำนิยามการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความช่วยเหลือระหว่างบุคคลในด้านวัตถุประสงค์ของ การให้ความเชื่อมั่นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกดีกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของสังคม มีความรู้สึกมั่นคงและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความช่วยเหลือในด้านวัตถุประสงค์ของ การให้ความรู้แก่บุคคลอื่น หรือการประสานสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมั่นคง และรู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ต้องการและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับนับถือ ความรัก ความนิยม การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็นมิติหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหมายถึงความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ที่บุคคลต้องการได้รับจากการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม การแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของผู้ศึกษา

ไวส์ (Weiss, 1974, pp. 17 – 26 อ้างถึงใน กุลธิดา พานิชกุล, 2536, หน้า 36) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 6 ชนิด คือ

1. ความใกล้ชิด ความใกล้ชิดจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์โดยรวม คือ ทำให้บุคคลปลอดภัย และอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความว้าเหว่ และปกติจะพบในผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส เพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว

2. การมีส่วนร่วมในสังคม จะแสดงให้เห็นถึงการเข้ามามีส่วนร่วมกันของคน ที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน หรือมาทำงานร่วมกัน เพื่อวัตถุประสงค์ที่คล้ายกัน การปฏิสัมพันธ์จะทำให้มีการให้และการรับทางด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ และความคิด การที่คนขาดการมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้รู้สึกว่าคุณถูกแยกจากสังคม และเป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสัมพันธ์ เช่นนี้มักพบได้ในกลุ่มเพื่อน

3. โอกาสในการดูแลรับผิดชอบ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อคนเรามีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ได้รับการดูแลรับผิดชอบจากคนที่ดีกว่า ถ้าหากว่าคนเราไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์ว่างเปล่า หรือไม่มีจุดหมาย

4. การได้รับการยอมรับ การยอมรับจะเกิดขึ้น เมื่อคนมีพฤติกรรม ความสามารถตามบทบาทของตน ซึ่งจะก่อให้เกิดการยอมรับ เชื้อถือ ความสามารถนั้นอาจเป็นบทบาทในอาชีพ หรือครอบครัว บทบาทเหล่านี้อาจได้รับการยอมรับในสถาบัน ในกลุ่มครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อนก็ได้ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับ ก็ย่อมให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง

5. การได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเท่านั้น จึงจะทำการช่วยเหลือที่ยาวนานได้ ถ้าไม่มีความสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดการช่วยเหลือขึ้นแล้ว ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลและอ่อนแอ

6. การได้รับคำแนะนำ หรือหาคนที่ปรึกษาไว้ใจได้เป็นที่พึงได้ การสนับสนุนชนิดนี้ มักจะเกิดจากบุคคลที่เป็นวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้รู้สึกสิ้นหวัง

คอปปี (Cobb, 1976, pp. 300 – 301 อ้างถึงใน กุลธิดา พานิชกุล, 2536, หน้า 36) ให้แนวคิดในแง่สื่อสารเป็นสื่อให้ผู้รับเกิดความรู้สึกว่าตนเองห่วงใย อาหาร มีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคม คอปปีได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) คือการสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์ ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่และความสนใจ ซึ่งมักจะได้จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน

2. การสนับสนุนด้านคุณค่าในตน (esteem support) คือ การสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่า และได้รับการยอมรับในกลุ่มสังคม

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support or network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn, 1979, p. 85) แบ่งแรงสนับสนุนออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกในรูปของความผูกพันการยอมรับ การเคารพหรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (affirmation) เป็นการแสดงออกของการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำ และความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของ หรือการช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านี้อาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981 cited in Tilden, 1985, p. 201) แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การให้ความผูกพัน ความอบอุ่นใจและความรู้สึกเชื่อมั่นไว้วางใจ ซึ่งทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเองได้รับความรัก

2. การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (information support) เป็นการแนะนำในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง รวมทั้งการให้บริการ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมตามกรอบแนวคิดของ คอบบี (Cobb, 1976) ร่วมกับ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ซึ่งผู้วิจัยพบว่าครอบคลุมและสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งได้แก่

1. การสนับสนุน (emotional support) จากความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ และรู้สึกไม่ปลอดภัยในการมีชีวิต เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ อาจมีอาการซึมเศร้าได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับอาหารที่มีน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องประคับประคองด้านอารมณ์ ต้องการความรักและมีผู้ดูแลเอาใจใส่ ต้องการระบายความรู้สึกกับข้องใจกับบุคคลที่ไว้วางใจได้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย และทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

2. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ที่ไม่ขัดต่อโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว หรือถูกแยกออกจากสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หลังจากรู้ว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน และต้องรักษาไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาหาร และจะต้องปรับแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ซึ่งเป็นเรื่องที่ยุ่งยากสำหรับผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่ายที่จะปฏิบัติ หรือเกิดความท้อแท้ต่อการเจ็บป่วย ซึ่งอาจมีผลทำให้โรคทรุดลงมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมจากบุคคลรอบข้าง จะทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการรักษาและสามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไป

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือบริการ (tangible support) ผลกระทบจากโรคทำให้สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานบางอย่างที่ต้องใช้แรงงานหรืองานที่หักโหมได้ ทำให้รายได้จากการประกอบอาชีพต้องลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ ค่ายา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทต่อครอบครัว และสังคมได้เหมือนเดิม ทั้งนี้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในด้านการเงิน หรือผู้ช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่การงาน จะทำให้ผู้ป่วยคลายความเครียด ลดความวิตกกังวลลง มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

5. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (esteem support) ผลกระทบจากโรคทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นผู้ไร้ความสามารถ ต้องเป็นภาระผู้อื่น ไม่สามารถดำรงบทบาทเดิมได้ ความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัวและอาจเกิดอารมณ์เศร้า ถ้ามีบุคคลรอบข้างให้ความเข้าใจ ยอมรับการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเป็นทุกข์ต่าง ๆ ออกมา พฤติกรรมเหล่านี้ของบุคคลรอบข้าง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการของบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดความมั่นใจมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล จะช่วยในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือต่าง ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งจะทำให้บุคคลจะมีความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจที่จะดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นการให้ข้อมูลและคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด การได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของของกำลังใจ การให้ข้อมูลป้อนกลับจะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มสังคม จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ

และเป็นแรงจูงใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น โจเซฟ (Joseph, 1980, p. 137) ได้เน้นถึงองค์ประกอบในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง คือ ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างดี และจากการศึกษาของ กรองจิตร ชมสมุท (2535, หน้า 90) ได้ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภายหลังจากทดลองว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากญาติทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง รวมทั้งการศึกษาของ ทิพาพร วงศ์หยังกุล, จิตินันท์ สุทธิชัย, และประทุม สร้อยวงศ์ (2535, หน้า ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ คาริกา ธารบัวสวรรค์ (2540, หน้า ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยธาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.5438$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรัตน์ แก้วประโลม (2538, หน้า จ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2974$) และ กุลธิดา พานิชกุล (2536, หน้า 100) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .64$)

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีผลต่อความรู้ที่เพิ่มขึ้น และความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้สึกลึกมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจ และเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี