

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ
อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

SELF-CARE OF ELDERLY WITH DIABETES IN LOUNGNUAE
SUB-DISTRICT, DOI SAKET DISTRICT,
CHIANG MAI PROVINCE

กมลพรรณ จักรแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

พ.ศ. 2561

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานต่ำปลดวงเหนือ
อำเภอคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

ผู้วิจัย กมลพรรณ จักรแก้ว

หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร.รพีพร เทียมจันทร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์วราภรณ์ ศิริสว่าง

คณะกรรมการสอบ


..... ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร.เอกธรรณ ชูพันธ์)


..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.รพีพร เทียมจันทร์)


..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์วราภรณ์ ศิริสว่าง)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลณัฐ พลวัน)

วันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2561

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

หัวข้อวิทยานิพนธ์ : การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลหลวงเหนือ
อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่

ชื่อผู้วิจัย : กมลพรรณ จักรแก้ว

สาขาวิชา : สาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

: อาจารย์ ดร.รพีพร เทียมจันทร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

: รองศาสตราจารย์วราภรณ์ ศิริสว่าง

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 2) ปัญหาในการดูแลตนเอง และความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในตำบลหลวงเหนือ อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 154 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การศึกษาเชิงปริมาณพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (70.80%) และมีระยะเวลาที่ป่วยเป็น โรคเบาหวานอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี เมื่อศึกษาความรู้และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=11.24$, S.D.= 2.12) และการดูแลตนเอง ทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=2.45$, S.D. = 0.15) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานพบว่า อายุ ความรู้ และระยะเวลาที่ป่วยเป็น โรคเบาหวาน ไม่มี ความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคเบาหวาน

การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานพบว่า ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเกิดจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีภาระในด้านเศรษฐกิจและภาระหน้าที่ในครอบครัว ในส่วนของความต้องการการ

ก

สนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานต้องการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและเทศบาลตำบลลงเหนือสนับสนุนด้านการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและสถานที่ในการออกกำลังกาย

คำสำคัญ : การดูแลตนเอง, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวาน



Title : Self-care of elderly with diabetes in Loungnuae Sub-district, Doi Saket District, Chiang Mai Province

The Author : Kamolpan Jakkaew

Program : Public Health

Thesis Advisors : Dr.Rapeeporn Tiamjan Chairman

: Associate Professor Waraporn Sirisawang Member

ABSTRACT

The objective of this research were to study self-care of the elderly with diabetes and to identify self-care problems and their needs for support from relevant agencies. The mixed methods were used to obtain both quantitative and qualitative data. The sample group consisted of 154 elderly diabetics in Loungnuae Sub-district, Doi Saket District, Chiang Mai Province. The questionnaires and focus group discussions were used for data collection. The quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and Chi-Square test. The qualitative data were analyzed by using content analysis.

The results from analyzing the quantitative data showed that the majority of the elderly diabetics were females, aged between 60-69 years old (70.80%) and were diagnosed as diabetics from one to five years. When knowledge and self-care of the sample group were examined, the results showed that their knowledge about the disease was at a high level ($\bar{x} = 11.24$, S.D.= 2.12) and all six aspects of self-care were at a good level ($\bar{x} = 2.45$, S.D. = 0.15). When the relationship between individual factors and self-care behavior of the sample group was investigated, it is found that age, knowledge and duration of suffering were not related to their self-care.

Regarding the qualitative data from focus group discussions, it is revealed that self-care problems of the sample group were derived from misunderstanding about their diet, exercise, economic obligations, and family burden. As for the needs for support from concerned agencies,

the sample group wanted the local health promoting hospital and the municipality to provide them correct self-care knowledge and exercise facilities respectively.

Keyword: Self-care, Elderly people, Diabetes



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนอย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.รพีพร เทียมจันทร์ และรองศาสตราจารย์ วราภรณ์ ศิริสว่าง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำต่าง ๆ ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และช่วยตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ในทุกขั้นตอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา พร้อมทั้งช่วยกระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษาเสมอมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้ศึกษาจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน คือ อาจารย์ศรีธัญญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุลคุณสินี พวงเงินมากและคุณชัชชัย ชันแก้วมิ่ง ที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขอขอบพระคุณเทศบาลตำบลลวงเหนือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลและขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาคั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ครอบครัวและเพื่อน ๆ ทุกคนที่เป็นกำลังใจให้ผู้ศึกษาสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จ คุณงามความดีและสิ่งที่เป็นประโยชน์ทั้งหลายอันเกิดจากการศึกษานี้ ขอมอบให้แก่คณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้อันมีค่าแก่ผู้ศึกษาเพื่อที่จะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการทำงานและการดำเนินชีวิตต่อไป

กมลพรรณ จักรแก้ว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	๗
ABSTRACT.....	๘
กิตติกรรมประกาศ.....	๙
สารบัญ.....	๗
สารบัญตาราง.....	๙
สารบัญภาพ.....	๑๐
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
คำจำกัดความของการดูแลตนเอง.....	7
ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem.....	8
พัฒนาการวัยสูงอายุ.....	14
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	19
แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support).....	29
บริบทตำบลหลวงเหนือ อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่.....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	46
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
รูปแบบการวิจัย.....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร.....	56
ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน.....	59
ตอนที่ 3 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวาน.....	63
ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน.....	66
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	76
อภิปรายผล.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	88
บรรณานุกรม.....	90
ประวัติผู้วิจัย.....	95
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือในการวิจัย.....	97
ภาคผนวก ข แบบสอบถามการวิจัย.....	98
ภาคผนวก ค การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม.....	105
ภาคผนวก ง ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	111
ภาคผนวก จ อักษรวิสุทธิ.....	118

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	การแปลผลระดับพลาสมากลูโคส.....	23
2.2	การออกกำลังกายแบบแอโรบิก.....	28
4.1	ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน.....	56
4.2	จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องโรคเบาหวานในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคเบาหวาน.....	60
4.3	จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้ต่อโรคเบาหวาน.....	62
4.4	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ความเข้าใจต่อโรคเบาหวาน.....	62
4.5	การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานแต่ละด้าน.....	63
4.6	จำนวนและร้อยละของระดับการดูแลตนเอง.....	66
4.7	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวาน.....	67
4.8	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเบาหวานกับระดับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน.....	68
4.9	ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาป่วยกับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน.....	69
5.1	ปัญหาในการดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน.....	78

ญ

สารบัญภาพ

ตารางที่		หน้า
2.1	ขั้นตอนการคัดกรองโรคเบาหวาน.....	37
2.2	ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน.....	38



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในทวีปเอเชียและภูมิภาคแปซิฟิกรวมทั้งประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราการตายและอัตราการเกิดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างทางอายุของประชากร (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ [UNFPA], 2008 อ้างถึงใน สุกัญญา วชิรเพชรปราณี, 2553) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยพบประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7.4 หรืออายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12 และมีการคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ซึ่งหมายถึงมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปี ร้อยละ 20 ขึ้นไปหรืออาจกล่าวได้ว่าในอีก 7 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2564) ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) (กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ, 2556)

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุปรากฏผลว่ามีแนวโน้มของการอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสของผู้สูงอายุยิ่งเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อายุมากขึ้นยังมีการเจ็บป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวะการพึ่งพาต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว (กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 จากการสอบถามภาวะการเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งคำตอบจะต้องเป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์ การสำรวจนี้พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุจะเป็นมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น อย่างเช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป เกือบครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 45.6 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.2 ของผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 9.6 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน เนื่องจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน หรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองประการ ซึ่งจะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ไต ตา เส้นประสาท หลอดเลือด และหัวใจ (American Diabetes Association [ADA], 2007 อ้างถึงใน รื่นจิต เพชรชิต, 2558) โรคเบาหวานเป็นภัยคุกคามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) รายงานว่า ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี เฉลี่ย 8 วินาทีต่อ 1 คน และพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 300 ล้านคน คนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีโอกาสเป็นเบาหวานเร็วกว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง (วิชัย เทียนถาวร, 2555) จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2538 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 863,000 คน ในปี พ.ศ. 2543 มีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 1,536,000 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2,739,000 คน (WHO, 2006 อ้างถึงใน รื่นจิต เพชรชิต, 2558) ในการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539 – พ.ศ. 2540 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2546 – 2547 พบอัตราการความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.9 ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2552 ซึ่งเป็นครั้งล่าสุด พบอัตราการความชุกเบาหวานเท่าเดิม คือ ร้อยละ 6.9 โดยคาดว่าคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไปประมาณ 3.46 ล้านคน กำลังเผชิญกับโรคเบาหวาน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 9,647 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 27 คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 14.93 ต่อแสนประชากรและมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 689,720 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,081.25 ต่อแสนประชากร (นุชรี ออบสุวรรณ และนิตยา พันธุเวทย์, 2558)

โรคเบาหวานแม้จะรักษาไม่หายแต่สามารถควบคุมโรคหรือระดับน้ำตาลได้โดยการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ถูกต้องกับการป่วยเป็นโรคเบาหวานด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การจัดการความเครียดและการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจและมีเป้าหมายในการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยไม่ตั้งใจและปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ก็จะส่งผลให้ควบคุมโรคได้ไม่ดี (Orem, 1995 อ้างถึงใน รื่นจิต เพชรชิต, 2558) จากแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม กล่าวว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเพื่อสนับสนุนกระบวนการของชีวิตช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ ซึ่งในวัยผู้สูงอายุผู้นั้นมี

ความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเนื่องจากความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือตามความต้องการในการดูแลตนเอง ทั้งนี้หากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนได้มากมาย เช่น เส้นเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจตีบ การเสื่อมของจอตา การเกิดภาวะไตวาย เป็นต้น (วิชัย เทียนถาวร, 2556)

ตำบลดวงเหนือ อำเภอคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นชุมชนชนบทกึ่งเมือง แบ่งการปกครองออกเป็น 10 หมู่บ้าน หมู่บ้านส่วนใหญ่ตั้งเรียงรายอยู่บนที่ราบได้เชื่อมแม่กวางอุดมธารามีจำนวนประชากร 6,048 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,198 คน เท่ากับร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด เมื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพของคนในชุมชน พบว่าโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในห้าอันดับแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานรวม 274 คน เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 56.20 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผู้ป่วยที่เป็นญาติพี่น้องกัน จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 28 ของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด จากสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.12, 56.13, 56.20 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะไตเสื่อม ร้อยละ 24.02 มีภาวะเสี่ยงเรื่องเท้า ร้อยละ 79.87 และมีภาวะเสี่ยงทางหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 24.02 และยังพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเป็นเวลานานสูงสุดถึง 18 ปี และผู้สูงอายุบางคนขาดการมารับการรักษาที่ต่อเนื่อง จากสถิติการเข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มารับการรักษาร้อยละ 22 และไม่มารับการตรวจตามนัด ร้อยละ 38.96 จากจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว ที่เป็นสถานพยาบาลที่ดูแลรับผิดชอบ (รายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2558, 2558)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและรักษาไปตลอดชีวิตโดยมีผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ในตำบลดวงเหนือ อำเภอคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ มีปัญหาเนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่เข้ารับการตรวจตามนัด อีกทั้งมีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลดวงเหนือ อำเภอคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเพื่อทราบถึงวิธีการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งผลของการศึกษาค้นคว้า

จะนำไปสู่การพัฒนาวิธีการและกลยุทธ์ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน
2. ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน
2. สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชนในตำบลลวงเหนือ อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่
3. เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม
4. สามารถนำมาสร้างแนวทางด้านนโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ การวิจัยครั้งนี้จะทำการศึกษาในพื้นที่เขตตำบลลวงเหนือ อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่
2. ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และอาศัยอยู่ในตำบลลวงเหนือ อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่
3. ขอบเขตด้านเนื้อหา งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของ Orem ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตำบลลวงเหนือ อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่

ประกอบด้วย การดูแลตนเองใน 6 ด้าน ดังต่อไปนี้ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการมาตรวจตามนัด

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ถือสัญชาติไทย และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป โดยมีภูมิลำเนาในตำบลลวงเหนือ อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 126 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิตร ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว ตำบลลวงเหนือ อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว ตำบลลวงเหนือ อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการมาตรวจตามนัด

การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารตามสัดส่วน ปริมาณ จำนวนครั้งตามความต้องการเป็นรายบุคคลที่เหมาะสม

การดูแลตนเองด้านการรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติตัวในการรับประทานยาให้ ถูกวิธี ถูกขนาด ถูกเวลา

การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การบริหารกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีใน 1 วัน สัปดาห์ละ 3 – 5 วัน

การดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียด หมายถึง การทำจิตใจไม่ให้กังวล มีสมาธิ เมื่อเกิดความไม่สบายใจ และแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

การดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การดูแลปฏิบัติตนตาม คำแนะนำของแพทย์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การทำความสะอาดร่างกายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

การดูแลตนเองด้านการมาตรวจตามนัด หมายถึง การมาตามนัดเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาการดูแลตนเอง หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่สามารถดูแลตนเองได้

ความต้องการการสนับสนุน หมายถึง ความต้องการให้หน่วยงานต่าง ๆ สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคูดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ที่ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้

1. คำจำกัดความของการดูแลตนเอง
2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem
3. พัฒนาการวัยสูงอายุ (Aging Development)
4. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
5. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
6. บริบทของตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คำจำกัดความของการดูแลตนเอง

ได้มีผู้ให้ความหมายหรือคำจำกัดความของการดูแลตนเองไว้หลากหลายดังนี้

Pender (1982) กล่าวว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเพื่อรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง”

Orem (1991) กล่าวว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมาย มีแบบแผน มีลำดับและขั้นตอนเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีปลอดโรคภัยและอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต”

Steiger & Lipson (1985) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุ หรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด

สุริยาภรณ์ อินทรภิรมย์ (2550) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การเริ่มต้นที่บุคคลนั้นให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีในวัยที่มีอายุมาก

ขึ้นเป็นพฤติกรรมที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ทั้งในขณะที่ร่างกายแข็งแรง และในขณะที่ร่างกายมีโรคประจำตัว หากได้รับการดูแลจากคนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ จะยังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติตนที่บุคคลจะเริ่มปฏิบัติอย่างมีขั้นตอนและแบบแผนอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนและช่วยให้พัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปอย่างปลอดภัยจากอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem

ความหมายของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองตามความหมายของ Orem (วรายุทธ วงศ์บัว, 2552) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำเพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือการแก้ไขปัญหา ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับปรุงความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก และผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการอาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health Status) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งผู้ใหญ่ได้มีส่วนเสริมให้ตนเองมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี

จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง

Orem กล่าวถึงจุดหมายในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย

1. ปรคับประคองกระบวนการชีวิตและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุมหรือรักษา

4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่เสียไป
5. ส่งเสริมความเป็นปกติสุข

แนวคิดการดูแลตนเอง

แนวคิดว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้ และเป็นกิจกรรมที่ต้องทำด้วยความตั้งใจในวัยผู้ใหญ่แบ่งออกเป็น (ชนพร วรรณกุล, 2556)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้ ความต้องการอากาศหายใจ น้ำ อาหาร การขับถ่าย มีกิจกรรมที่พอเหมาะ มีการพักผ่อน ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการสิ่งแวดล้อม

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนพัฒนาการต่าง ๆ ในชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเข้าสู่วัยสูงอายุ การสูญเสียคู่ชีวิตหรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ และเพื่อป้องกันผลเสียต่อพัฒนาการ

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เกิดโรค ได้รับการรักษา ได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ อันเป็นเหตุทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ เช่น การเป็นโรคเบาหวาน การได้รับอุบัติเหตุจนเกิดความพิการ เป็นต้น หรือมีความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น อารมณ์แปรปรวน การเบื่อหน่ายต่อแพทย์ต่อการรักษาพยาบาล เป็นต้น กิจกรรมทางด้านนี้แบ่งออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่

- 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 3.2 รับรู้ สนใจ ดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3.3 ปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพยาบาล การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

ระยะในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มการทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติและพฤติกรรม การเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในแนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Orem, 1995 อ้างถึงใน วรายุทธ วงศ์ปา, 2552) ซึ่งประกอบด้วย

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสมจึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายนอกและภายใน ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ (ชนพรพรรณกุลและอารยา ทิพย์วงศ์, 2556)

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะต้องใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนเองจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่และจะกระทำนานเท่าใด การที่ต้องทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่าการกระทำนั้นถูกต้องและถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่งบุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้

คำนึงถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้ปฏิบัติ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและเกิดสุขนิสัยในการปฏิบัติ สำหรับการดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ เกิดพัฒนาการและการเกิดความผาสุกของผู้ป่วย การดูแลตนเองที่จำเป็นในผู้ป่วยเรื้อรัง (ชนพร วรรณกุล และอารยา ทิพย์วงศ์, 2556) มีดังนี้

1. แสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้
2. รับรู้ สนใจและจัดการดูแลตนเองขั้นต้น เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว
3. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัยและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้เกิดผลดีที่สุด มีการแสวงหาความรู้ พิจารณาประสิทธิผล ความถูกต้องเหมาะสมและกำหนดเวลาให้กับตนเอง
4. ติดตามตรวจสอบตนเอง ตรวจสอบแผนการรักษา
5. แก้ไขความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้าจากการเจ็บป่วย
6. รักษาสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสารที่ดีกับนักวิชาการสาธารณสุขครอบครัว เพื่อพัฒนาการดูแลตนเอง
7. จัดปัญหาและผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อพัฒนาการ เช่น อาชีพ ให้เหมาะสมกับศักยภาพที่มี
8. ดัดแปลงอัตมโนทัศน์ ภาวลักษณ์ในการยอมรับการมีข้อจำกัดและผลของภาวะสุขภาพ
9. ยอมรับการพึ่งพาบุคคลอื่นเมื่อจำเป็น
10. บรรเทาภาวะเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ภาวะสูญเสียอำนาจโดยหาวิธีการที่เหมาะสม
11. ปรับกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและแผนการรักษา
12. เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ การปรับการดูแลตนเองและส่งเสริมพัฒนาการ โดยตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและเป็นไปได้
13. แสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนทั้งระบบบริการสุขภาพและอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาการดูแลตนเอง

องค์ประกอบการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องประเมินความสามารถที่สัมพันธ์กับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) เพื่อตัดติความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care Deficit) โดยประเมินว่าบุคคล

สามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care Requisites) ได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้องถือว่ามีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care Deficit) เพราะฉะนั้นความบกพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด มีมากกว่าความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง โครงสร้างหรือองค์ประกอบในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ คือ (Orem, 1995 อ้างถึงใน วราวุธ วงศ์บา, 2552)

1. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ โดยทั่ว ๆ ไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

1.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่นและการรับรส

1.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

1.5 นิสัยประจำตัว

1.6 ความตั้งใจ

1.7 ความเข้าใจตนเอง

1.8 ความห่วงใยในตนเอง

1.9 การยอมรับตนเอง

1.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

1.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Component Generabling Capabilities for Self-care) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างตั้งใจ เพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่กระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการ (ชนพร วรรณกุล และอารยา ทิพย์วงศ์, 2556) ได้แก่

2.1 ความสนใจและความเอาใจใส่ตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายใน – ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองให้ครบถ้วนและต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การกระทำการติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

Orem มองพลังความสามารถ 10 ประการนี้ ในฐานะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานกับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (วรายุทธ วงศ์บา, 2552)

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-care Operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันทีซึ่งประกอบด้วยความสามารถที่จะต้องปฏิบัติดังนี้

3.1 ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับปรุงการดูแลตนเอง

3.2 ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำ เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง

3.3 ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย เพื่อร่วมในการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ได้แก่

- 1) อายุ
- 2) เพศ
- 3) ระยะพัฒนาการ
- 4) สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี
- 5) สภาพที่อยู่อาศัย
- 6) ระบบครอบครัว
- 7) แผนการดำเนินชีวิต
- 8) ภาวะสุขภาพ
- 9) ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ
- 10) แหล่งประโยชน์
- 11) ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่เป็นความเต็มใจของบุคคล เป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุมและรักษาโรค ซึ่งการดูแลตนเองอาจเกิดจากแรงจูงใจภายในตัวบุคคลหรือภายนอกบุคคลนั้นก็ได้ ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับระดับความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ พัฒนาการด้านทักษะ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการทำกิจกรรมต่อไปในอนาคต การส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคลเป็นการช่วยให้บุคคลมีความสามารถและความรับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว สังคม ชุมชน

พัฒนาการวัยสูงอายุ

สิ่งมีชีวิตทุกชีวิตเมื่อกำเนิดมาต่างต้องเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามช่วงวัย นับตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิตและในช่วงวัยสูงอายุเปรียบเสมือนเป็นพัฒนาการช่วงวัยสุดท้ายที่จะกำลังดำเนินไปสู่ความเสื่อมถอยในทุก ๆ ด้านของอวัยวะในร่างกายการเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเสื่อมถอยของร่างกายจึงมีความจำเป็นมาก ซึ่งพัฒนาการของวัยสูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน (ประภัสสร กิมสุวรรณวงศ์, 2556) ดังนี้

พัฒนาการด้านร่างกาย

เมื่อก้าวถึงพัฒนาการด้านร่างกายของผู้สูงอายุมักเป็นจุดเด่นหรือจุดนำพัฒนาการด้านอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life Style) ล้วนอยู่บนฐานของพัฒนาการทางกายทั้งสิ้นพัฒนาการทางด้านร่างกายโดยทั่วไปมีลักษณะเสื่อมถอยทั้งที่เห็นได้ชัดเจนและไม่

ค่อยชัดเจนความเสื่อมบางอย่างเมื่อเสื่อมแล้วไม่สามารถทดแทนให้คืนดั้งเดิม ลักษณะความเสื่อมทางกายมีดังนี้

1. ผิวหนัง ไขมันใต้ผิวหนังจะค่อย ๆ หดไปพร้อมกับกล้ามเนื้อฝ่อลีบไปด้วย ผิวหนังที่ไม่มีไขมันยึดหยุ่นเพราะขาดไขมันใต้ผิวหนังผิวหนังจะหย่อนยานเช่น ใต้ท้องแขนรอยย่นที่หน้าผากตีนกาที่หางตาบางคนอาจมีฝ้าขึ้นที่ใบหน้าและที่อื่น ๆ เมื่อไขมันใต้ผิวหนังลดลงร่างกายจะควบคุมความร้อนได้ไม่ดีจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุทนความหนาวไม่ค่อยได้ผิวหนังซีดแห้งมีจุดดำมากขึ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเสื่อมลงเมื่อไขมันใต้ผิวหนังลดลงอาจมีความกดดันที่ผิวหนังจากปุ่มกระดูกต่าง ๆ ทำให้มีอาการเจ็บ ณ บริเวณผิวนั้นที่ถูกกดดันหากผู้สูงอายุนอนหรือนั่งในท่าเดิมนาน ๆ จะเกิดแผลเรื้อรังบริเวณปุ่มกระดูกได้ง่าย

2. กระดูกโครงร่างและพื้น ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบของกระดูก เช่นแคลเซียมลดลง กระดูกขาดความแข็งแรงในการรองรับน้ำหนัก หรือรับน้ำหนักได้น้อยลงจึงเป็นเหตุให้กระดูกผู้สูงอายุประแตกหักง่ายโดยเฉพาะในผู้หญิงนอกจากนี้อาจมีแคลเซียมไปจับอยู่ในกระดูกอ่อน โดยเฉพาะอาจไปจับที่กระดูกอ่อนซึ่งโครงทำให้จำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูก ซึ่งโครงส่งผลให้หายใจไม่สะดวกรวมไปถึงความยืดหยุ่นของเอ็นรอบข้อต่อและเอ็นต่าง ๆ ของข้อต่อเสื่อมลงทำให้เคลื่อนไหวได้ไม่คล่อง ข้อจะยังแข็งและเคลื่อนไหวยากขึ้นโรคเกี่ยวกับกระดูกที่พบมากในผู้สูงอายุคือ โรคข้อเข่าเสื่อมและโรคกระดูกพรุนกล่าวคือโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเสื่อมตามอายุส่วนใหญ่เกิดกับข้อใหญ่ ๆ เช่น ข้อสะโพกข้อเข่าและข้อกระดูกสันหลังสาเหตุเนื่องมาจากข้อเข่าถูกกดทับและเอ็นกล้ามเนื้อถูกยึดมากทำให้การหมุนเวียนของเลือดไปเลี้ยงเข่าได้ไม่ดีประกอบกับการต้องแบกรับน้ำหนักมาก ๆ จากน้ำหนักตัวหรือการยกของหนักส่งผลให้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย ส่วนในเรื่องของโรคกระดูกพรุนเป็นภาวะที่มีการกร่อนของเนื้อกระดูกเนื่องจากมีความผิดปกติในการสร้างสารเนื้อกระดูกทำให้กระดูกอ่อนตัวลงประกอบกับการทำงานของฮอร์โมนลดลงในผู้สูงอายุโดยโรคกระดูกพรุนอาจทำให้กระดูกยุบลงส่งผลให้การเคลื่อนไหวช้าลงปวดหลัง หลังค่อมส่วนสูงลดลงกระดูกหักง่าย ส่วนในเรื่องของฟันจะมีฟันหลุด หัก เหงือก ร่นส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหารการพูดและระบบการย่อยอาหาร

3. กล้ามเนื้อลาย ผู้สูงอายุจะมีกำลังและความเร็วของการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงเนื่องจากความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและจำนวนกล้ามเนื้อลดลงแต่มีเนื้อเยื่ออื่นเข้าไปแทรกแทนที่ยิ่งสูงอายุขึ้นจำนวนของเซลล์กล้ามเนื้อจะยิ่งลดลงไป จนปรากฏลักษณะผอมแห้งเหี่ยวทำให้ไม่มีแรง ไม่มีกำลังปวดเมื่อยตัว มีอัมพาต ขาด้านการหย่อนกำลังของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความดันในท้องได้ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุท้องผูกปัสสาวะลำบากการหย่อนกำลังของกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงและกล้ามเนื้อกระบัง

ลมทำให้หายใจลำบาก สำหรับผู้หญิงกล้ามเนื้อของช่องเชิงกรานอาจอ่อนกำลังทำให้ปากมดลูกโผล่ออกมาที่ปากช่องคลอดได้

4. การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ผังของหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ จะหนาขึ้น และมีแคลเซียมมาจับที่ผนัง ทำให้รูของหลอดเลือดแคบ ไม่ยืดหยุ่น ขยายตัวได้น้อยเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยลง ถ้าหลอดเลือดแข็งมากและมีลิ้มเลือดมาอุดอวัยวะนั้นอาจขาดเลือดโดยสิ้นเชิงการที่หลอดเลือดแข็งเกิดที่อวัยวะตรงไหนก็จะเกิดความขัดข้องตรงอวัยวะนั้นเช่น ถ้าหลอดเลือดแข็งที่สมองทำให้สมองเกิดพิการ หากเกิดที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจจะทำให้หัวใจเสื่อม ทำงานไม่เต็มท่อนิ่งเลือดที่จับตัวเป็นลิ่มอาจหลุดลอยไปตามกระแสเลือดไปอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหรือสมองก็ได้ส่งผลให้เป็นโรคหัวใจ อัมพาตและอัมพฤกษ์ได้

5. ระบบประสาท จะเสื่อมลงสมองฝ่อเป็นหย่อมๆ โพร่งน้ำไขสันหลังภายในสมองกว้างขึ้นช่วงบนด้านนอกของสมองกว้างและลึกขึ้นสมองเหี่ยวเล็กและน้ำหนัคน้อยลงเซลล์ประสาทจำนวนมากเสื่อมความเสื่อมของระบบประสาททำให้ความไวต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ช้าลง การคิดการตัดสินใจต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นความจำด้อยลง โดยเฉพาะการจำเรื่องใหม่ไม่ค่อยได้ แต่เรื่องเก่า ๆ มักจำแม่นยำ

6. อวัยวะรับความรู้สึก อวัยวะรับความรู้สึกมีความเสื่อมของระบบต่าง ๆ คือ 1) ตาเป็นอวัยวะรับความรู้สึกด้านการมองเห็นกล้ามเนื้อควบคุมรูปร่างแก้วตาอ่อนกำลังลงทำให้มองเห็นไม่ชัดเจนกล้ามเนื้ออกตาอ่อนกำลังลง รูม่านตาเล็กลง กระจกตาหนาขึ้นประสาทตาเสื่อมและฝ่อลงไขมันในเบ้าตาค่อย ๆ หายไปทำให้เบ้าตาลึกลงกระพริบตาช้าและน้อยลงหนังตาค่อยปิดลูกตาอย่างหลวม ๆ เพราะกล้ามเนื้อตาอ่อนกำลังลง 2) หูเป็นอวัยวะรับความรู้สึกด้านการได้ยินเสียง ประสาทหูจะค่อย ๆ เสื่อมจะได้ยินเสียงต่ำมากกว่าเสียงสูง 3) ลิ้น เป็นอวัยวะรับความรู้สึกด้านการรับรส ปลายประสาทที่ลิ้นลดจำนวนลง ทำให้การรับรู้รส เค็ม หวาน เผ็ด น้อยลง และ 4) จมูก เป็นอวัยวะรับความรู้สึกด้านการรับกลิ่น จะมีความไวในการรับกลิ่นน้อยลง

7. ระบบการย่อยอาหารและการขับถ่าย ในวัยสูงอายุ การเคี้ยวอาหารห่อนสมรรถภาพเนื่องจากปัญหาฟันเสื่อมมีการเสื่อมของเยื่อทางเดินอาหารทำให้การหลั่งน้ำย่อยลดลง การย่อยอาหารและการดูดซึมน้อยลงไปด้วยแต่การเสื่อมของระบบการย่อยอาหารมักน้อยกว่าการเสื่อมของระบบอื่น ๆ เมื่อระบบการย่อยเสื่อม ย่อมส่งผลไปยังระบบขับถ่ายด้วยโดยระบบขับถ่ายปัสสาวะส่วนใหญ่เกี่ยวกับการไหลเวียนของเลือดที่มาสู่ไตน้อยลง ทำให้ไตทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ความจุของกระเพาะปัสสาวะน้อยลงทำให้ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้ การห่อนกำลังของกล้ามเนื้อหน้าท้องอาจทำให้ผู้สูงอายุท้องผูกเมื่อผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่เสื่อมลงย่อมส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุได้

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าพัฒนาการด้านร่างกายของผู้สูงอายุโดยภาพรวมจะมีสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลงไม่ว่าจะเป็นผิวหนังกระดูกกล้ามเนื้อระบบประสาทและการรับรู้ความรู้สึก รวมถึงระบบการย่อยอาหารและการขับถ่ายทุกระบบในร่างกายที่มีความเสื่อมถอยลงล้วนส่งผลถึงสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ

พัฒนาการด้านอารมณ์

สภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุจะเป็นรูปแบบเช่นใดย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาและบุคลิกภาพเฉพาะตนความเสื่อมทางอารมณ์มักเกิดควบคู่กับความเสื่อมโทรมทางกาย ความเสื่อมสมรรถภาพทางกายมักส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบกับการสูญเสียอำนาจตำแหน่งหน้าที่การงานบทบาทในสังคมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์กังวลน้อยใจและกระทบกระเทือนใจได้ง่ายผู้สูงอายุมีอารมณ์ต่าง ๆ ทุกประเภทเช่นวัยอื่น ๆ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุอาจมีอารมณ์บางลักษณะซึ่งเกิดขึ้นมากในช่วงวัยสูงอายุนี้นอกจากวัยอื่น ๆ ดังนี้

1. อารมณ์เหงา อารมณ์เหงาและว้าเหวเป็นอารมณ์ที่มักเกิดร่วมกัน โดยมากมักเกิดกับวัยสูงอายุเนื่องจากมีเวลาว่างมากกว่าวัยอื่น ๆ ประกอบกับการพลัดพรากจากผู้ใกล้ชิดและบุคคลที่ตนรักอารมณ์เหงามักมีอารมณ์อื่น ๆ ร่วมด้วยและมักคิดตามด้วยผลกระทบทางกาย ทางใจหลายประการที่เป็นไปในทางลบ เช่น โรคที่ตนเป็นอยู่ การเบื่ออาหารนอนไม่หลับ โรคประสาทโดยสรุปผู้สูงอายุมักมีอารมณ์เหงามากกว่าวัยอื่นเพราะ 1) สุขภาพไม่ดี 2) ขาดกิจกรรมที่ตนเองชอบผู้สูงอายุหลายคนเมื่อต้องอยู่คนเดียวไม่ได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดอารมณ์เหงาได้ 3) สายตาและหูไม่ดีในการประกอบกิจกรรมใด ๆ หากสายตาดียอมส่งผลให้ประกอบกิจกรรมอย่างเพลิดเพลิน ไม่เหงา แต่เมื่อสายตาไม่ดี ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมใด ๆ ได้รวมถึงหูไม่ดีทำให้กระทบความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างต้องปลิกตัวอยู่ตามลำพังเกิดความระแวงกลัวผู้อื่นนินทาว่าร้าย และเกิดความรู้สึกเหงา 4) การสูญเสียญาติและเพื่อนสนิททำให้ขาดการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดความเหงาได้

2. อารมณ์เศร้าโศก อารมณ์เศร้าโศก (Grief) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้มากนับตั้งแต่วัยกลางคนเรื่อยมาจนถึงวัยสูงอายุ โดยทั่วไปผู้สูงอายุถือว่าเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์การสูญเสียมากกว่าใคร ๆ ความเศร้าโศกได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตของผู้สูงอายุอารมณ์เศร้าโศกเป็นอารมณ์ปกติธรรมดาของบุคคลทั่วไปอาจเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราวแล้วก็หายไปและสามารถเกิดขึ้นได้ใหม่อีกอารมณ์เศร้าโศกมีความรุนแรงหลายระดับในขั้นรุนแรงมาก หมายถึงความเศร้าเสียใจที่มีรากถึงถึงขั้นผิดปกติโดยลักษณะของอารมณ์เศร้าโศกมักมีความรู้สึกท้อแท้ ซึม หดหู่ หมดหวังตามปกติมนุษยจะแสดงกิริยาโต้ตอบอารมณ์เศร้าโศกด้วยกัน 3 วิธี คือ 1) ต่อสู้เกรี้ยวกราด รุนแรง 2) เฉลยซา และ 3) หลบหนี ซึมเศร้าทั้งนี้เพราะอารมณ์เศร้าเกิดจากสาเหตุหลายประการเช่น 1) ความ

เสื่อมสมรรถภาพทางกายเช่น ความจำเสื่อมประสาทสัมผัสและการรับรู้เสื่อม (สายตาเสื่อมลง การเคลื่อนไหวช้าลง) การสูญเสียอวัยวะบางอย่างจากอุบัติเหตุหรือการผ่าตัด 2) การใช้ยามียาหลายประเภทที่ทำให้ผู้ใช้เกิดอารมณ์เศร้าโศก 3) การประสบความพลัดพรากสูญเสียเช่น พลัดพรากจากของที่ตนรัก 4) การระลึกถึงความหลังผลร้ายของอารมณ์เศร้ามีมากมายแตกต่างกันออกไปตามความเข้มแข็งและลักษณะของสาเหตุ อาจทำให้บางคนเป็นโรคประสาทจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

พัฒนาการด้านสังคม

พัฒนาการด้านสังคมของผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีสองรูปแบบ คือ แบบแรกยังมีความสัมพันธ์กับสังคมเหมือนในวัยหนุ่มสาวผู้สูงอายุมักชอบร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ โดยมักจะมีกลุ่มเพื่อนที่อยู่ในวัยเดียวกันหรือวัยใกล้เคียงกัน ในการร่วมกิจกรรมนั้นมักจะชวนกันไปร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มเพื่อได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นรวมถึงไประบายความเครียดในจิตใจของตนเองอีกด้วยหรือแบบที่สองคือ ตัดทอนความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับลูกหรืออาจแยกตัวได้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคมนี้มักจะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้าทั้งนี้อาจเป็นเพราะการอยู่คนเดียวนั้นไม่สามารถระบายความเครียดหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุเก็บสะสมความเครียดไว้กับตนเองเมื่อนานวันย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตตามมาได้จึงเห็นได้ว่าความสัมพันธ์เชิงสังคมกับบุคคลและกลุ่มสังคมนั้นมีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการทางกายอารมณ์ สติปัญญาการปรับตัวและอื่น ๆ ของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่งเพราะบุคคลไม่ว่าวัยใดไม่สามารถตัดตนออกจากสังคมได้อย่างสิ้นเชิงแต่บุคคลในวัยสูงอายุอาจมีความสัมพันธ์ลดลงจึงจำเป็นเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรู้จักทำใจยอมรับกับสัมพันธ์สภาพที่ต้องเปลี่ยนไปดังนั้นการบริหารร่างกายและจิตใจอย่างกระตือรือร้นจะช่วยเพิ่มคุณค่าให้ชีวิตและป้องกันความรู้สึกแยกตัวจากสังคม เนื่องจากได้พบปะผู้คนจำนวนมากในกิจกรรมต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นวัยเดียวกันต่างวัยกันล้วนส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจเป็นอย่างยิ่ง

พัฒนาการด้านสติปัญญา

วัยผู้สูงอายุมีพัฒนาการด้านร่างกายที่มีความเสื่อมถอยลดลงเป็นอย่างมากการเสื่อมสภาพของร่างกายส่งผลให้ความจำของผู้สูงอายุลดลงผู้สูงอายุมักหลงลืมง่าย ความจำเลอะเลือนเมื่อลักษณะของสติปัญญาของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงแล้วย่อมส่งผลไปสู่ความจำของผู้สูงอายุด้วย สำหรับในด้านความจำของผู้สูงอายุโดยทั่วไปความเปลี่ยนแปลงในด้านความจำพบว่าผู้สูงอายุนั้นระบบความจำระยะสั้นจะได้รับความกระทบกระเทือนมากกว่าระบบความจำระยะยาวซึ่งมีผลให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจและไม่สามารถเรียนรู้สิ่งที่จะต้องเกี่ยวข้องกับการจำระยะสั้นได้ผู้สูงอายุมักจะจดจำเรื่องราวเก่า ๆ ได้ดีกว่าเรื่องราวใหม่ ๆ โดยหน่วยของความจำสามารถแยกออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ความจำจากประสาทสัมผัสผู้สูงอายุจะเริ่มสูญเสียความสามารถในด้านประสาท

สัมผัสบางชนิดไปบ้าง เช่นการรับรู้ กลิ่น รส สัมผัสซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีระดับสัมผัสไม่เท่ากัน

2) ความจำจากหน่วยความจำระยะสั้น (Short-Term Memory) เป็นการจำทันทีที่ทันใจที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเร้าที่เพิ่งจะมีการรับรู้เกิดขึ้นนั้นคือมีการวิเคราะห์หรือตีความแล้วว่าสิ่งเร้าเป็นอะไร สำหรับผู้สูงอายุอาจลดน้อยลงแต่ไม่มากนัก 3) ความจำจากหน่วยความจำระยะยาว (Long-Term Memory) เป็นการจำข้อมูลหรือสิ่งเร้าบางสิ่งทีเพิ่งรับรู้มาและถ้าข้อมูลได้รับการเอาใจใส่ มันจะถูกเก็บไว้ในความจำระยะยาวซึ่งมักเกี่ยวกับประสบการณ์และความรู้ที่สะสมไว้ตลอดชีวิต จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงความจำด้านนี้ผู้สูงอายุไม่ลดน้อยลงแต่ประการใดส่วนในด้านการแก้ปัญหา ผู้สูงอายุมักแก้ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์ส่วนตัวมาวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาและนอกจากนี้สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความจำมี 2 อย่าง คือการจำแบบระลึกได้ (Recall) เป็นวิธีการให้บุคคลพยายามนึกคิดสิ่งเร้าหรือเรื่องราวต่าง ๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยไม่มีสิ่งใดเป็นแนวทางให้เลย กล่าวคือเป็นการที่บุคคลพยายามสร้างเหตุการณ์ต่าง ๆ จากความจำ โดยไม่มีเหตุการณ์นั้นปรากฏตรงหน้า เช่นสามารถบรรยายรูปร่างหน้าตาคนร้ายให้ตำรวจฟัง และความจำแบบจำได้ (Recognition) เป็นวิธีการนำเอาสิ่งเร้าที่บุคคลได้เคยมีประสบการณ์มาแล้วมาให้ดูใหม่อีกว่าจำได้หรือไม่ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถใน 2 ด้านนี้ตามอายุพบว่าความสามารถในการจำได้ของคนสูงอายุไม่ได้ลดลงตามอายุแต่ความสามารถด้านระลึกได้จะลดลงอย่างเด่นชัด ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในการนำสิ่งที่เก็บไว้ในความทรงจำออกมาใช้ จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่ดูแลใส่ใจในสุขภาพตนเองแล้วสามารถที่จะมีสติปัญญาไม่ต่างจากวัยอื่น

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่เน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ในที่นี้จะกล่าวถึงความหมาย ประเภท สาเหตุ อาการ เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดังนี้

ความหมายของโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินหรือร่างกายไม่สามารถนำอินซูลินมาใช้ประโยชน์เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีน ก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย (WHO, 1997 อ้างถึงใน วนิดา ส่างหญ้านาง, 2557)

ประเภทของโรคเบาหวาน

สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย (2557, 1 - 2) ได้แบ่งโรคเบาหวานออกเป็น 4 ชนิด ตามสาเหตุของการเกิดโรคดังนี้

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus, T1DM)
2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus, T2DM)
3. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other Specific Types)
4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus, GDM)

การระบุชนิดของโรคเบาหวาน อาศัยลักษณะทางคลินิกเป็นหลัก หากไม่สามารถระบุได้ชัดเจนในระยะแรก ให้วินิจฉัยตามความโน้มเอียงที่จะเป็นมากที่สุด (Provisional Diagnosis) และระบุชนิดของโรคเบาหวานตามข้อมูลที่มีเพิ่มเติมภายหลัง ในกรณีที่จำเป็นหรือสามารถทำได้ อาจยืนยันชนิดของโรคเบาหวานด้วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกายส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี รูปร่างไม่อ้วน มีอาการบัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง (มักพบในวัยเด็ก) ซึ่งในบางกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (Ketoacidosis) เป็นอาการแสดงแรกของโรค หรือมีการดำเนินโรคช้าๆ จากระดับน้ำตาลที่สูงปานกลางแล้วเกิดภาวะ Ketoacidosis เมื่อมีการติดเชื้อหรือสิ่งกระตุ้นชนิดอื่น ซึ่งมักจะพบการดำเนินโรคในกรณีหลังนี้ในผู้ใหญ่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุน คือ พบระดับ ซี-เปปไทด์ (C-peptide) ในเลือดต่ำมากหรือตรวจพบปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อส่วนของเซลล์ไอส์เล็ต ได้แก่ Anti-GAD, Islet cell autoantibody, IA-2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ในคนไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน อาจไม่มีอาการผิดปกติหรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่หรือพี่น้อง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

โรคเบาหวานชนิดที่มีสาเหตุจำเพาะ เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น MODY (Maturity – Onset Diabetes of The Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยา

ภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบจากการทำ Glucose Tolerance Test ในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะนี้มักจะหายไปหลังคลอด ในกรณีที่มีระดับน้ำตาลที่เข้าได้กับการวินิจฉัยเบาหวานทั่วไปจากการตรวจครั้งแรกที่คลินิกฝากครรภ์จะถือว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั่วไป

สาเหตุของโรคเบาหวาน

สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย (2555) กล่าวถึงสาเหตุของโรคเบาหวานดังนี้

1. กรรมพันธุ์ โรคเบาหวานส่วนหนึ่งเกิดจากกรรมพันธุ์ ประวัติครอบครัวมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น
2. โรคอ้วน ความอ้วนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ไขมันส่วนเกินจะทำให้เกิดการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดลง เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน
3. ผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นตับอ่อนก็จะเสื่อมลง ทำให้เกิดการหลั่งอินซูลินลดลงทำให้เกิดโรคเบาหวาน
4. โรคของตับอ่อน ตับอ่อนได้รับการกระทบกระเทือนหรือเป็นโรคที่มีสาเหตุทำให้ตับอ่อนไม่สมบูรณ์ เช่น ภาวะตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการดื่มสุราเป็นประจำ หรือไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง
5. การติดเชื้อไวรัสบางชนิดเมื่อยังเด็ก เชื้อไวรัสบางชนิดเมื่อเข้าสู่ร่างกายก็จะทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น หัดเยอรมัน คางทูม ทำให้มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้เมื่ออายุมากขึ้น
6. การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิดบางชนิดมีผลทำให้ตับอ่อนสร้างน้ำตาลจำนวนมาก ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง
7. การตั้งครรภ์ เนื่องจากมีการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิด ทำให้มีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

เทพ หิมะทองคำและคณะ (2557) กล่าวถึงอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานที่สำคัญ 4 อย่าง ดังนี้

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของไต (ปกติประมาณ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะทำให้แรงดันออสโมติก (Osmotic) ของปัสสาวะสูงขึ้น ท่อไตไม่สามารถดูดซึมน้ำเข้าสู่ร่างกายได้ ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะออกมามากและบ่อยครั้ง

2. ตื่นน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมาก จึงทำให้ร่างกายขาดน้ำอย่างรุนแรง และมีอาการกระหายน้ำมาก ตื่นน้ำบ่อยจำนวนมาก

3. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายเอาเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้จึงทำให้ภาวะการขาดอาหารเกิดขึ้นเพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อย กินอาหารจุ

4. น้ำหนักลด (Weight Loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายก็จะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทน เกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ จึงทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นยังเกิดภาวะความไม่สมดุลของไนโตรเจนและเกิดภาวะคีโตซิส (Ketosis) ได้

แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่

การคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ซึ่งไม่รวมหญิงมีครรภ์ แนะนำให้ตรวจคัดกรองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น การประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานอาจใช้วิธีประเมินคะแนนความเสี่ยง หรือใช้เกณฑ์ความเสี่ยงดังนี้

1. ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่อ้วน (BMI \geq 25 กก./ม² และ/หรือ มีรอบเอวเกินมาตรฐาน) และมีพ่อแม่ พี่หรือน้อง เป็นโรคเบาหวาน
3. เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่
4. มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่
5. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม
6. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น Impaired Glucose Tolerance (IGT) หรือ Impaired Fasting Glucose (IFG)
7. มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease)
8. มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (Polycystic Ovarian Syndrome)

ผู้ที่มีเกณฑ์เสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งใน 8 ข้อนี้ ควรส่งตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ถ้าปกติให้ตรวจซ้ำทุกปี

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลง โดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Glucose หรือ FBG) มีค่า ≥ 126 มก./ดล.

3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 g Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล ≥ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

4. การตรวจวัดระดับ Hemoglobin A_{1c} (HbA_{1c}) ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้นิยมใช้ในต่างประเทศ เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหารแต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น (NGSP Certified and Standardized to DCCT Assay)

สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ควรตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งหนึ่งต่างวันกันเพื่อยืนยัน รายละเอียดการแปลผลระดับพลาสมากลูโคสสรุปไว้ในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 การแปลผลระดับพลาสมากลูโคส

	ปกติ	Impaired fasting glucose (IFG)	Impaired Glucose tolerance (IGT)	โรคเบาหวาน
พลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร, FBG (มก./ดล.)	<100	100- 125		≥ 126
พลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม OGTT 2 hr-BG (มก./ดล.)	<100		140 – 199	≥ 200
พลาสมากลูโคสที่เวลาใด ๆ ใน ผู้ที่มีอาการชัดเจน (มก./ดล.)				≥ 200

ที่มา : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน หากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เกิดเป็นระยะเวลานานจะมีภาวะแทรกซ้อนที่เร็ว รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนที่มีอายุน้อยภาวะแทรกซ้อนแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute Complication) และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (Chronic Complication) (อภิรดี ศรีวิจิตกมลและสุทิน ศรีอัยญาพร, 2548 อ้างถึงใน เพชรมณี สุวรรณมาลี, 2554)

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute Complication)

1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ผู้ป่วยจะมีอาการซึม สับสนไม่รู้ตัวมีอาการขาดน้ำ ผิวหนังแห้ง ตาลึก อาจตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างมาก คือ มากกว่า 600 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรร่วมกับมีภาวะขาดน้ำที่รุนแรง ภาวะนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้ถึง ร้อยละ 15 ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การที่ไม่มีภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือดที่รุนแรง เนื่องจากร่างกายยังมีอินซูลินเพียงพอต่อการยับยั้งการสลายเนื้อเยื่อ ไขมันและการผลิตคีโตน สำหรับสาเหตุส่งเสริมการเกิดภาวะนี้คือ การเจ็บป่วยแล้วไม่รับประทานยาหรือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นในขณะที่ร่างกายยังมีอินซูลินไม่เพียงพอ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากจนเกินขีดความสามารถในการเก็บกักของไต น้ำตาลจึงถูกขับออกมาทางปัสสาวะซึ่งจะดึงน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ออกมาด้วยอาการและอาการแสดง ได้แก่ ปัสสาวะมากและบ่อย กระหายน้ำมีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง ทำให้มีการรับรู้เปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสนหรืออาจหมดสติได้ (สุทิน ศรีอัยญาพร, 2548 อ้างถึงใน เพชรมณี สุวรรณมาลี, 2554)

1.2 ภาวะที่มีกรดคีโตนคั่งในกระแสเลือด (Diabetes Ketoacidosis) มักจะเกิดเมื่อผู้ป่วยมีการติดเชื้อในร่างกายอย่างรุนแรง ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูง โดยไม่มีกรดคีโตนคั่งในกระแสเลือด (Nonketotic Hyperosmolar Coma) เกิดจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ทำให้เกิดการขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะและมีการดึงน้ำตามออกมาด้วย จนผู้ป่วยไม่สามารถดื่มน้ำได้ทันกับจำนวนน้ำที่เสียไปทางปัสสาวะทำให้เกิดการขาดน้ำอย่างมาก มีอาการของระบบประสาทผิดปกติและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เกิดจากการขาดสารอาหารหรือรับประทานอาหารน้อยลง หรือออกกำลังกายมากเกินไป ไม่ได้รับประทานอาหารเช้า(สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

1.3 ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นจากน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีอาการจากน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ วิดกกังวล ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกหิว เหงื่อออก มือสั่น อ่อนเพลีย พูดช้า ง่วง ซึม ชัก อ่อนล้า ไม่มีแรง เวียนศีรษะ มึนงง สมองเฉื่อยชา หลงลืม ไม่มีสมาธิ หมดสติ (เพชรมณี สุวรรณมาลี, 2554)

2. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป และเกิดขึ้นทุกระบบของร่างกาย (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ได้แก่

2.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบตันสูงกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดขนาดเล็กอันเนื่องมาจากการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อในภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ความสามารถในการปลดปล่อยออกซิเจนของเม็ดเลือดต่ำลง เนื่องจากมีปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงสูงขึ้น ฮีโมโกลบินจะมีความเหนียวแน่นในการจับกับออกซิเจนมากกว่าปกติ อีกทั้งผู้ป่วยมักมีระดับสารประกอบฟอสเฟตในเลือดต่ำ ใ้ได้ง่ายทำให้การสร้าง 2,3- ไดฟอสโฟกลีเซอเรตในเม็ดเลือดแดงจะน้อยลง การปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงจึงยากกว่าคนปกติ เนื้อเยื่อ ถ้าไม่สามารถชดเชยภาวะดังกล่าวได้ จะเกิดการโป่งพองของผนังหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microaneurysm) การอุดตันของหลอดเลือดฝอยและการสร้างหลอดเลือดใหม่ (Neovascularization) ส่วนหลอดเลือดแดงใหญ่มีการสะสมของคอรับิโทลในผนังหลอดเลือดเกิดผนังหลอดเลือดแข็ง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคที่เกี่ยวกับเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง และโรคที่เกี่ยวกับเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย

2.2 ภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน (Diabetic Retinopathy) พบมากกว่าคนปกติถึง 20 เท่าและพบมากกว่าร้อยละ 60 ในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 การเสื่อมของจอตาเป็นสาเหตุทำให้เกิดตาบอดในผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเบาหวานมานานเกิน 30 ปี จากการที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้กลูโคสจับฮีโมโกลบินอย่างเหนียวแน่นเป็นผลให้เม็ดเลือดแดงปล่อยออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อได้ช้า และกลูโคสยังถูกเปลี่ยนเป็นคอรับิโทลเกิดการสะสมของคอรับิโทลเข้าแทรกในเลนส์ตาและเซลล์ประสาท เกิดความแตกต่างของความดันออสโมติก (Osmotic Gradient) เลนส์จะดูดน้ำไว้จึงบวม และเกิดความผิดปกติแบบคนสายตาสั้น การเสื่อมของจอตาเนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่จอตา ทำให้มีการหนาตัวของเนื้อเยื่อหลอดเลือด จึงเกิดการอุดตันของหลอดเลือดจอตาทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงส่งผลให้ร่างกายพยายามปรับตัวด้วยการสร้างหลอดเลือดใหม่ ซึ่งเปราะบางทำให้แตกได้ง่าย เกิดพังผืดที่จอตาทำให้สายตามัวลงจนเกิดตาบอดได้ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเป็นโรคพบว่า จอตาจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเป็นโรคเบาหวาน 3 ปี และจะพบอัตราการเกิดการเสื่อมของจอตาถึงร้อยละ 55 เมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นาน 10 ปี จอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวานมีรอยโรค (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) แบ่งได้เป็น

1) Non-Proliferative Diabetic Retinopathy (NPDR) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ เริ่มต้น (Mild) ปานกลาง (Moderate) และรุนแรง (Severe)

2) Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR) จอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวานที่มีความรุนแรงมาก

3) Diabetic Macula Edema คือ การบวมและมีจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวานที่บริเวณจุดภาพชัด

Non-Proliferative Diabetic Retinopathy (NPDR) ที่ไม่รุนแรงจะไม่มีอาการแสดงใด ๆ สามารถตรวจและให้การดูแลรักษาเพื่อชะลอหรือป้องกันไม่ให้เปลี่ยนแปลงเป็นระยะรุนแรงได้ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปัจจัยหลักที่จะป้องกันและชะลอการดำเนินโรคของจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน โดยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนและหลังมื้ออาหารหรือระดับ HbA_{1c} ให้อยู่ในเกณฑ์ที่แนะนำหรืออยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ ผู้ป่วยที่มี Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR) และ Macula Edema จะมีการมองเห็นหรือสายตาดูผิดปกติ ซึ่งอาจลุกลามถึงตาบอดได้

2.3 การเสื่อมของหน่วยไต (Nephropathy) ในผู้ป่วยเบาหวานภาวะดังกล่าวเกิดจากการที่มีอัตราการกรองของไตมากกว่าปกติ และผู้ที่เป็โรคเบาหวานประเภทที่ 2 นาน 20 ปี พบว่าร้อยละ 20 – 40 มีการเสื่อมของหน่วยไตและในจำนวนนี้ ร้อยละ 20 กลายเป็นไตวายระยะสุดท้าย อุบัติการณ์และการดำเนินโรคของ Diabetic Nephropathy สัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง และปัจจัยทางพันธุกรรม โรคไตจากเบาหวานระยะเริ่มแรกตรวจพบได้โดยการตรวจอัลบูมินในปัสสาวะ (Albuminuria) ระดับอัลบูมินในปัสสาวะที่ถือว่าผิดปกติคือ ค่าตั้งแต่ 30 มก. ต่อวัน หรือ 30 มก. ต่อกรัมครีอะตินิน การตรวจปัสสาวะ โดยใช้ Dipstick จะให้ผลบวกต่อเมื่อค่าอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 300 มก.ต่อวัน หรือ 300 มก. ต่อกรัมครีอะตินิน ดังนั้นการตรวจปัสสาวะด้วย Dipstick จึงไม่ไวพอสำหรับการวินิจฉัยโรคไตจากเบาหวานระยะเริ่มแรก

2.4 ระบบประสาทเสื่อมหน้าที่ โดยมักมีอาการอักเสบของเส้นประสาทส่วนปลาย เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในเส้นประสาท โดยมีความผิดปกติของแอกซอน (Axon) ต่อมาจึงมีความผิดปกติของชวานเซลล์ (Schwann Cell) และการหลุดลอกของปลอกหุ้มมัยอีลิน (Myelin Sheath) ทำให้สื่อำความเร็วประสาทลดลง การรับรู้ความรู้สึกจึงเสียทำให้มีอาการชา ปวดแสบปวดร้อนเกิดขึ้นตามปลายมือปลายเท้า การชาที่เท้าและขา จากการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลได้ง่าย

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมอาการให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยวิธีการ คือ 1) ควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป (ดวงดาว ปิงสุแสน, 2555)

1. การควบคุมอาหาร เป็นวิธีหลักที่มีความสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นหัวใจของการรักษา ต้องวางแผนโดยอาศัยการร่วมมือระหว่างทีมผู้ให้การดูแลรักษาและตัวผู้ป่วยเอง จำเป็นต้องคำนึงถึงรูปแบบการใช้ชีวิตและความเชื่อส่วนตัว ความชอบและไม่ชอบ ความเชื่อในสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การเฝ้าติดตามตรวจเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาล ไขมัน และการวัดความดันโลหิต รวมทั้งตรวจการทำงานของไตล้วนเป็นสิ่งจำเป็นเพราะเป้าหมายในการรักษาโดยใช้หลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือ การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานปรับปรุงและควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับกิจกรรมในแต่ละวัน นอกจากนี้จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติแล้ว ยังช่วยลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติด้วย

2. การออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อสุขภาพที่ดีและยังได้ประโยชน์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต รวมทั้งน้ำหนักตัว นอกจากนี้ยังทำให้ผ่อนคลาย ลดความเครียด ความกังวลได้ การมีกิจกรรมทางกาย เช่น ทำงานบ้าน ขุดดิน ทำสวน เดิน อย่างต่อเนื่อง ไม่ต่ำกว่า 10 นาที เท่ากับการออกกำลังกายระดับเบาถึงระดับหนักปานกลางได้ ขึ้นกับการใช้แรงในแต่ละกิจกรรม การแนะนำให้ออกกำลังกายควรตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย และประเมินสุขภาพก่อนเริ่มออกกำลังกายว่ามีความเสี่ยงหรือไม่ กรณีที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจควรทดสอบสมรรถภาพหัวใจก่อนหากไม่สามารถทดสอบได้และเป็นผู้สูงอายุ ให้เริ่มออกกำลังกายระดับเบาคือ ซิทพจน้อยกว่าร้อยละ 50 ของซิทพจนสูงสุด (ซิทพจนสูงสุด = $200 - \text{อายุเป็นปี}$) แล้วเพิ่มขึ้นช้า ๆ จนถึงระดับหนักปานกลาง คือ ให้ซิทพจนเท่ากับร้อยละ 50 - 100 ของซิทพจนสูงสุดและประเมินอาการเป็นระยะ ไม่ควรออกกำลังกายระดับหนักมาก (ซิทพจนมากกว่าร้อยละ 70 ของซิทพจนสูงสุด หรือประเมินความหนักของการออกกำลังกายด้วยการพูด (Talk Test) คือ ระดับเหนื่อยที่ยังสามารถพูดเป็นประโยคได้ถือว่าหนักปานกลาง แต่ถ้าพูดได้เป็นคำ ๆ เพราะต้องหยุดหายใจถือว่าหนักมาก แนะนำผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ (ตารางที่ 2.2) ร่วมกับออกกำลังกายแบบต้านแรง (Resistance) เช่น ยกน้ำหนัก ออกกำลังกายด้วยยางยืดหรืออุปกรณ์จำเพาะ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อออกแรงกล้ามเนื้อของขา แขนหลังและท้อง ประกอบด้วย 8 - 10 ท่า (หนึ่งชุด) แต่ละท่าทำ 8 - 12 ครั้ง วันละ 2 - 4 ชุด มีข้อมูลสนับสนุนว่าการออกกำลังกายแบบนี้จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

ตารางที่ 2.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

เป้าหมาย	ระยะเวลาและความหนักของการออกกำลังกาย
เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดน้ำหนักตัว และลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	- ออกกำลังกายหนักปานกลาง 150 นาที/สัปดาห์ โดยออกกำลังกายวันละ 30- 50 นาที 3 – 5 วันต่อสัปดาห์ ในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2 – 3 ครั้งได้ หรือออกกำลังกายระดับหนักมาก 75 นาที/สัปดาห์ ควรกระจายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ และไม่งดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน
เพื่อคงน้ำหนักที่ลดลงไว้ตลอดไป	- ออกกำลังกายความหนักปานกลางถึงหนักมาก 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ที่มา : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557

การออกกำลังกายสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ถ้ามีอินซูลินในเลือดเพียงพอ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาอินซูลินหรือยากระตุ้นการหลั่งอินซูลินต้องปรับลดอินซูลินหรือเพิ่มคาร์โบไฮเดรตอย่างเหมาะสม ตามเวลาที่จะเริ่มออกกำลังกาย ความหนักและระยะเวลาในการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดจากการออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนออกกำลังกายมีความจำเป็นเพื่อปรับขนาดอินซูลิน ถ้ามีระดับน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือดสามารถลดหรือเพิ่มยาก่อนออกกำลังกาย หรือเพิ่มหรือลดอาหารคาร์โบไฮเดรตให้เหมาะสม เพื่อป้องกันระดับน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือด สำหรับการออกกำลังกายครั้งต่อไปในรูปแบบเดิม

3. การใช้ยา ยังไม่มีตัวยาใด ๆ รักษาเบาหวานให้หายขาดได้ ยาที่ใช้ส่วนใหญ่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยต้องควบคุมร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ สำหรับยาที่ใช้ลดระดับน้ำตาลในเลือด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ยาฉีด ได้แก่ อินซูลิน กับยารับประทาน ซึ่งมีหลักเกณฑ์การใช้แตกต่างกัน ยาอินซูลินสำหรับฉีดใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ส่วนยารับประทานใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยยาสำหรับรับประทานเพิ่มลดน้ำตาลในเลือดแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อยตามโครงสร้างทางเคมี คือ 1) กลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย ได้แก่ คลอโปรปาไมด์ ไกลเบนคลาไมด์ ยาก

กลุ่มนี้ทุกตัวดูดซึมได้ดี เมื่อรับประทานก่อนอาหารการออกฤทธิ์ของยา โดยการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินจากตับอ่อน ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการควบคุมอาหารและควรระวังการเกิดภาวะ Hypoglycemia ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ยากลุ่มไบกัวไนด์ ได้แก่ เฟนฟอร์มิน เมทฟอร์มิน ออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยลดการดูดซึมน้ำตาลจากทางเดินอาหารรวมทั้งลดการสร้างน้ำตาลจากตับ ยานี้ทำให้เกิดการกั่งของกรดแลคติกได้ จึงไม่ควรใช้ในผู้ที่มีความผิดปกติที่ตับ ไต ควรรับประทานพร้อมหรือหลังอาหารทันที

4. การดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของร่างกายเป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากในภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีผลทำให้การทำงานเกี่ยวกับกลไกการป้องกันการติดเชื้อของเม็ดเลือดขาวน้อยลง การป้องกันการเกิดอับชื้นตามซอกอับต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรระวังการเกิดบาดแผลบริเวณเท้า โดยเฉพาะในรายที่มีการเสื่อมของเส้นเลือดและเส้นประสาทส่วนปลายเพราะเมื่อเกิดบาดแผลมักหายช้า และติดเชื้อเรื้อรังจนอาจเป็นเหตุให้ต้องตัดนิ้วเท้าหรือขาได้ นอกจากนี้การดูแลสุขภาพจิตก็มีผลต่อผู้ป่วยเบาหวาน เพราะเมื่อเกิดความเครียดหรืออยู่ในสถานการณ์เครียดร่างกายหลั่งฮอร์โมนเอพิเนฟริน กลูโคติคอยด์ ไทรอกซินและโกรทฮอร์โมนเหล่านี้จะมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมามีการศึกษาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ รวมทั้งต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งถ้าแรงสนับสนุนทางด้านสังคมช่วยให้คนมีการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ จะทำให้สุขภาพของบุคคลนั้นหรือกลุ่มนั้นดีไปด้วย

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้ คือ

Cobb (1976, อ้างถึงใน อัจฉราพรรณ แก้วสังข์, 2556) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้าง โดยกล่าวว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามิบุคคลให้ ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Caplan (1976, อ้างถึงใน ภิชิต เสริมสัย, 2554) ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงานหรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

Thoits (1982, อ้างถึงใน อัจฉราพรรณ แก้วสังข์, 2556) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของซึ่งเกิดจากการมีการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียด ได้เร็วขึ้น

กฤติกาพร ไยโนนตาต (2542, อ้างถึงใน ภิชิต เสริมสัย, 2554) ได้ให้ความหมายไว้ว่าการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ในสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้น คือ สมาชิกครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนเกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่า มีคนรัก มองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพที่ดี

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งสิ่งนี้บุคคลได้รับการช่วยเหลือได้แก่ ด้านอารมณ์และสังคม ทางด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ ผลของแรงสนับสนุนทำให้บุคคลเกิดความตระหนัก สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ตามความต้องการส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มคนที่มีการติดต่อและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีการแบ่งแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษา ที่ต้องการเน้นขนาดของกลุ่มบุคคล ความใกล้ชิด ลักษณะของความสัมพันธ์และระยะเวลาของความสัมพันธ์ อาทิเช่น

House (1981, อ้างถึงใน อัจฉราพรรณ แก้วสังข์, 2556) จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กับธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติหรือเพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงบุคคล ประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนใหญ่ เช่น แพทย์ พยาบาลหรือทีมสุขภาพ เป็นต้น

Pender (1996, อ้างถึงใน อัจฉราพรรณ แก้วสังข์, 2556) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดาและมารดา คอยดูแลช่วยเหลือบุตรให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่บุตรหรือสมาชิกของครอบครัว

2. กลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) คนกลุ่มนี้ส่วนมากได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิตประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่เกิดขึ้นในตัวเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบพบมากับเพื่อนได้

3. องค์กรศาสนา (Organized Religious Support Systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้เพื่อให้การสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized Support Systems of Care Giving of Helping Professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะและการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหา กลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนไม่เพียงพอ หรือแรงสนับสนุนนั้น ไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์และพยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support Groups Not Directed by Health Professional) ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกหรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่คิดเชื่อเอคส์เหมือนกัน

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่า มีความเอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในสังคมอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของหรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Weiss (1974, อ้างถึงใน อัจฉราพรรณ แก้วสังข์, 2556) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ซึ่งทำให้นักคิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและได้รับความเอาใจใส่ดูแล เกิดความรู้สึกมั่นคงในจิตใจซึ่งมักจะได้รับความใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกเดียวดาย

2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคมทำให้มีโอกาสอันควร รวมทั้งทำให้เกิดความหวังใ ความคิด กำลังทรัพย์และกำลังคนตาม โอกาสอันควร รวมทั้งทำให้เกิดความหวังซึ่งกันและกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้นักคิดรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา เป็นผลทำให้ขาดกำลังใจ สิ้นหวังและรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่

3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่นและทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้นักคิดเกิดความรู้สึกคับข้องใจและรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ค่า

4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับยกย่องและชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน ที่บุคคลนั้นแสดงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจจะเป็นบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี แรงสนับสนุนนี้เป็นความช่วยเหลือ ห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดแรงสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับการชี้แนะ หมายถึง การได้รับความจริงใจในการช่วยเหลือทางอารมณ์และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

House (1981, อ้างถึงใน อัจฉราพรรณ แก้วสังข์, 2556) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความหวังใยและการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนด้านการประเมินตนเอง (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือข้อที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำข้อชี้แนะ ชี้แนวทางและการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการด้วย

Pender (1996, อ้างถึงใน อัจฉราพรรณ แก้วสังข์, 2556) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

2. แรงสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Appraisal Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดการเข้าใจว่าอย่างไรควรทำ จึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือทางด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือดูแลบุตรให้เพื่อมารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่สามารถสนับสนุนหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้แรงสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัวหรือเมื่อมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตาม

คำแนะนำหรือแรงสนับสนุนของผู้ให้ จึงน่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติทางด้านสุขภาพของประชาชน ได้เป็นอย่างดี

ถ้ามีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในกิจกรรมสร้างเสริม หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติทางด้านสุขภาพของประชาชนน่าจะต้อง คัดเลือกหาบุคคลที่จะเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาจจะถามจากกลุ่มเป้าหมายก็ได้ว่าบุคคลใดที่กลุ่มเป้าหมายเชื่อถือศรัทธา ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะหนึ่งคนหรือมากกว่าก็ได้ เตรียมความพร้อมให้กับที่จะให้แรงสนับสนุนทางสังคม ให้มีความรู้ความเข้าใจสิ่งที่จะให้กับกลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับ กำหนดบทบาทให้ผู้ให้แรงสนับสนุนได้ทราบและเข้าใจ เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น ให้แรงสนับสนุนประเภทใด แก่ใคร บ่อยแค่ไหน อาจจะต้องมีการติดตามการปฏิบัติงานของผู้ให้แรงสนับสนุนด้วย (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546)

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือบุคคลทางจิตวิทยา การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้นั้น ต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าจะเป็นกลุ่มที่ผูกพันตามธรรมชาติ ซึ่งได้แก่ ญาติพี่น้อง บุคคลในครอบครัว กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและกลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ โดยการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการซักถาม เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ดียิ่งขึ้น

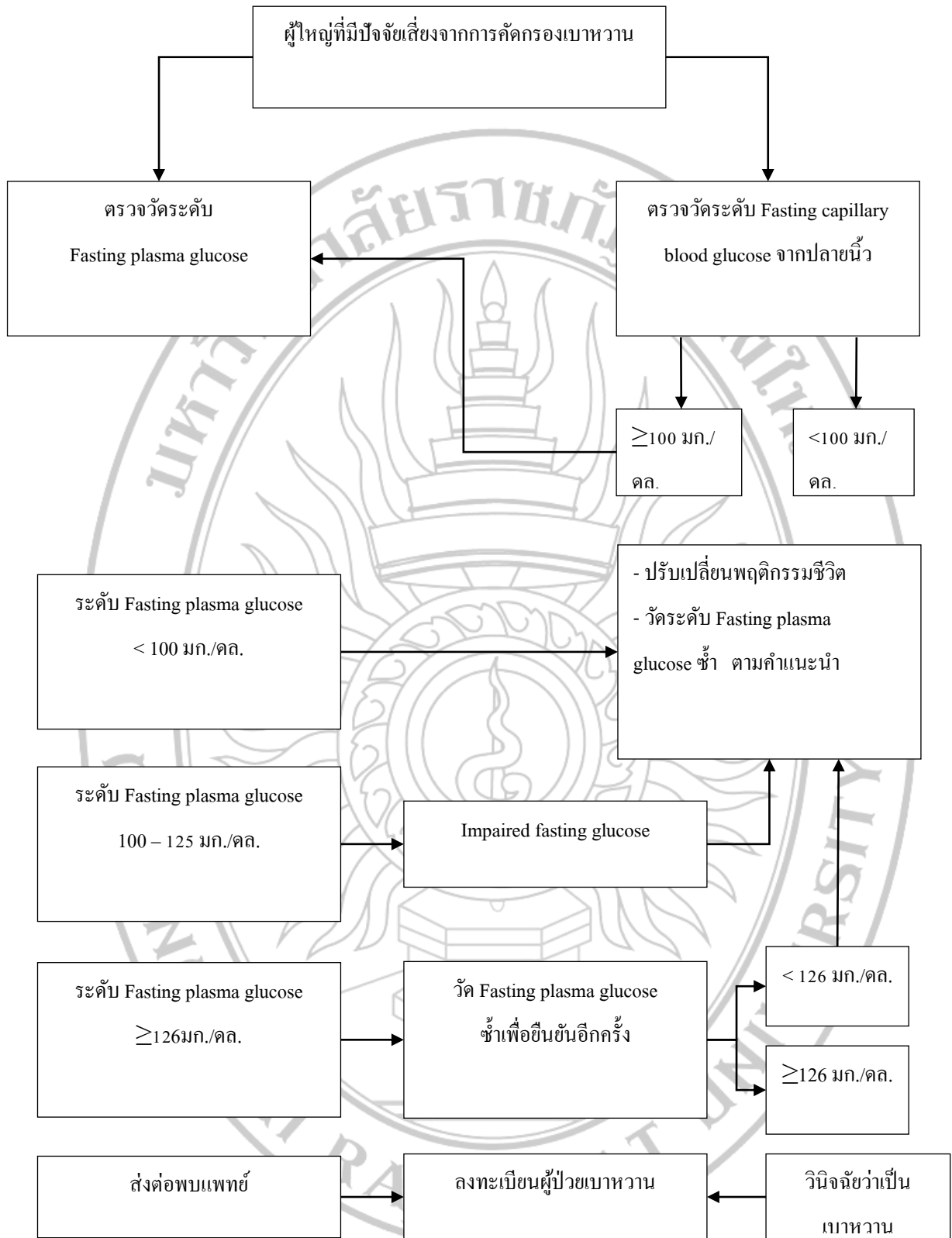
บริบทตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นชุมชนชนบทกึ่งเมือง แบ่งการปกครองออกเป็น 10 หมู่บ้าน หมู่บ้านส่วนใหญ่ตั้งเรียงรายอยู่บนที่ราบได้เขื่อนแม่กวงอุดมธารา มีประชากรทั้งหมด 6,048 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 1,198 คน เท่ากับร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด เมื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพของคนในชุมชน พบว่าโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในห้าอันดับแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งสิ้น 274 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 56.20 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดมีผู้ป่วยที่เป็นญาติพี่น้องกัน จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 28 ของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด จากสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.12, 56.13, 56.20 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะไตเสื่อม ร้อยละ 24.02 มีภาวะเสียงรบกวนที่ ร้อยละ 79.87 และมีภาวะเสียงทางหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 24.02 และยังพบว่ากลุ่ม

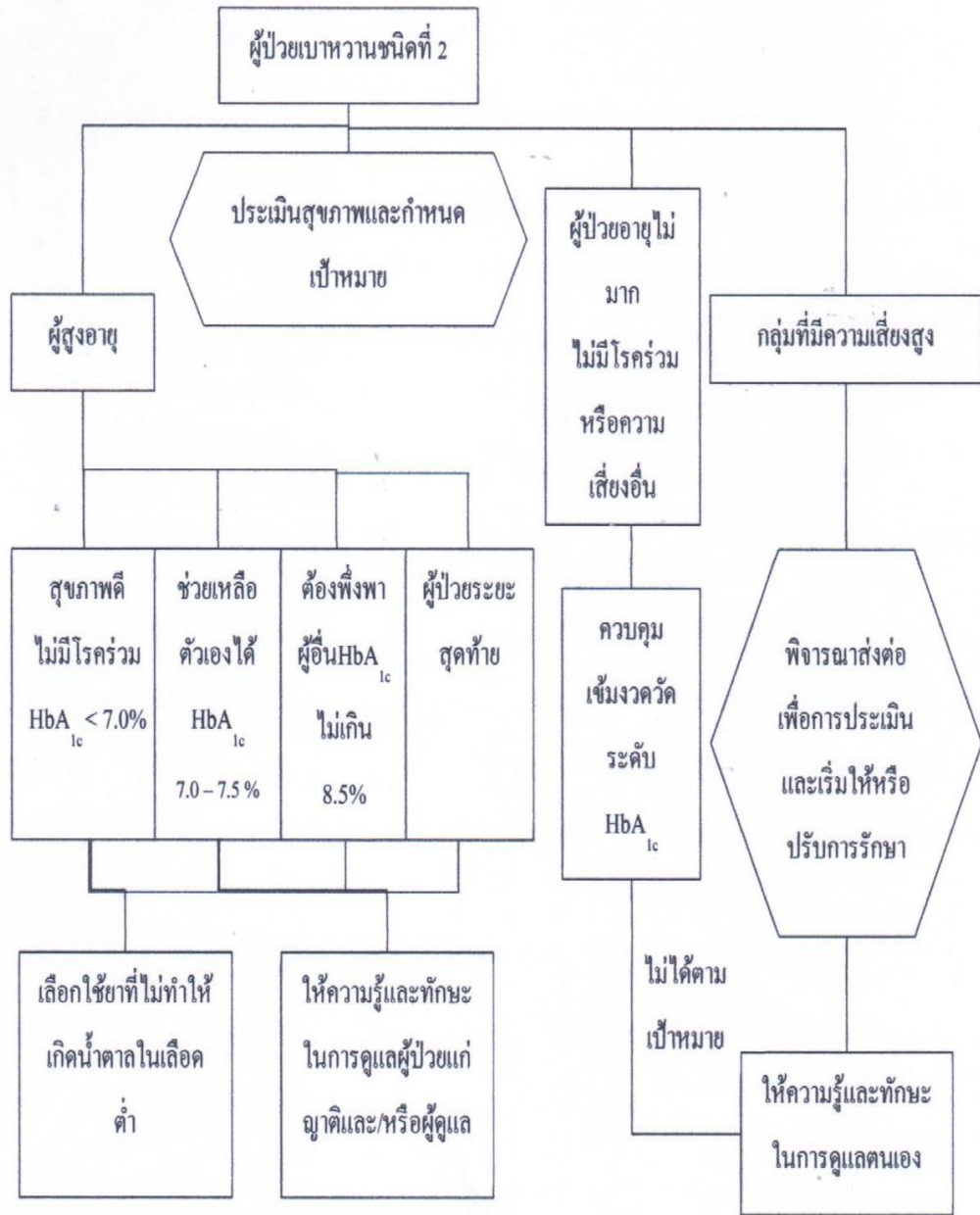
ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเป็นเวลานานสูงสุดถึง 18 ปี และผู้สูงอายุบางคนขาดการมารับการรักษาที่ต่อเนื่อง จากสถิติการเข้ารับการรักษา มีจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มาเข้ารับการรักษาในปีพ.ศ. 2556 ถึงปีพ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 22 ของจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด และมีผู้สูงอายุที่ไม่มารับการตรวจตามนัด ร้อยละ 38.96 ของจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลแห่งเดียวของตำบลลวงเหนือ (รายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2558, 2558)

การคัดกรองโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว

1. ผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่อ้วน และมีพ่อ แม่ พี่ หรือน้องเป็นโรคเบาหวาน
3. เป็น โรคความดัน โลหิตสูงหรือกำลังรับประทานยาควบคุมความดัน โลหิตสูง
4. มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่าหรือเท่ากับ 250 มก./ดล.หรือ เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล น้อยกว่า 35 มก./ดล.
5. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม
6. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น IGT หรือ IFG
7. มีโรคหัวใจและหลอดเลือด
8. มีกลุ่มอาการง่วงน้ำในรังไข่



ภาพที่ 2.1 ขั้นตอนการรับบริการคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว
ที่มา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านทุ่งมะหนิ้ว, 2558



ภาพที่ 2.2 ขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน
ที่มา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านทุ่งมะหนิ้ว, 2558

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กฤษณา คำลอยฟ้า (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จำนวน 286 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพและระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวานที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำที่สุด ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการให้สนับสนุนการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะช่วยให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

เพ็ญวิมล อู่อายุและคณะ (2554) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 74 คน พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.4 ส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 37.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 74.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.6 สำเร็จการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 91.9 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 85.1 และมีสมาชิกครอบครัวมากกว่า 5 คน ร้อยละ 78.4 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับดี กลุ่มที่ศึกษามีอายุเริ่มวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 50 ปี ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./ม² ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ((OR=3.12: 95 % CI 1.36-8.01) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็น 3.58 เท่าของกลุ่มเปรียบเทียบ ((OR=3.57: 95%CI 1.50-9.77) และพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ดี ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้เป็น 2.8 เท่าของกลุ่มเปรียบเทียบ ((OR=2.83: 95%CI 1.0-7.53)

นัชรี สุขเกษม (2554) ศึกษาเรื่องการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภทที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 2 และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 110 คน ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวมพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี เมื่อแยกพฤติกรรมรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมด้านโภชนาการ และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างให้ดีขึ้น ทางโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพจะต้องเพิ่มช่องทางในการให้ความรู้กับกลุ่มผู้ป่วย การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัว การหาแบบอย่างผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตลอดจนการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่ายขึ้น

สิริรัตน์ ปิยะภัทรกุล (2554) ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยอำเภอแก่งศรีภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 281 คน พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.0 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ร้อยละ 71.5 รองลงมาคือการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเบาหวาน ร้อยละ 62.6 และมีการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวานน้อยที่สุด ร้อยละ 54.1 ด้านลักษณะส่วนบุคคลพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.8 อายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 68 รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 60.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.52 ด้านการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการดูแลความสะอาดของร่างกายและเท้า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.5

ดวงดาว ปิงสุแสน (2555) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้ในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอทุ่งกิ้ว อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.7 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.5 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในภาพรวมผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ระดับดี ร้อยละ 55.4 และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความรู้ในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p value = 0.002)

กุลฤดี จิตตยานันต์ และคณะ (2556) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในตำบลบัวขาวอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เกี่ยวกับการรับรู้เมื่อเป็นเบาหวานครั้งแรก พฤติกรรมการดูแลตนเองและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานต่อบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข พบว่าเมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานครั้งแรก ผู้ป่วยมีความรู้สึก กลัว ตกใจและวิตกกังวล ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้มีแบบแผนการกินแตกต่างกับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้, การกินยาตามแพทย์สั่งอย่างเดียวจะควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แต่การกินยาตามแพทย์สั่งร่วมกับการปรับการกินจะสามารถควบคุมน้ำตาลได้, สิ่งที่สำคัญในการดูแลตนเอง คือ อาหาร อารมณ์ การกินยาอย่าง

สม่าเสมอและการพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง, มีการใช้สมุนไพรหลายชนิดเป็นทางเลือกในการรักษาเบาหวาน หลังจากพบว่าระดับน้ำตาลไม่ลดลงจึงเลิกใช้, การเป็นเบาหวานส่งผลกระทบต่อชีวิตการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน, มีความต้องการบริการด้านสุขภาพทั้งจากอาสาสมัครสาธารณสุขและจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน ส่วนการบริการในโรงพยาบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าแพทย์มีเวลาน้อย ไม่ถามปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย

ทัศนีย์ เทิดจิตไพศาลและคณะ (2556) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงและศึกษาความแตกต่างของเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาที่เป็นโรคกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง จำนวน 160 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการจัดการความเครียด ที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ตามความแตกต่างของเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาที่เป็นโรคแตกต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศันสนีย์ รุ่งรัตน์วิชชัย (2556) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในตำบลนางลี่ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาเกี่ยวกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ และผู้ดูแลมีความเชื่อไม่แตกต่างกัน คือ เชื่อว่าสาเหตุของเบาหวานเกิดจากพันธุกรรมและพฤติกรรมการรับประทานอาหารในเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุส่วนใหญ่ได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่จากทีมดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ยังมีประเด็นที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุโดยส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพได้แต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอสม. ยังมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิกำเนิดและการดำเนินโรคเบาหวานในแต่ละประเภทไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง การลดขนาดครอบครัวของอำเภออัมพวาเป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุและผู้ดูแลยังไม่สามารถจัดการได้ ดังต่อไปนี้ 1. การควบคุมอาหาร 2. การออกกำลังกาย 3. การดูแลสุขภาพทั่วไป

วรวรรณ จันทวีเมือง และบุษยา สังขชาติ (2557) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้ : กรณีศึกษาตำบลชะแล อำเภอลำพูน จังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบันด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ ด้านจิตใจ รู้สึกไม่เครียด ทำใจรับได้แล้ว ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานแตกต่างกันไปตามความเชื่อส่งผลให้มีวิธีการดูแลตนเองที่หลากหลาย การดูแลตนเองแบบผสมผสานเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานเน้นควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ปรับวิธีรับประทานยาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและงานประจำ และมีการแสวงหาวิธีการดูแลตนเอง โดยนำสมุนไพรมาทดลองใช้ ได้แก่ สมุนไพรเดี่ยว สมุนไพรตำรับ สมุนไพรฝีบอก และมีการใช้การนวดแผนไทยฤๅษีคัตตนและโนราบิค ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ 1 เดือนถึง 8 ปี อุปสรรคที่พบ คือ ข้อจำกัดเรื่องเวลา ภาระงาน รสชาติของสมุนไพร ผลดีที่รับรู้ได้ ส่วนใหญ่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ผลเสียคือ ทำให้น้ำตาลลดลงมากเกินไป รู้สึกกลัว จึงหยุดใช้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคมทุกรายได้รับการดูแลอย่างดีจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับประโยชน์/ให้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิดเมื่อมาตรวจตามนัดหรือทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข ทุกรายได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขเมื่อไปตรวจตามนัดเข้าร่วมโครงการหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และเวลา เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน โดยประเด็นที่ให้ความสำคัญมากที่สุด คือ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายโดยจัดอบรมโนราบิค กะลาบิค และฤๅษีคัตตน

รื่นจิต เพชรจิต (2558) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเอง ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเองกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนการเกิดโรคแทรกซ้อนและปัญหาอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 63.7 มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง ทั้งนี้ พฤติกรรมดูแลตนเองที่พบมากกว่ามีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง คือการจำกัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อเพื่อป้องกันมิให้ตนเองอ้วน การรับประทานอาหารเช้าในปริมาณที่เพียงพอต่อวันและเมื่อเกิดความเครียดมีการจัดการกับความเครียดไม่ถูกต้อง และการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 32.0 พฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Exp (B)} = 1.026$,

$p=0.026$) สำหรับการเกิดโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า มีการเกิดโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 62.3 โดยเกิดโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.0 โรคเหน็บชา ร้อยละ 36.3 และโรคอื่นอันได้แก่เบาหวานขึ้นตาหรือจอตาเสื่อม แผลเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไตวาย ไชมันในเลือดสูง ร้อยละ 9.1, 8.9, 6.3 และ 0.9 ตามลำดับ ปัญหาอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่สำคัญ คือ การออกกำลังกาย เช่นสภาพร่างกายไม่พร้อม ไม่มีเวลาและไม่ใส่ใจในการออกกำลังกาย พบร้อยละ 13.9

Hewitt, J., *et al.* (2011) ศึกษาการจัดการตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,047 ราย ซึ่งมีอายุมากกว่า 75 ปี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาล โดยใช้ยาหรือการควบคุมอาหารเพื่อจัดการโรค โดยที่สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยไม่มีผลต่อการเข้าถึงการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจสอบเท้าและตาต่ำกว่า 20 % ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีความลดลงหรือบกพร่องทางความคิดหรือสติปัญญา ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากโรคเบาหวานอย่างเพียงพอ แต่สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางความคิดมีความเข้าใจน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีความบกพร่อง

Hjellset *et al.* (2011) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้อพยพเพศหญิงชาวปากีสถาน กรณีศึกษาผู้อพยพเพศหญิงชาวปากีสถานที่อาศัยอยู่ในออสโล ประเทศนอร์เวย์ จำนวน 198 คน จุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาข้อมูลความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การหาค่าดัชนีมวลกาย การวัดความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจและการออกกำลังกาย พบว่า ผู้อพยพเพศหญิงปากีสถานที่อาศัยอยู่ในออสโล ประเทศนอร์เวย์มีค่าดัชนีมวลกาย ($BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 98.0 เป็นโรคอ้วน ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) คิดเป็นร้อยละ 39.0 ความทนทานต่อกลูโคสบกพร่อง (IGT) คิดเป็นร้อยละ 37.0 มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 41.0 และเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 13.0 โดยใช้กลูโคส จากการประเมินผลคะแนนพบว่าร้อยละ 90.0 มีความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงมากในผู้อพยพเพศหญิงชาวปากีสถานในออสโล ประเทศนอร์เวย์

McGowan, Patrick. (2011) ศึกษาประสิทธิภาพของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทำการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นระยะเวลา 6 เดือนกับกลุ่มที่ให้การศึกษแบบเดียวกันพร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเอง พบว่า ในกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างระหว่างผลลัพธ์ทางนิย ผลลัพธ์ทางชีวภาพหรือการใช้บริการสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มก่อนและหลังการอบรม 6 เดือน พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านค่าเฉลี่ยน้ำตาล HbA_{1c} และน้ำหนักตัว ในกลุ่มทดลองพบพัฒนาการใน

ผลลัพธ์อื่น ๆ อีก 4 ด้าน จากการเปรียบเทียบ 12 เดือนพบว่าในกลุ่มทดลองมีค่า HbA_{1c} และน้ำหนักต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่า HbA_{1c} สูงกว่า

Landim, Camila AP. *et al.* (2011) ศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านกายภาพ ระบบความคิด อารมณ์และความกระตือรือร้น ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเทศบราซิล ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้ พบว่าศักยภาพด้านกายภาพไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนศักยภาพทางความคิด อารมณ์และความกระตือรือร้นต่อการดูแลตนเองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

Ayele, Ketema, *et al.* (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเมืองฮารริ ประเทศเอธิโอเปียตะวันออก จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 425 คน ผู้วิจัยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ จากโรงพยาบาลสามโรงพยาบาลในเมืองฮารริ จำนวนผู้ป่วย 222 คน ในเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน ปี 2011 จากการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานมักจะปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง, มีรายได้ปานกลาง, มีความรู้เกี่ยวกับความร้ายแรงของโรคเบาหวาน, และมีอุปสรรคต่อการดูแลตนเองน้อยมักจะดูแลตนเอง ทั้งนี้เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ควรมีการรณรงค์ให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นโรคร้ายแรงและแสดงให้เห็นถึงวิธีการก้าวผ่านอุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ตามสถานะทางด้านรายได้ การศึกษาและการส่งเสริมให้ความรู้ความเข้าใจต่อโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

Andreas Schmitt, *et al.* (2013) ศึกษาการพัฒนาและการประเมินผลของเครื่องมือในการประเมินกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการสร้างแบบสอบถาม จำนวน 16 ข้อ เพื่อใช้ประเมินกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตต่อระดับน้ำตาลในเลือด โดยยึดการพิจารณาตามทฤษฎีและขั้นตอนการปรับปรุงเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสากลของการดูแลตนเอง เพื่อประเมินคุณภาพทางจิตวิทยา โดยให้ผู้ป่วยจำนวน 261 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 เป็นผู้ทดลองใช้แบบสอบถาม ผลปรากฏว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและเป็นเครื่องมือที่มีความถูกต้องและสามารถนำไปใช้สำหรับการประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพของพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตต่อระดับน้ำตาลในเลือด

Saurabh RamBihariLal Shrivastava, *et al.* (2013) ศึกษาบทบาทของการดูแลตนเองในการจัดการโรคเบาหวาน ความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่เพียงแต่จะต้องควบคุมปริมาณน้ำตาลเพียงเท่านั้น แต่จะต้องตอบสนองต่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จะตามมาอีกด้วย เช่นการจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการทำให้ร่างกายกลับสู่สภาพปกติ ซึ่งมี 7 พฤติกรรม

ที่เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่จะทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลดังกล่าว ได้ผลออกมาดีนั้น ประกอบด้วย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง มีทักษะในการแก้ไขปัญหา การเผชิญกับ ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมลดความเสี่ยง โดยพฤติกรรมทั้งหมดนี้พบว่า มีผลในเชิงบวกต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดความยุ่งยากและการปรับปรุงคุณภาพในชีวิต ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรที่จะยอมรับตนเองเพื่อให้ออกไปเกิดผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและการพัฒนาตนเอง ในโรคที่พวกเขาเผชิญ โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงแล้ว กลับพบว่าผู้ป่วยจำนวนน้อยมากที่จะหันกลับมาปฏิบัติและยึดมั่นในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมองไปที่การเปลี่ยนแปลงในระยะยาวด้วยแล้ว ถึงแม้ว่าการรวมกลุ่มกันของผู้ป่วย ปัจจัย ทางด้านสังคม – เศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคม ถือได้ว่าเป็นตัวช่วยเหลือที่ดีต่อกิจกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานแล้ว บทบาทของแพทย์ในการสนับสนุนการดูแลตนเองก็ จะต้องให้ความสำคัญและจะต้องเน้นย้ำ เช่นเดียวกัน การตระหนักถึงการเผชิญกับปัญหาหลาย ๆ ด้าน การสร้างระบบ ความหลากหลายในแง่มุมต่าง ๆ และวิธีการแบบบูรณาการ มีความจำเป็นต่อการช่วยในการฝึกฝนการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะยาว

Walker, Rebekah J., *et al.* (2014) ศึกษาผลกระทบของปัจจัยที่กำหนดสุขภาพด้าน เศรษฐศาสตร์-สังคม และด้านจิตวิทยาต่อการดูแลตนเองและผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ จำนวน 615 คน ที่เข้ารับการรักษาจาก 2 สถานพยาบาลในแถบตะวันออกเฉียงใต้ ของอเมริกา พบว่า ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพกระทบต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ อาการของโรค โดยที่ปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์-สังคม ส่งผลต่ออาการของผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนปัจจัย ทางจิตวิทยา โดยเฉพาะการรู้ถึงความสามารถของตนเองและการสะสมความเครียด มีผลต่อการดูแล ตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

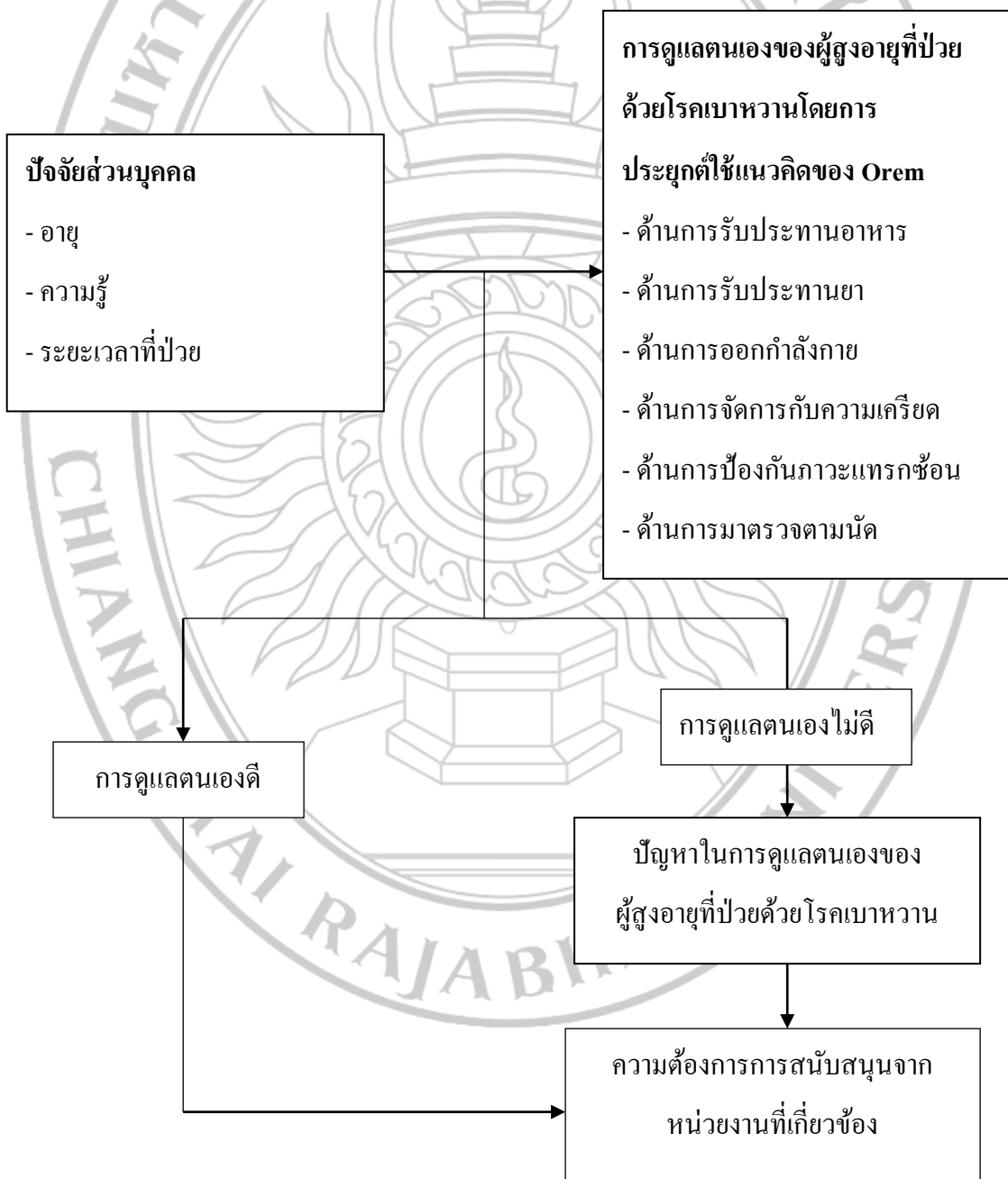
Elizabeth A. Beverly, *et al.* (2014) ศึกษาความท้าทายที่ตระหนักได้ของผู้สูงอายุกับ ผู้ให้การดูแลรักษาโรคเบาหวานประเภทที่ 2 และโรคแทรกซ้อน พบว่า ผู้สูงอายุนับรู้ถึงความไม่ มุ่งมั่นตั้งใจของผู้ให้การรักษาในการรักษาโรคและอาการต่าง ๆ ที่ซับซ้อนและไม่สนใจว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะพึงพอใจอยากได้รับการรักษาหรือไม่ ผู้สูงอายุต้องการการพูดคุยเชิงลึกกับผู้ดูแลรักษาใน การวางแผนการรักษาแบบตัวต่อตัวและบอกถึงความต้องการหรือความพึงพอใจสำหรับการจัดการ กับโรคที่เกิดขึ้นรวมถึงโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด การดูแลตนเองเป็นสิ่ง สำคัญในการรักษาสุขภาพของผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแล

ตนเองของ Orem เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปัญหาในการดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเอง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร, ด้านการรับประทานยา, ด้านการออกกำลังกาย, ด้านการจัดการกับความเครียด, ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน, ด้านการมาตรวจตามนัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยไว้ดังนี้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปัญหาในการดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เป็นตัวเลขแสดงจำนวนกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานของตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 154 คน

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นการวิจัยที่มีการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน, ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ขั้นตอนที่ 1)

ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานของตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 154 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา (Inclusion Criteria)

1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และมารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว

3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาและสามารถให้ข้อมูลได้

เกณฑ์การคัดเลือกร่วมตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1) ย้ายที่อยู่ขณะทำการศึกษาและไม่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรียม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การเคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้ดูแลขณะอยู่บ้าน แหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ เรื่อง โรคเบาหวาน เนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา การควบคุมระดับน้ำตาลและภาวะแทรกซ้อน จำนวน 15 ข้อ แบบทดสอบเป็นชนิดให้เลือกตอบ “ถูก” หรือ “ผิด” โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบข้อถูกเพียงข้อเดียว

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

คะแนนเต็มในแต่ละข้อ เท่ากับ 1 คะแนน ซึ่งคะแนนเต็มเท่ากับ 15 คะแนน เมื่อแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ช่วงคะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนและแปลความระดับความรู้ของผู้ป่วย ได้ดังนี้

เกณฑ์ในการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน นั้นผู้วิจัยได้กำหนดคะแนนไว้ 3 ระดับ ดังนี้ โดยที่ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 15

ดังนั้น จึงได้ช่วง

$$\frac{15-0}{3} = 5$$

การแปลผล

ระดับคะแนน 0 – 5 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำ

ระดับคะแนน 6 – 10 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ปาน

กลาง

ระดับคะแนน 11 – 15 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์สูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและด้านการตรวจตามนัด จำนวน 30 ข้อ ลักษณะของแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ เสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้น ๆ เลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ดังนี้

		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	เท่ากับ	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	เท่ากับ	1 คะแนน	3 คะแนน

การแปลผลคะแนนใช้การจัดอันดับภาคส่วนของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 2.34-3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานดูแลตนเองดี

คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.67-2.33 หมายถึง ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานดูแลตนเอง

ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.00-1.66 หมายถึง ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานควรปรับปรุง การดูแลตนเอง

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นทั้งหมด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจังหวัดเชียงใหม่ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของข้อความ จากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด มาแก้ไขตามคำแนะนำ โดยใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงของเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหา ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC : Index of item objective congruence) โดยใช้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อความ ดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อความวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อความวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อความวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

แล้วนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามสูตร (สุรพงษ์ คงศักดิ์ และธีรชาติ ธรรมวงศ์, 2551)

เกณฑ์

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้

2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจนความเข้าใจในคำถามความสมบูรณ์ของภาษา โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบสอบถามความรู้ เรื่อง โรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น 0.84 และแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.76

การดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกเทศมนตรีตำบลวงเหนือ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ภายหลังได้รับอนุญาตแล้วนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว กำนันตำบลวงเหนือ นายกเทศมนตรีตำบลวงเหนือ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและผลที่จะได้รับในการศึกษาครั้งนี้ โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้วที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดคนวันเวลา ที่จะเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งอธิบายถึงขั้นตอนในการจัดกิจกรรมรวมถึงการตอบแบบสอบถาม โดยละเอียดให้เกิดความเข้าใจตรงกันทั้งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์และเทคนิคการสอบถามข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกัน

2.3 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 154 คน ที่มาเข้ารับการรักษาคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences/Windows) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2. ความรู้และพฤติกรรมใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ความรู้ ระยะเวลาที่ป่วยกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD) เพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้กำหนดประเด็นไว้ ดังนี้

1. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน
2. ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ขั้นตอนที่ 2)

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 154 คน (จากขั้นตอนที่ 1)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเกณฑ์สัดส่วน โดยมีเกณฑ์การคำนวณ ดังนี้ (วาโร เฟิงส์วาศ์, 2551)

- 1) ประชากรที่มีขนาดเป็นหลักร้อย จะใช้หน่วยตัวอย่าง จำนวน 15 - 30 % เป็นกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ประชากรที่มีขนาดเป็นหลักพัน จะใช้หน่วยตัวอย่าง จำนวน 10 – 15 % เป็นกลุ่มตัวอย่าง
- 3) ประชากรที่มีขนาดเป็นหลักหมื่น จะใช้หน่วยตัวอย่าง จำนวน 5 – 10 % เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น

จากจำนวนประชากร 154 คน จะใช้หน่วยตัวอย่าง จำนวน 23 - 46 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยในงานวิจัยครั้งนี้ได้ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 48 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD) เกี่ยวกับปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ ข้อคำถาม เครื่องบันทึกเสียง กระดาษ ปากกา

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD) โดยแนวคำถามเหล่านี้ ได้สร้างขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและมี

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ช่วยตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบและข้อความในการศึกษาเชิงคุณภาพ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD) ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นเป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยได้ทำการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูล โดยพิจารณาข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม

1.2 สร้างแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD) สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ลักษณะการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่อสนับสนุนข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม

1.3 เตรียมทีมในการสนทนากลุ่ม โดยมีบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.3.1 ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) โดยผู้วิจัยจะมีหน้าที่ดำเนินการสนทนาและสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองให้กับผู้เข้าร่วมสนทนา

1.3.2 ผู้จดบันทึกการสนทนา (Note taker) โดยผู้ช่วยในการวิจัย จะจดบันทึกย่อข้อมูลสำคัญ ๆ ในขณะที่ยัง เกี่ยวกับการแสดงสีหน้า ท่าทาง แล้วนำมาบันทึกรายละเอียดเมื่อสิ้นสุดการสนทนา

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี รวมทั้งสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และกระบวนการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยนัดวัน เวลาและสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD)

2.3 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน

2.4 ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยเตรียมคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ลักษณะการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ กำหนดคำถามออกเป็นประเด็นให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.5 บันทึกการสนทนาในกระดาษและเครื่องบันทึกเสียง

2.6 ก่อนจบการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD) ผู้วิจัยหรือผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ได้มีการกล่าวสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาคร่าว ๆ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้วิจัยและอธิบายถึงการบันทึกเสียงในการสนทนากลุ่มครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะทำการลบข้อมูลในส่วนที่การบันทึกเสียงเมื่อการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง

2.7 หลังการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยถอดข้อความจากเครื่องบันทึกเสียงออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร จัดลำดับข้อความที่ได้ให้เป็นหมวดหมู่และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องเกี่ยวกับความเป็นจริงและการตีความของผู้วิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินขั้นตอนการวิจัยที่แสดงถึงความน่าเชื่อถือของการวิจัย ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง ความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูลประกอบด้วย

1.1 การตรวจสอบโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างกันออกไป (Methodological Triangulation) เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน

1.2 การตรวจสอบโดยตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลการวิจัย (Member Checking) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จดบันทึกอย่างละเอียดและอธิบายอย่างชัดเจนนำกลับไปยังผู้ให้สัมภาษณ์บางรายยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าข้อมูลเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้สัมภาษณ์หรือไม่

1.3 การตรวจสอบความไว้วางใจได้ของข้อมูล (Dependability) โดยการนำข้อมูลไปตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อยืนยันความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

2. การยืนยันผลการวิจัย (Confirm Ability) เป็นการยืนยันผลที่ได้จากข้อมูล โดยการที่ผู้วิจัยจะเก็บเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรวิจัยไว้เป็นอย่างดีพร้อมสำหรับการตรวจสอบ (Audit Trial) เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้อาจไม่มีความลำเอียงหรือเกิดจากความอคติของผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องจากการถอดเทปและข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการสังเกต

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ดังนี้

2.1 หลังการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจัดบันทึกข้อมูลไว้เป็นหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำเทปการบันทึกเสียงมาถอดเทปแบบคำต่อคำ ผู้วิจัยได้อ่านข้อมูลการสนทนากลุ่มหลาย ๆ รอบ

เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2 หลังจากอ่านบทสนทนาแบบบรรทัดต่อบรรทัดแล้วนำมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้ นำข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกันหรือคล้ายกันมาไว้กลุ่มเดียวกัน

2.3 ผู้วิจัยนำประเด็นย่อย มารวบรวมเป็นกลุ่มหรือเรื่องเดียวกัน สรุปเป็นประเด็นหลัก (Thematic Analysis) เขียนอธิบายให้เป็นความเรียง โดย ให้มีความต่อเนื่องและกลมกลืนจากข้อมูลการสนทนากลุ่ม

2.4 เขียนสรุปรายงานการวิจัย อธิบาย เชื่อมโยง ความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ได้รับและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้เขียนคำชี้แจงพร้อมแนบเอกสารแนะนำการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) ด้านหน้าแบบสอบถามทุกฉบับ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลทราบอีกครั้งเพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามจะได้รับการสมนาคุณเพื่อแสดงความขอบคุณและเป็นค่าตอบแทนในการเสียเวลา

2. สำหรับการนำเสนอผลการศึกษาเป็นการนำเสนอในภาพรวมไม่ปรากฏข้อมูลเป็นรายบุคคลหรือชื่อของสถาบัน โดยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวมและหากกลุ่มตัวอย่างมีความไม่สบายใจในการเข้ากลุ่มสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใด ๆ กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจึงให้ลงชื่อยินยอมในการให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม

3. สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายของผู้เข้าร่วมการวิจัยคือผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเสียสละเวลาในการปฏิบัติงาน เพื่อตอบแบบสอบถามเป็นระยะเวลาประมาณ 60 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานอาจเกิดความเบื่อหน่าย จึงมีการป้องกันความเสี่ยงและการแก้ไขกรณีเกิดปัญหาโดยให้มีการหยุดพักหรือยุติการสนทนา และมีการจำกัดสิทธิในการรับรู้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเฉพาะตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย และคณะผู้วิจัยเท่านั้น และจะไม่บันทึกชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยลงในประวัติและข้อมูลผลการวิจัย โดยจะใช้เป็นรหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับในระยะเวลา 2 ปี และจะทำลายทันทีหากครบกำหนด 2 ปี

4. ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการดูแลและรักษาความลับของข้อมูลต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัยดังนี้

4.1 คณะผู้วิจัยจะจำกัดสิทธิในการรับรู้ข้อมูลและจำกัดการเข้าถึงข้อมูลอื่นใดที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเฉพาะตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยและคณะผู้วิจัยเท่านั้น

4.2 คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นความลับโดยจะใช้เป็นรหัสประจำตัวแทนชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

4.3 คณะผู้วิจัยจะไม่แบ่งปันข้อมูลประวัติและข้อมูลการตอบแบบสอบถามหรือข้อมูลอื่นใดที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยแก่องค์กรหรือสถาบันอื่น ๆ

4.4 คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลประวัติและข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นความลับอย่างน้อย 2 ปี หลังจากที่มีการวิจัยเสร็จสิ้น เมื่อครบกำหนดจะทำลายข้อมูลประวัติและข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมการวิจัยทันที

4.5 หากมีการขยายการศึกษาและต้องการนำผลการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมการวิจัยไปใช้ในการวิจัยอื่น ผู้วิจัยจะเสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนการดำเนินการอื่นใด

5. สิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถแจ้งถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของท่านและข้อมูลของการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยสามารถแจ้งขอถอนตัวจากการวิจัยได้จากข้อมูล ชื่อ ที่อยู่หรือเบอร์โทรของผู้วิจัยด้านล่างนี้

นางสาวกมลพรรณ จักรแก้ว

ตำแหน่ง นักบริหารงานสาธารณสุข สายบริหาร (สาธารณสุข)

เทศบาลตำบลวงเหนือ อำเภอคอยสะแกต จังหวัดเชียงใหม่

299 หมู่ที่ 2 ตำบลวงเหนือ อำเภอคอยสะแกต จังหวัดเชียงใหม่ 50220

โทรศัพท์ 081-9270904

6. ระยะเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย : วันที่ 1 เมษายน – 31

พฤษภาคม 2560

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Interviews) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Sciences /SPSS) โดยแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ตอน ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ตอนที่ 3 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ (n=154 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	62	40.30
หญิง	92	59.70

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
2. อายุ		
60 - 69	109	70.80
70 - 79	42	27.30
80 - 89	3	1.90
3. ศาสนา		
พุทธ	151	98.10
อิสลาม	3	1.90
4. สถานภาพสมรส		
โสด	13	8.40
สมรส	113	73.40
แยกกันอยู่	2	1.30
หม้าย	22	14.30
หย่า	4	2.60
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	15	9.70
ประถมศึกษา	94	61.00
มัธยมศึกษา	32	20.80
อนุปริญญา	12	7.80
ปริญญาตรี	1	0.60
6. อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	48	31.20
เกษตรกร	30	19.50
รับจ้าง	43	27.90
ข้าราชการบำนาญ	7	4.50
ค้าขาย	20	13.00
อื่นๆ	6	3.90

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
7. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน(ปี)		
1 - 5	56	36.40
6 - 10	55	35.70
11 - 15	20	13.00
16 - 20	14	9.10
21 - 25	2	1.30
26 - 30	7	4.50
8. การได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน		
เคย	134	87.00
ไม่เคย	20	13.00
9. ผู้ดูแลท่านขณะอยู่ที่บ้าน		
อยู่ตามลำพัง	9	5.80
คู่สมรส	81	52.60
บุตร	54	35.10
ญาติ	10	6.50
10. ในปัจจุบันท่านจำเป็นต้องมีผู้ดูแลหรือไม่		
ต้องมีผู้ดูแล	71	46.10
ไม่ต้องมีผู้ดูแล	83	53.90
11. ท่านได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานจากแหล่งใดบ้าง		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	101	65.60
โทรทัศน์	10	6.50
โรงพยาบาล	27	17.50
วิทยุ	1	0.60
หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน	1	0.60
หนังสือพิมพ์	3	1.90
วารสารต่าง ๆ	11	7.10

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
12. ท่านมีญาติสายตรงที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือเสียชีวิตจากโรคเบาหวานหรือไม่		
มี	74	48.10
ไม่มี	80	51.90

จากตารางที่ 4.1 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งหมด 154 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.30 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.70 โดยอายุอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 70.80 รองลงมาอายุอยู่ระหว่าง 70 – 79 ปี ร้อยละ 27.30 และช่วงอายุระหว่าง 80 – 89 ปี ร้อยละ 1.90 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.10 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 73.40 รองลงมาเป็นหม้าย ร้อยละ 14.30 โสดร้อยละ 8.40 หย่าร้อยละ 2.60 และแยกกันอยู่ร้อยละ 1.30 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20.80 ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 9.70 นอกจากนี้จบการศึกษาในระดับอนุปริญญา ร้อยละ 7.8 ที่เหลือจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 31.20 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 27.90 ระยะเวลาที่ป่วย 1 - 5 ปี ร้อยละ 36.40 รองลงมาคือช่วง 6 – 10 ปี ร้อยละ 35.70 เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ 87.00 ผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน ได้แก่ คู่สมรส ร้อยละ 52.60 บุตร ร้อยละ 35.10 ญาติ ร้อยละ 6.50 อยู่ตามลำพัง (ไม่มีคนดูแล) ร้อยละ 5.80 ปัจจุบันผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ร้อยละ 46.10 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานได้รับความรู้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 65.60 รองลงมาคือโรงพยาบาลดอยสะเก็ด ร้อยละ 17.50 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ไม่มีญาติสายตรงที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 51.90 ที่เหลือมีญาติสายตรงที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ถึงร้อยละ 48.10

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

การศึกษาด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรค ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา การควบคุมระดับน้ำตาลและภาวะแทรกซ้อน คำถามเป็นแบบถูก-ผิด ให้เลือกตอบ

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องโรคเบาหวานในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน
ตำบลหลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ (n=154 คน)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ตอบผิด		ตอบถูก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. โรคเบาหวานเป็นโรคที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 120 มก/ดล.	14	9.10	140	90.90
2. สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์เพียงอย่างเดียว	66	42.90	88	57.10
3. โรคเบาหวานสามารถรักษาให้หายขาดได้	51	33.10	103	66.90
4. ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	61	39.60	93	60.40
5. อาการของโรคเบาหวานคือ กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย และน้ำหนักตัวลดลง	18	11.70	136	88.30
6. ผลไม้ที่ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยง คือ ผลไม้ที่มีรสหวานมาก เช่น ขนุน ลำไย ทูเรียน เป็นต้น	9	5.80	145	94.20
7. การรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม เป็นประจำในแต่ละวันเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	17	11.00	137	89.00
8. ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถรับประทานเนื้อสัตว์ทุกชนิดได้	43	27.90	111	72.10
9. ถ้าผู้ป่วยเบาหวานดื่มรับประทานยาเบาหวาน สามารถเพิ่มขนาดของยาในมือต่อไปได้	34	22.10	120	77.90
10. การรับประทานยารักษาโรคเบาหวานอย่างเดียว ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	68	44.20	86	55.80
11. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ทำให้ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	12	7.80	142	92.20

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ตอบผิด		ตอบถูก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
12. การออกกำลังกายควรใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 20 นาที	27	17.50	127	82.50
13. การหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	84	54.50	70	45.50
14. ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ เช่น สายตาพร่ามัว มีแผลที่เท้าและหายยาก ท่านไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคหรือหาสาเหตุดังกล่าว	71	46.10	83	53.90
15. ผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลเท้าเป็นพิเศษโดยการใส่รองเท้าที่นุ่ม พอดีเท้า เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าดี	4	2.60	150	97.40

จากตารางที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่า ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตอบถูกมากที่สุด ร้อยละ 97.4 คือ ผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลเท้าเป็นพิเศษโดยการใส่รองเท้าที่นุ่ม พอดีเท้า เพื่อช่วยในการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าดี ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตอบผิดมากที่สุด ร้อยละ 54.50 คือ การหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และข้อคำถามที่ผู้ป่วยตอบถูกเกินร้อยละ 80 มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ โรคเบาหวานเป็นโรคที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 120 มก/ดล., อาการของโรคเบาหวานคือ กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย และน้ำหนักตัวลดลง, ผลไม้ที่ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยง คือ ผลไม้ที่มีรสหวานมาก เช่น ขนุน ลำไย ทูเรียน เป็นต้น, การรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม เป็นประจำในแต่ละวันเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน, การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ทำให้ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้, การออกกำลังกายควรใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 20 นาที และผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลเท้าเป็นพิเศษโดยการใส่รองเท้าที่นุ่ม พอดีเท้า เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าดี

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้ต่อโรคเบาหวาน (n=154 คน)

คะแนนที่ได้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5	1	0.60
7	6	3.90
8	9	5.80
9	23	14.90
10	15	9.70
11	22	14.30
12	29	18.80
13	28	18.20
14	14	9.10
15	7	4.50
Max = 15	Min = 5	$\bar{x} = 11.24$ S.D. = 2.12

จากตารางที่ 4.3 ผลคะแนนความรู้ของผู้สูงอายุฯ แสดงให้เห็นว่ามีคะแนนต่ำสุดที่ 5 คะแนน จำนวน 1 ราย และคะแนนสูงสุดที่ 15 คะแนน จำนวน 7 ราย โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 11.24 คะแนน

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ความเข้าใจต่อโรคเบาหวาน (n=154 คน)

ระดับความรู้/เกณฑ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0 – 5 คะแนน)	1	0.60
ปานกลาง (6 – 10 คะแนน)	53	34.40
สูง (11 – 15 คะแนน)	100	64.90

จากตารางที่ 4.4 แสดงว่าระดับความรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน คำบล ลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีระดับความรู้ ดังนี้ ระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ต่ำ

คือ 0- 5 คะแนน ร้อยละ 0.60 ระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คือ 6 – 10 คะแนน ร้อยละ 34.40 และ ระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์สูง คือ 11 – 15 คะแนน ร้อยละ 64.90

ตอนที่ 3 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและด้านการตรวจตามนัด จำนวน 30 ข้อ ซึ่งผลการศึกษาแสดงในตารางที่ 4.5 และ 4.6

ตารางที่ 4.5 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในแต่ละด้าน (n=154 คน)

การดูแลตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับความสำคัญ
การรับประทานอาหาร	2.36	0.31	ดูแลตนเองดี
1. ท่านรับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อและตรงต่อเวลา	2.69	0.46	ดูแลตนเองดี
2. ในแต่ละมื้ออาหารท่านจะเน้นอาหารประเภทผักเป็นหลัก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน	2.47	0.56	ดูแลตนเองดี
3. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ สาโท เวลาสังสรรค์กับเพื่อนเท่านั้น	2.46	0.64	ดูแลตนเองดี
4. ท่านรับประทานข้าวเหนียว ขนมปัง เผือก เป็นประจำโดยไม่จำกัดจำนวน	1.86	0.61	ดูแลตนเองปานกลาง
5. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ทุเรียน เป็นต้น	2.34	0.64	ดูแลตนเองดี
การออกกำลังกาย	2.33	0.31	ดูแลตนเองปานกลาง
6. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน	2.40	0.65	ดูแลตนเองดี

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	\bar{x}	S.D.	ระดับความสำคัญ
7. ถ้าท่านรู้สึกมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด แน่นหน้าอก ท่านจะหยุดออกกำลังกาย	2.51	0.73	ดูแลตนเองดี
8. ขณะออกกำลังกายท่านมักจะอยู่คนเดียว "ไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วย"	1.81	0.80	ดูแลตนเองปานกลาง
9. ท่านออกกำลังกายขณะอ่อนเพลีย ท้องว่าง	2.56	0.69	ดูแลตนเองดี
10. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกายอย่างน้อย 10 นาที	2.39	0.72	ดูแลตนเองดี
การจัดการกับความเครียด	2.43	0.34	ดูแลตนเองดี
11. เมื่อท่านมีเรื่องกังวลใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ท่านเป็น ท่านจะผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำงานอดิเรก ปฏิบัติศาสนกิจ ออกกำลังกาย เป็นต้น	2.32	0.77	ดูแลตนเองปานกลาง
12. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับคนในชุมชน	2.42	0.72	ดูแลตนเองดี
13. เมื่อท่านทราบผลระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ท่านมักมีความเครียด	2.05	0.83	ดูแลตนเองปานกลาง
14. ท่านนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	2.61	0.62	ดูแลตนเองดี
15. เมื่อท่านทราบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ท่านจะปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง	2.75	0.53	ดูแลตนเองดี
การใช้ยา	2.56	0.32	ดูแลตนเองดี
16. ท่านรับประทานยาตรงตามแผนการรักษาของแพทย์	2.88	0.42	ดูแลตนเองดี
17. ท่านไม่เคยเพิ่มหรือลดยาเบาหวานด้วยตนเอง	2.42	0.89	ดูแลตนเองดี
18. ท่านมักจะหยุดยาเองเมื่อพบว่าระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ	2.52	0.81	ดูแลตนเองดี
19. ท่านมักจะลืมรับประทานยาโรคเบาหวาน	2.14	0.64	ดูแลตนเองปานกลาง
20. เมื่อท่านไม่สะดวกไปพบแพทย์ ท่านมักจะซื้อยารักษาโรคเบาหวานมารับประทานเอง	2.84	0.43	ดูแลตนเองดี

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับความสำคัญ
การมาตรวจตามนัด	2.63	0.28	ดูแลตนเองดี
21. ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง	2.93	0.35	ดูแลตนเองดี
22. ท่านมักจะคิดว่าการมาตรวจตามนัดทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ	2.66	0.69	ดูแลตนเองดี
23. ท่านมักจะงดรับประทานอาหารหรือผลไม้ที่มีรสหวานก่อนมาพบแพทย์ 1 สัปดาห์	1.94	0.84	ดูแลตนเองปานกลาง
24. ท่านมารับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกครั้ง	2.89	0.37	ดูแลตนเองดี
25. ท่านซักถามข้อมูลผลการรักษาโรคเบาหวานของตนเองทุกครั้งเมื่อมารับบริการ	2.71	0.58	ดูแลตนเองดี
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2.37	0.31	ดูแลตนเองดี
26. ถ้าท่านมีอาการผิดปกติ เช่น อาการตาพร่ามัว หรือมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้าท่านจะมาพบแพทย์ทันที	2.52	0.73	ดูแลตนเองดี
27. ท่านมักจะลืมนำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานติดตัวไปเมื่อต้องออกไปทำธุระนอกบ้านหรือเดินทางไปต่างจังหวัด	2.38	0.80	ดูแลตนเองดี
28. ท่านรักษาเท้าให้สะอาด ไม่อับชื้น และเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่ปลายเท้าได้	2.83	0.45	ดูแลตนเองดี
29. ท่านจะรีบมาพบแพทย์เมื่อสังเกตพบอาการบวม ชีด ผิวแห้ง เหนื่อยง่าย	2.60	0.70	ดูแลตนเองดี
30. ท่านไปตรวจตากับแพทย์ เฉพาะเมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับตานั่น	1.53	0.78	ควรปรับปรุงการดูแลตนเอง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	2.45	0.15	ดูแลตนเองดี

จากตารางที่ 4.5 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ($\bar{x} = 2.45$, S.D. = 0.15) เมื่อวิเคราะห์ในแต่ละด้าน ผลปรากฏว่าได้ค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับดังนี้ อยู่ในระดับดี ได้แก่ การมาตรวจตามนัด ($\bar{x} = 2.63$, S.D. = 0.28) การใช้ยา ($\bar{x} = 2.56$, S.D. = 0.32) การจัดการกับความเครียด ($\bar{x} = 2.43$, S.D. = 0.34) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($\bar{x} = 2.37$, S.D. = 0.31) การรับประทานอาหาร ($\bar{x} = 2.36$, S.D. = 0.31) การออกกำลังกาย ($\bar{x} = 2.33$, S.D. = 0.31)

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของระดับการดูแลตัวเอง (n=154 คน)

คะแนนที่ได้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานดูแลตนเองปานกลาง	43	27.90
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานดูแลตนเองดี	111	72.10
รวม	154	100.00

จากตารางที่ 4.6 แสดงให้เห็นว่า ระดับการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยจัดระดับพฤติกรรมการดูแลตัวเอง ดังนี้ ดูแลตนเองดี คือ 2.34 - 3.00 คะแนน ร้อยละ 72.10 และดูแลตนเองปานกลาง คือ 1.67-2.33 คะแนน ร้อยละ 27.90

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

สมมุติฐานในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบสมมุติฐาน คือ อายุ ความรู้และระยะเวลาป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบสถิติแบบไคร้สแควร์ (Chi-square Test) ในการวิเคราะห์ดังนี้

1. อายุ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ อายุ 60-69 ปี, อายุ 70-79 ปี และอายุ 80-89 ปี
2. ระดับความรู้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ ระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ต่ำ ระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ปานกลางและระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์สูง

3. ระยะเวลาป่วย แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม คือ 1 - 5 ปี, 6 - 10 ปี, 11 - 15 ปี, 16 - 20 ปี, 21 - 25 ปี และ 26 - 30 ปี

สำหรับตัวแปรตามได้แก่ ระดับพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วย

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ระดับความรู้และระยะเวลาป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากสถิติเบื้องต้นแล้วได้จัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานดูแลตนเองปานกลาง และกลุ่มพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานดูแลตนเองดี จากการทดสอบสมมติฐาน สามารถอธิบายผลตามการใช้ค่าทดสอบสถิติไคสแควร์ (chi-square test; χ^2) ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (n=154 คน)

อายุ (ปี)	ระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วย การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ		รวม (ร้อยละ)
	ปานกลาง	ดี	
อายุ 60-69	30 (19.48)	79 (51.30)	109 (70.78)
อายุ 70-79	12 (7.79)	30 (19.48)	42 (27.27)
อายุ 80-89	1 (0.65)	2 (1.30)	3 (1.95)
รวม	43 (27.92)	111 (72.08)	154 (100.00)

$$\chi^2 (\text{คำนวณ}) = 0.61 \quad \chi^2 (\text{ตาราง}) = 5.99 \quad df = 2 \quad p \leq 0.05$$

จากตารางที่ 4.7 แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งพิจารณาจากระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปรากฏว่า ค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 0.61 ซึ่งน้อยกว่าค่าจากตาราง 5.99 ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 แสดงว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน นั่นคือ อายุมากหรืออายุน้อยไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเบาหวาน กับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (n=154 คน)

ระดับความรู้	ระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วย การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ		รวม (ร้อยละ)
	ปานกลาง	ดี	
ต่ำ	0 (0.00)	1 (0.65)	1 (0.65)
ปานกลาง	14 (9.09)	39 (25.32)	53 (34.42)
สูง	29 (18.83)	71 (46.10)	100 (64.94)
รวม	43 (27.92)	111(72.08)	154 (100.00)

χ^2 (คำนวณ) = 0.50 χ^2 (ตาราง) = 5.99 df = 2 p ≤ 0.05

จากตารางที่ 4.8 แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งพิจารณาจากระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปรากฏว่า ค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 0.50 ซึ่งน้อยกว่าค่าจากตาราง 5.99 ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 แสดงว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน นั่นคือ ความรู้มากหรือความรู้น้อยไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3. ระยะเวลาที่ป่วยกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาป่วย กับระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (n=154 คน)

ระยะเวลาป่วย (ปี)	ระดับพฤติกรรมดูแลของผู้ป่วย การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ		รวม (ร้อยละ)
	ปานกลาง	ดี	
1 – 5 ปี	15 (9.74)	41 (26.62)	56 (36.36)
6 – 10 ปี	12 (7.79)	43 (27.92)	55 (35.71)
11 – 15 ปี	8 (5.19)	12 (7.79)	20 (12.99)
16 – 20 ปี	6 (3.90)	8 (5.19)	14 (9.09)
21 – 25 ปี	0(0.00)	2 (1.30)	2 (1.30)
26 – 30 ปี	2 (1.30)	5 (3.25)	7 (4.55)
รวม	43 (27.29)	111 (72.08)	154 (100.00)

$$\chi^2 (\text{คำนวณ}) = 0.50 \quad \chi^2 (\text{ตาราง}) = 11.07 \quad df = 5 \quad p \leq 0.05$$

จากตารางที่ 4.9 แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งพิจารณาจากระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อผู้วิจัยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปรากฏว่า ค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ 0.50 ซึ่งน้อยกว่าค่าจากตาราง 11.07 ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 แสดงว่าระยะเวลาที่ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน นั่นคือ ระยะเวลาที่ป่วยนานหรือระยะเวลาที่ป่วยไม่นาน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Resesearch) โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD) เพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความต้องการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

จากการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเกิดจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อ การมีภาระในด้านเศรษฐกิจและภาระหน้าที่ในครอบครัว

1.1 ความเข้าใจผิด หมายถึง ความคิด ความไม่เข้าใจที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อในความเข้าใจที่ผิดนั้น จึงส่งผลต่อการไม่ดูแลตนเอง จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความเข้าใจผิดในการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและด้านการจัดการกับความเครียด

1.1.1 ด้านการออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุเข้าใจว่า การที่ตนเองทำงานบ้านทุกวัน ถือว่าเป็นการออกกำลังกายวิธีหนึ่ง ทำให้คิดว่าตนเองมีการดูแลตนเองแล้วในด้านของการออกกำลังกาย ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องออกกำลังกาย หรือเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายของหมู่บ้าน และไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอีก

“ป้าว่าการทำงานบ้านก็เหมือนการออกกำลังกายไปในตัวแหละ”

“ป้าคิดว่าการทำงานบ้านก็คือว่าเป็นการออกกำลังกายแล้วนะ”

“ป้าว่าแค่เรากวาดบ้าน ถูบ้าน ก็เป็นการออกกำลังกายนะ บางครั้งก็มีเหงื่อออก มันก็เหมือนเวลาที่เราไปออกกำลังกาย”

จากการสนทนากลุ่มทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุยังมีความเข้าใจผิดในเรื่องการออกกำลังกาย จึงได้ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุในการออกกำลังกาย โดยให้ออกกำลังกายที่ตนเองชอบหรือถนัด โดยการทำต่อเนื่อง เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที เช่น การแกว่งแขน 20 นาที เป็นต้น

1.1.2 ด้านการรับประทานอาหาร

ผู้สูงอายุมีความรู้ว่า ถ้าป่วยเป็นโรคเบาหวานจะต้องรับประทานข้าวสวย แต่ไม่ปฏิบัติตามเพราะคิดว่าการรับประทานข้าวสวยทำให้ไม่อยู่ท้อง มักหิวข้าวบ่อย ๆ และมักจะเบื่อในการรับประทาน แต่การรับประทานข้าวเหนียวทำให้อิ่ม และมีแรงในการทำงานอีกทั้งมีความเข้าใจว่า การรับประทานข้าวเหนียวเพียงเล็กน้อยหรือบางมื้อไม่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด

“ลู่ว่าเวลาที่ลู่กินข้าวสวยแล้วมัน ไม่อยู่ท้อง ทำให้หิวข้าวบ่อย”

“ป้าว่าเรื่องอาหารเป็นเพราะเราหิว เรายังมีความอยาก ยับยั้งชั่งใจตัวเองไม่ได้ เพราะของพวกนี้มันอยู่ที่ใจเรา บางทีขอกินสักนิดก็รู้สึกดี”

“แม้อยังกินข้าวเหนียวนะ กินทุกวันทุกมื้อเลย แต่ไปลดพวกขนุน ทูเรียน อาหารทอด เช่น ปาท่องโก๋แทน”

“ลุงกินของหวานตลอดนะไม่มันไม่มีแรง เพราะลุงชอบปั่นจักรยาน ปั่นทุกวันเลย มันเลยต้องกินของหวานบ้าง”

“ยายกินข้าวเหนียวเป็นบางครั้ง เวลาที่เราอยากกินมากๆ ก็ขอกินสักนิด คิดว่าคงไม่เป็นไรหรอก”

“ลุงหยุดกินอาหารเป็นอย่างไร ไป แต่ข้าวเหนียวก็ยังกินอยู่บ้างนะ”

“หมอให้ป้ากินข้าวสวยตลอด แต่มันเบื่อ อยากกินข้าวเหนียวมากกว่า ก็กินข้าวเหนียวบ้าง”

จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องทั้งหมด จึงได้ให้คำแนะนำว่า การรับประทานอาหารข้าวเหนียวไม่ผิดแต่ไม่ควรกินในปริมาณที่มากเกินไป หรืออาจจะเพิ่มจำพวกข้าวกล้อง หรือข้าวไรซ์เบอร์รี่เข้าไปในข้าวเหนียวที่รับประทาน แต่หากเป็นไปได้ควรรับประทานข้าวสวยจะดีที่สุด รวมถึงการรับประทานผลไม้ที่มีผลหวาน ควรจะหลีกเลี่ยงหรือทานผลไม้ชนิดอื่นที่มีปริมาณน้ำตาลในผล ไม่น้อยกว่า เช่น หลีกเลี่ยงการรับประทานลำไย ทูเรียน แต่ทานฝรั่งแทน เป็นต้น

1.1.3 ด้านการรับประทานยา

ผู้สูงอายุคิดว่าการรับประทานยาเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แต่มีความรู้สึกเบื่อกับที่ต้องรับประทานยาไปตลอด

“ลุงนะพอกินยาไปสักพักน้ำตาลก็ลดลงเรื่อย ๆ นะ ลุงว่ากินยาดินะน้ำตาลมันไม่ค่อยขึ้นดิ”

“ของยายกินยาทุกวันนะ ไม่เคยลืมนะ ยายคิดว่าเรากินยาตรงเวลาตลอด การออกกำลังกายก็ยังไม่จำเป็นเท่าไร แค่ทำงานบ้านเล็กน้อย ๆ ก็คงพอ”

“ป้ารู้สึกท้อนะ เพราะเป็นโรคที่ต้องเป็นไปตลอด ต้องกินยาตลอด”

จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการรับประทานยา จะเห็นว่าผู้สูงอายุยึดมั่นว่าการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในการช่วยให้อัตราน้ำตาลในเลือดลดลง จึงได้ให้คำแนะนำว่าการรับประทานยาเป็นเพียงตัวช่วยหนึ่งที่จะช่วยรักษาให้อัตราน้ำตาลคงที่ หรือเป็นเพียงการประคับประคองโรคเท่านั้น แต่สิ่งอื่นที่จะช่วยให้อัตราน้ำตาลในเลือดลดลงได้นั้น คือ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร ควบคู่ไปกับการรับประทานยา

1.1.4 ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ผู้สูงอายุคิดว่าภาวะแทรกซ้อนมักไม่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรง จึงไม่เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง หากแพทย์ไม่นัดให้มารับการตรวจ ผู้สูงอายุจะไม่เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง

“บางครั้งลุงก็รู้สึกหิวๆนะ เหมือนน้ำตาลลงต่ำ เลยพกลูกอมไว้ตลอด ถ้ารู้สึกหิว ๆ ก็จะเอาลูกอมมามอมก็รู้สึกสดชื่นขึ้นนะ”

“เรื่องของเท้าก็ใส่รองเท้าตามปกตินะ หมอนัดให้มาตรวจก็มาตรวจ ทั้งตา ทั้งเท้า เหมือนวันนี้ที่หมอนัดมาตรวจเท้า ตรวจตา ตรวจฟัน”

การที่ผู้สูงอายุบางท่านพกลูกอมติดตัวเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ นั้นเป็นสิ่งที่ดี แต่การสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองนั้นก็สิ่งที่สำคัญเช่นเดียวกันที่ผู้สูงอายุควรพึงระวัง และสังเกตในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้สูงอายุควรระมัดระวังการเกิดแผลที่เท้า และสวมรองเท้าที่พอดีกับเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า การตรวจการมองเห็นเป็นประจำและการตรวจการทำงานของระบบไต เป็นต้น

1.1.5 ด้านการจัดการความเครียด

ผู้สูงอายุคิดว่าความเป็นโรคเบาหวานเป็นเรื่องปกติที่คนทั่วไปเป็นโรคนี้นี้จำนวนมาก เป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง

“ลุงไม่เครียดอะไรนะ ไม่ตกใจที่เป็นด้วย เพราะคนรอบข้างก็เป็นกันเยอะ”

“ป้ารู้สึกเฉยๆนะ เดียวนี้เป็นกันเยอะ”

การที่ผู้สูงอายุไม่มีภาวะเครียดต่อการเกิดโรคนั้นเป็นสิ่งที่ดี แต่ผู้สูงอายุควรมีความตระหนักต่อโรคที่เป็น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น โรคเบาหวานไม่ออกอาการชัดเจนแต่เป็นภัยเงียบเกิดขึ้นได้เสมอหากไม่ดูแลตนเอง

จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความเข้าใจผิดในการดูแลตนเองสามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานยังมีปัญหาในด้านการออกกำลังกายมากที่สุด โดยเกิดจากความไม่รู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง รองลงมาคือ ด้านการรับประทานอาหารและด้านการรับประทานยา ผู้สูงอายุทราบถึงหลักการปฏิบัติที่ถูกต้องแต่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ จึงต้องมีการเน้นย้ำและให้ความรู้เพื่อให้เกิดความตระหนัก ส่วนด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและด้านการจัดการกับความเครียดผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ แต่ขาดความตระหนักในการเอาใจใส่ หากไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการผู้สูงอายุอาจจะละเลยการดูแลตนเองในด้านดังกล่าวได้

1.2 การมีภาระในด้านเศรษฐกิจ

ภาระในด้านเศรษฐกิจเป็นภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้สูงอายุต่อครอบครัว และสังคม ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ทางด้านการจัดการด้านรายได้ ค่าใช้จ่ายของตนเองหรือของครอบครัว ผู้สูงอายุที่ต้องประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลา หรือไม่สามรถแบ่งเวลามาดูแลตนเอง หรือเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ เพราะจะทำให้ตนเองขาดงาน และขาดรายได้ตามมา ผู้สูงอายุจึงเลือกที่จะไปประกอบอาชีพมากกว่าการหันมาดูแลตนเอง

“ป่าต้องไปทำงาน บางครั้งกลับมาบ้านก็ค่ำมืด กินข้าวก็ต้องนอนแล้ว ไม่มีเวลาจะมามากำล้างกาย ดูแลตัวเองหรอก”

“ส่วนมากก็เพราะงาน ไม่ค่อยมีเวลาว่าง มันเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง”

“ส่วนมากก็ทำงานแหละครับ เราต้องหาเงินอยู่ พอมีกำลังต้องไปทำอะไรทำสวนบ้าง แค่นี้ก็เหนื่อยแล้ว”

การสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการมีภาระในด้านเศรษฐกิจ สรุปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุยังคงต้องออกไปประกอบอาชีพนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าต่อคนในครอบครัว และเป็นหน้าที่หนึ่งของคนในครอบครัว แต่ผู้สูงอายุควรจะต้องแบ่งเวลาเพื่อดูแลตนเอง เช่น การออกกำล้างกาย การไปตรวจตามนัด การตรวจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น

1.3 ภาระหน้าที่ในครอบครัว

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของบทบาทในครอบครัวจากผู้นำต้องเป็นผู้พึ่งพาบุคคลในครอบครัว ประกอบกับผู้สูงอายุบางท่านไม่ต้องทำงานนอกบ้านแล้ว ภาระงานต่าง ๆ ภายในบ้าน งานบ้าน การเลี้ยงดูบุตรหลาน จึงตกเป็นภาระของผู้สูงอายุแทน ผู้สูงอายุจึงรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่

“ป่าไม่ค่อยมีเวลา ทำงานบ้านเยอะแล้ว เลยไม่ค่อยได้ไปออกกำล้างกายอย่างที่หมอแนะนำ”

“ยายต้องเลี้ยงหลาน ลูกมันเอามาฝากไว้ เราจะออกบ้านไปไหนก็ลำบาก”

“ลูกมันออกไปทำงาน ที่นี้งานบ้านก็ต้องเป็นเรานี้แหละที่ต้องทำ ซักผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน ดินะที่หลานไปโรงเรียนช่วงกลางวัน เย็นมาก็ต้องไปรับหลานดูมันจนกว่าพ่อแม่มันมาเอาเวลาที่ไหนละลูก”

จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับภาระหน้าที่ในครอบครัว จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุบางท่านอาจจะไม่ต้องทำงานนอกบ้าน แต่มีภาระหน้าที่ภายในบ้านไม่ว่าจะเป็นการเลี้ยงดูบุตรหลาน การทำงานบ้าน ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหยุดกระทำได้ ฉะนั้นผู้สูงอายุควรจะต้องแบ่งเวลาหันมาดูแล

ตนเอง เช่น เมื่อลูกกลับมาจากการทำงาน ควรให้ลูกเลี้ยงดูหลานแทน เพื่อผู้สูงอายุจะได้ออกไป ออกกำลังกายหรือเข้าร่วมกิจกรรมกับทางหมู่บ้าน หรือเพื่อนบ้าน หรือชวนบุตรหลานออกกำลังกายร่วมกัน เป็นต้น

จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นปัญหาที่ไม่รุนแรงที่จะเกิดขึ้นทันทีทันใด แต่เป็นปัญหาเรื้อรังที่จะส่งผลให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุนั้นถูกละเลยไปจากตัวของผู้สูงอายุเอง ซึ่งการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดจะต้องเริ่มจากตัวของผู้สูงอายุเองและการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการแก้ไขปัญหาผู้วิจัยและกลุ่มได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานควรเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง โดยเริ่มจากการพยายามดูแลตนเองการยับยั้งชั่งใจของตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การจัดการเวลาให้เหมาะสมในการดูแลตนเอง

2. ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากปัญหาในข้อที่ 1 ผู้สูงอายุได้แสดงความต้องการการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งผลของการได้รับการสนับสนุนสามารถตอบสนองความต้องการและส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขโดยหน่วยงานที่ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนเป็นสถานบริการด้านสุขภาพใกล้บ้านเป็นผู้ให้แรงสนับสนุน โดยเน้นการออกกำลังกายและการให้ความรู้ในด้านต่าง ๆ ทุกครั้งที่มีการนัดเพื่อมาพบแพทย์ ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสถานบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้บ้านที่สุด ผู้สูงอายุจึงอยากให้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การให้ความรู้ การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิตตัวอย่างอาหาร การออกกำลังกาย และมีข้อเสนอแนะจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ดังนี้

“ความจริงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวลาที่มาตรวจ หมอก็จะให้คำแนะนำ แต่อยากให้มิวิทยากรมาให้คำแนะนำในวันที่นัดเจาะเลือด เพราะในวันนั้นทุกคนจะมาพร้อมเพรียงกัน”

“อยากให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดกิจกรรมสอนทุกอย่างเหมือนกับที่โรงพยาบาลคอยสะเก็ด”

“อยากให้มีการนั่งล้อมวงคุยกันแบบนี้ ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกันสนุกดี”

“อยากให้มีการจัดห้องอบรมเหมือนที่เรามาคุยกันวันนี้”

“อยากให้มีตัวอย่างอาหารมาให้ดู จะได้รู้ว่าอะไรควรกินแค่ไหน”

“ลุงอยากให้เอาเครื่องดื่ม เช่น เอ็มร้อยห้าสิบ สปอนเซอร์ คนอร์ รสดี พวกนี้มาแนะนำด้วยจะได้รู้ว่าควรใส่แค่ไหนหรือกินปริมาณเท่าใด

“อยากให้อนามัยมาช่วยจัดกิจกรรม เพราะอนามัยเป็นสถานที่ที่ใกล้บ้านเราที่สุด”

“ป้าอยากให้อนามัยจัดให้มีการออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง เพราะถ้าทำทุกวันก็ไม่มีเวลา คนก็จะมาน้อย”

“อยากให้มีการให้ความรู้ อย่างที่ลุงบอกบางทีให้ความรู้ไปก็ลืม ควรจะมีการทบทวนอยู่เรื่อยๆ เพื่อจะได้เน้นที่นำไปทำจริงๆ ผู้สูงอายุเป็นคนขี้หลงขี้ลืม”

“ระหว่างรอพบหมอในวันมาตรวจ อาจจะมีการให้ความรู้ มีตัวอย่างอาหารมาแนะนำ”

2.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พื้นที่ที่ทำการศึกษาอยู่ในเขตการปกครองของเทศบาลตำบล ซึ่งมีหน้าที่ตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496 ในการส่งเสริมการพัฒนาผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย การมีสถานที่ออกกำลังกาย สนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ จาก การสนทนากลุ่ม ผู้สูงอายุมีความต้องการให้เทศบาลตำบลช่วยเหลือด้านสถานที่ และ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และมีข้อเสนอแนะจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ดังนี้

“อยากให้เทศบาลเข้ามาช่วยเหลือให้มีการสร้างลานกีฬาหมู่บ้าน มีอุปกรณ์ในการเล่น”

“อยากให้เทศบาลออกไปให้ความรู้ในวันแจกเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เพราะคนจะเขอะ อาจจะไปสัก 10 นาที ผู้สูงอายุจะได้นำไปใช้ที่บ้าน”

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีความต้องการ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเทศบาลตำบล ทั้งทางด้านการให้ความรู้ การอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ อุปกรณ์ และการจัดทำกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ในการดูแลตนเองที่บ้าน

แนวทางการพัฒนาผู้วิจัยจะนำผลการศึกษาที่ได้ไปเผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งมีแนวทางร่วมกันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยจัดทำในรูปแบบนโยบายสาธารณะตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตำบลลงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 154 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ทำการหาคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาแก้ไขปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันแต่อยู่คนละตำบลในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ 0.84 และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการดูแลตนเอง 0.76 เก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังจากนั้นเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 48 คน โดยการสนทนากลุ่ม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 60 -69 ปีมากที่สุด รองลงมา มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 70 -79 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาจบ

การศึกษาาระดับประถมศึกษามากที่สุด ประมาณหนึ่งในสามของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดไม่ได้ทำงาน ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้สูงอายุประมาณ 1-5 ปี ในด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีญาติที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน โดยส่วนใหญ่เคย ได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่ต้องการผู้ดูแล แต่หากต้องมีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน คู่สมรสจะเป็นผู้ดูแล

ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ ระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์สูงจำนวนเกินกว่าครึ่ง ที่เหลือมีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา การตรวจตามนัดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผลการวิจัย พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในภาพรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาราย ด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการตรวจตามนัด โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและระยะเวลาที่ป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ทั้งด้านอายุ ความรู้และระยะเวลาที่ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สามารถแบ่งออกเป็น 2 หัวข้อ ได้แก่ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง และความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 5.1 ปัญหาในการดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของ
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

หัวข้อ	ข้อมูล
<p>1. ปัญหาและอุปสรรค</p> <p>1.1 ความเข้าใจผิด</p>	<p>1. ด้านการออกกำลังกาย</p> <p> การทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นการออกกำลังกาย เพราะมีเหงื่อออก</p> <p>2. ด้านการรับประทานอาหาร</p> <p> 2.1 ชอบรับประทานอาหารข้าวเหนียว เพราะทำให้อิ่มและอยู่ท้อง</p> <p> 2.2 ชอบรับประทานอาหารผลไม้หวาน เพราะเป็นผลไม้ในท้องถิ่น มีในบ้านไม่ต้องหาซื้อในราคาแพง</p> <p>3. ด้านการรับประทานยา</p> <p> คิดว่าการรับประทานยาเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จึงไม่ต้องควบคุมอาหาร แต่มีความรู้สึกเมื่อที่ต้องรับประทานยาไปตลอด</p> <p>4. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <p> ผู้สูงอายุคิดว่าภาวะแทรกซ้อนมักไม่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรง จึงไม่เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง หากแพทย์ไม่นัดให้มารับการตรวจ ผู้สูงอายุจะไม่เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง</p> <p>5. ด้านการจัดการความเครียด</p> <p> ผู้สูงอายุคิดว่าการเป็นโรคเบาหวานเป็นเรื่องปกติที่คนทั่วไปเป็นโรคนี้นับว่าจำนวนมาก เป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง</p>

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

หัวข้อ	ข้อมูล
1.2 การมีภาระในด้านเศรษฐกิจ	1. ผู้สูงอายุเลือกที่จะไปประกอบอาชีพมากกว่าการดูแลตนเอง
1.3 ภาระหน้าที่ในครอบครัว	2. ผู้สูงอายุยังต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีภาระที่ต้องรับผิดชอบทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ เช่น การเลี้ยงดูบุตรหลาน การทำงานต่าง ๆ ภายในบ้าน
2. ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	ผู้สูงอายุต้องการให้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การให้ความรู้ การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิต ตัวอย่างอาหาร การออกกำลังกาย
2.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ผู้สูงอายุมีความต้องการให้เทศบาลตำบลช่วยเหลือด้านสถานที่ และการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

อภิปรายผล

1. การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการใช้แบบสอบถาม เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จากผลการศึกษา ผู้วิจัยนำเสนอประเด็นที่น่าสนใจมาอภิปรายผลได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

เมื่อพิจารณาด้านความรู้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคนี้ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์สูง ร้อยละ 64.90 และมีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 34.40 สอดคล้องกับการศึกษาของดวงดาว ปิงสุแสน (2555) ที่ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้ในการดูแลตนเอง พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุตอบถูกเกิน

ร้อยละ 90 มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลเท้าเป็นพิเศษโดยการใส่รองเท้าที่นุ่ม พอดีเท้า เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าดี, ผลไม้ที่ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยง คือ ผลไม้ที่มีรสหวานมาก เช่น ขนุน ลำไย ทูเรียน เป็นต้น, การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ทำให้ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้, โรคเบาหวานเป็นโรคที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 120 มก./ดล. ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม Orem (1991) ที่กล่าวว่า ผลการดูแลตนเองมาจากปัจจัยด้านความรู้ในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่เกิดจากการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ความพิการ หรือการได้รับการวินิจฉัยและรักษา ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะสุขภาพ การแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม บุคคลจะให้ความสนใจรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับตนเอง รวมทั้งการปรับทัศนคติและเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพและสภาวะที่เป็นอยู่เพื่อความเป็นปกติสุข นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังได้รับการให้ความรู้โดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกครั้งที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่จะคอยย้ำเตือนความรู้และการปฏิบัติตัวแม้จะเป็นเพียงระยะเวลาที่สั้น แต่ผู้สูงอายุมีความจดจำสามารถตอบคำถามในแบบสอบถามได้อย่างถูกต้อง การให้ความรู้บ่อย ๆ ซ้ำ ๆ จะทำให้เกิดการเรียนรู้และจดจำ ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติ (จรรยา วัฒนน้อย, 2550)

ในการศึกษานี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตอบคำถามได้ถูกต้องน้อยที่สุดน้อยกว่าร้อยละ 50 คือ การหาคะแนนน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จากแนวคิดของโอเร็ม Orem (1991) กล่าวว่า การบริการสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยสนับสนุนและให้ความรู้กับบุคคล เพื่อเป็นแหล่งในการสืบหาข้อมูล พิจารณาไตร่ตรอง และตัดสินใจการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการบริการที่มีการให้ความรู้ มีการชี้แนะให้เข้าใจถึงเป้าหมายของการดูแลตนเอง และมีการจัดกิจกรรมที่เป็นรูปแบบหรือได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานได้ จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกจิริย์พันธ์เขียน (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการรับประทานอาหารแต่ไม่มีความรู้ในเรื่องอาการของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 72.10 มีการดูแลตนเองดีและร้อยละ 27.90 มีการดูแลตนเองปานกลาง เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า

ด้านการรับประทานอาหาร จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองดี ($\bar{x} = 2.34$, S.D. = 0.31) มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อปรากฏผลดังนี้ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน รับประทานอาหารข้าวเหนียว ขนมปัง เผือก เป็นประจำ รองลงมาคือ การรับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ละคร มุข ถั่วเขียว โดยไม่จำกัด อาหารที่ผู้สูงอายุนับว่าเป็นประจำทุกมื้อจะเป็นพวกอาหารพื้นเมืองซึ่งต้องรับประทานร่วมกับข้าวเหนียว ผู้สูงอายุระบุว่าข้าวเหนียวเป็นปัญหาสำคัญที่ไม่สามารถควบคุมได้ เมื่อนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีความต้องการรับประทานข้าวเหนียว เพราะข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักที่ทำให้รู้สึกอิ่ม รู้สึกมีแรงในการทำงาน ซึ่งเป็นวิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะทราบว่าควรรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคก็ตามแต่อย่างไร แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ควรรับประทานได้ นอกจากวิถีชีวิตแล้ว วัฒนธรรมในชุมชนก็มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุนับว่าควรหลีกเลี่ยง นอกจากข้าวเหนียวแล้ว ผลไม้ที่มีรสหวานก็เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุนับว่ารับประทานเพราะตำบลงเหนือ มีผลไม้ให้เลือกรับประทานจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นจากสวน ตลาดหรือร้านขายของชำในหมู่บ้าน ผลไม้รสหวานจึงกลายเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค สมาชิกในครอบครัวรู้ว่าผู้สูงอายุชอบจึงมักซื้อมาให้รับประทาน สอดคล้องกับการศึกษาของสันสนีย์ รุ่งรัตน์รัชชัย (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในตำบลบางนางลี่ อำเภอมัทพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุและผู้ดูแลมีความเชื่อไม่แตกต่างกัน คือ เชื่อว่าสาเหตุของเบาหวานเกิดจากพันธุกรรมและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แต่ยังมีประเด็นที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุโดยส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพได้แต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ และจากการศึกษาของเพริชวพันธุ์ อุตสายและคณะ (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ดีไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า การออกกำลังกายของผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ปานกลาง ($\bar{x} = 2.33$, S.D. = 0.31) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ควรปรับปรุงในข้อขณะออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมักอยู่คนเดียว

ไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วย รองลงมา คือ ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกายอย่างน้อย 10 นาที และท่านออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน และจากการสนทนากลุ่ม ผู้สูงอายุให้เหตุผลในการไม่ออกกำลังกายว่า ไม่มีเวลาออกกำลังกายเนื่องจากต้องทำงาน เลี้ยงดู บุตรหลาน และเชื่อว่าการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของรีนิจิต เพชรจิต (2558) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล เกียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่สำคัญ คือ เรื่องการออกกำลังกาย เช่น สภาพร่างกายไม่พร้อม ไม่มีเวลาและไม่ใส่ใจออกกำลังกาย ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำเรื่อง ออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ทุกครั้งที่มารับบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และมีความตระหนักนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

ด้านการรับประทานยา ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในภาพรวมมีการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยาได้ดี ($\bar{x} = 2.56, S.D. = 0.32$) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ผู้สูงอายुरับประทาน ยาตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่เคยซื้อยามารับประทานเอง ไม่เคยเพิ่มหรือลดยาด้วยตนเอง และไม่หยุดยาเองเมื่อพบว่าระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา ส่างหญ้านาง (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าพฤติกรรมด้านการใช้ยาและการติดตามการรักษาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60 รองลงมาอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.52 และการศึกษาของ เกจิริย์ พันธุ์เขียน (2549) พบว่า ด้านการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.6 ระบุว่าได้รับคำแนะนำเรื่องยาเบาหวานเป็นประจำ รับประทาน ยาเบาหวานตรงตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่งเป็นประจำ ไม่เคยปรับขนาดยาเบาหวานหรือลด หรือเพิ่มยาหรือหยุดยาด้วยตนเอง และการศึกษาของ Saurabh Rambihari Lal Shrivastava, *et al.* (2013) ได้ศึกษาบทบาทของการดูแลตนเองในการจัดการโรคเบาหวาน พบว่า ความต้องการของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่เพียงแต่จะต้องควบคุมปริมาณน้ำตาลเพียงเท่านั้น แต่ยังต้องตอบสนองต่อ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่จะตามมาอีกด้วย เช่น การจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ และการทำให้ร่างกายกลับสู่สภาพปกติ ซึ่งมี 7 พฤติกรรมที่เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเฝ้าระวัง ระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง มีทักษะในการแก้ไขปัญหา การเผชิญกับปัญหา สุขภาพและพฤติกรรมการลดความเสี่ยง โดยพฤติกรรมทั้งหมดนี้พบว่ามีผลเชิงบวกต่อการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรเน้นย้ำการรับประทานยาของผู้สูงอายุและ ปรับวิธีรับประทานยาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและงานที่ทำ

อย่างไรก็ตามในด้านการรับประทานยายังมีสิ่งที่ควรปรับปรุงคือ ผู้สูงอายุมักลืมรับประทานยาเบาหวาน ($\bar{x} = 2.14$, S.D. = 0.64) สอดคล้องกับการวิจัยของ วิมลรัตน์ จงเจริญและคณะ (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจเพื่อรับการรักษาศึกษาคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าจากการสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์ผู้ป่วยรับรู้โรคเบาหวานว่าเป็นโรคเกิดจากกรรมพันธุ์ เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ งดอาหารหวานไม่ได้ ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทาน ซื่อรับประทานและหยุดยาเองและมีภาวะเครียดสูงเนื่องจากบังคับตนเองไม่ได้ การจัดการเวลาได้ไม่เหมาะสม มีความขัดแย้งในครอบครัว บทบาทครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ควรมีการปรับปรุงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จะช่วยตรวจสอบการรับประทานยาของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของชนพร วรรณกุลและอารยา ทิพย์วงศ์ (2556) ที่ศึกษารูปแบบการเรียนรู้ตามหลักอริยสัจ 4 ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นในผู้ป่วยเรื้อรัง คือ การแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ และการติดตามตรวจสอบแผนการรักษา

ด้านการจัดการกับความเครียด ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองดีในการจัดการกับความเครียด ($\bar{x} = 2.43$, S.D. = 0.34) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้สูงอายุมีวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำงานอดิเรก ปฏิบัติศาสนกิจ ออกกำลังกาย และเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน ผู้สูงอายุสามารถนอนหลับได้อย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง แต่เมื่อพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้สูงอายุมักจะเครียด จึงต้องปรึกษาแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรเมณี สุวรรณมาลี (2554) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความผาสุก และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับความผาสุกของผู้สูงอายุโรคเบาหวานสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า ชาวลาวนับถือศาสนาพุทธและมองว่าโรคเบาหวานเป็นธรรมชาติของชีวิต ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัวและได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว จึงทำให้มีวิธีจัดการกับความเครียดของตนเองได้ดีและไม่มีความเครียดสูงแม้จะมีโรคอยู่และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงดาว ปิงสุแสน (2555) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลทุ่งกล้วย อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต อาจเกิดความเครียดได้ ถ้าหากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาภายหลังและจากการสนทนากลุ่ม ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมี

ความคิดเห็นว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องเป็นตลอดชีวิต ต้องกินยาไปตลอด จึงเกิดความเบื่อหน่าย และหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มักเกิดภาวะแทรกซ้อนแต่เพียงระยะเวลาสั้น ๆ เท่านั้น

ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระดับดี ($\bar{x} = 2.37$, S.D. = 0.31) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ผู้สูงอายุทราบว่ามีอาการผิดปกติ เช่น อาการตาพร่ามัว หรือมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า จะต้องมาพบแพทย์ทันที เมื่อเดินทางไปต่างจังหวัดผู้สูงอายุจะนำสมุดประจำตัวไปด้วย ผู้สูงอายุมีการรักษาเท้าให้สะอาด ไม่อับชื้นและเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและเมื่อมีอาการบวม ชัด ผิวแห้ง เหนื่อยง่าย จะรีบมาพบแพทย์ แต่ยังคงขาดความรู้เรื่อง การตรวจตา เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจตาเมื่อมีปัญหาเท่านั้น แต่เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีการตรวจตาเป็นประจำ ผู้สูงอายุจึงได้รับการตรวจอย่างสม่ำเสมอซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณรา ชื่นวัฒนา และนิชานาฏ สอนภักดี (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 56.86 การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความห่วงใยในตนเอง ตระหนักและเอาใจใส่ตนเองมากขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรัตน์ ปิยะภัทรกุล (2554) ศึกษาการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพของร่างกาย และเท้า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.5

ด้านการตรวจตามน็ด ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองดี ($\bar{x} = 2.37$, S.D. = 0.31) โดยมาตรวจตามน็ดทุกครั้ง และมารับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกครั้ง และผู้สูงอายุคิดว่าการมาตรวจตามน็ดไม่ทำให้เสียเวลาในการทำงาน จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการมาตรวจตามน็ด เพื่อทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้สูงอายุจะปรึกษาแพทย์เมื่อผลระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ วรรณ จันทวิเมือง และบุษยา สังขชาติ (2557) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้: กรณีศึกษาตำบลชะแล อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบว่า การได้รับประโยชน์ หรือให้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิดเมื่อมาตรวจตามน็ดหรือทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข ทุกรายได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขเมื่อไปตรวจตามน็ด

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ความรู้ ระยะเวลาที่ป่วยกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เมื่อวิเคราะห์แต่ละปัจจัย พบว่า

1. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 นั่นคือ อายุมากหรือน้อยไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวัน หมั่นทอง และคณะ (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในตำบลหนองหลวง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่า อายุไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 นั่นคือ ความรู้มากหรือน้อยไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วณิดา ส่างหล้านาง (2557) โดยพบว่า ปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ การศึกษาและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ และจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการดูแลตนเองพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองได้ เช่น การออกกำลังกายผู้สูงอายุทราบว่าต้องออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20 นาที แต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ เนื่องจากมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบไม่มีเวลาว่างที่จะดูแลตนเอง มีความเชื่อในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติที่เชื่อว่าการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอ และสอดคล้องกับการผลการวิจัยของ เกจิริย์ พันธุ์เขียน (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยเรื่องความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 แสดงว่า ระยะเวลาป่วยมากหรือระยะเวลาที่ป่วยน้อยไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และจากการสังเกตการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาป่วยที่นานมีความรู้สึกต่อโรคที่ไม่แตกต่างกันกับผู้สูงอายุที่ป่วยระยะเวลานั้น คือ รู้สึกว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่ใคร ๆ ก็เป็นกัน ไม่น่ากลัว ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ อูมากร ใจยังยืนและคณะ (2559) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

จากผลการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตำบลวงเหนืออำเภอคอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ในเชิงปริมาณสรุปได้ว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้ง 6 ด้าน มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.45$, S.D. = 0.15) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายข้อจะพบว่ามีข้อคำถามที่ผู้สูงอายุได้คะแนนน้อย ซึ่งแสดงถึงปัญหาที่แฝงอยู่ในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารในข้อคำถามที่ถามว่า ท่านรับประทานข้าวเหนียว ขนมปัง เผือกเป็นประจำโดยไม่จำกัดจำนวน ($\bar{x} = 1.86$, S.D. = 0.61) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 2.33$, S.D. = 0.65) ด้านการรับประทานยาซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมักลืมรับประทานยาโรคเบาหวาน ($\bar{x} = 2.14$, S.D. = 0.64) และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่พบว่า ผู้สูงอายุไปตรวจตากับแพทย์ เฉพาะเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับตาเท่านั้น ($\bar{x} = 1.53$, S.D. = 0.78) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานพบว่า อายุ ความรู้และระยะเวลาที่ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เมื่ออายุ ความรู้และระยะเวลาที่ป่วยไม่มีผลกับการดูแลตนเอง ดังนั้นในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในแต่ละด้านอาจจะมีปัญหาที่แฝงอยู่ในแต่ละด้าน จึงนำไปสู่การสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD) เพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 48 คน อภิปรายผลได้ดังนี้

ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

พบว่า ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเกิดจากความเข้าใจผิดด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุเข้าใจว่าการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหารที่เข้าใจว่า การรับประทานข้าวเหนียวและผลไม้ที่มีรสหวานเพราะเป็นสิ่งที่หาได้ง่าย มีในบ้าน ไม่ต้องหาซื้อ อาหารราคาแพง ด้านการรับประทานยาที่เข้าใจว่า การรับประทานยาเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้ระดับน้ำตาลลดลง ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุมีความเข้าใจว่าภาวะแทรกซ้อนมักไม่เกิดกับตนเองโดยตรง และด้านการจัดการความเครียด ผู้สูงอายุเข้าใจว่าโรคเบาหวานเป็นเรื่องปกติที่คนทั่วไปเป็นกัน เป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของวิลรัตน์ จงเจริญและคณะ (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจเพื่อรับการรักษาศึกษาคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าจากการสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์ผู้ป่วยรับรู้โรคเบาหวานว่าเป็นโรคเกิดจากกรรมพันธุ์ เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการควบคุมอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ งดอาหารหวานไม่ได้ ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทาน ซ้ำรับประทานและหยุดยาเอง และมีภาวะเครียดสูงเนื่องจากบังคับตนเองไม่ได้ การจัดการเวลาได้ไม่เหมาะสม มีความขัดแย้งในครอบครัว บทบาทครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ปัญหาที่เกิดจากความเข้าใจผิด ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานยังมีปัญหาในด้านเศรษฐกิจคือการมีภาระในการหาเลี้ยงครอบครัว ผู้สูงอายุเลือกที่จะไปประกอบอาชีพมากกว่าการดูแลตนเอง อีกทั้งมีภาระหน้าที่ในการครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีภาระที่ต้องรับผิดชอบ เช่นการเลี้ยงดูบุตรหลาน การทำงานต่าง ๆ ภายในบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Saurabh RamBihariLal Shrivastava, *et al.* 2013) ได้ศึกษาบทบาทการดูแลตนเองในการจัดการโรคเบาหวาน ที่พบว่า ปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ และการสนับสนุนทางสังคม ถือได้ว่าเป็นตัวช่วยเหลือที่ดีต่อกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน บทบาทของแพทย์ในการสนับสนุนการดูแลตนเองก็จะต้องให้ความสำคัญและจะต้องเน้นย้ำเช่นเดียวกัน

ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการสนับสนุนความรู้ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยต้องการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในส่วนของเทศบาลตำบล ผู้สูงอายุมีความต้องการให้สนับสนุนเกี่ยวกับสถานที่ในการออกกำลังกายและการให้ความรู้ในวันแจกเบ็ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะการศึกษาของ นัศรี สุขเกษม (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างให้ดีขึ้น ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจะต้องเพิ่มช่องทางในการให้ความรู้กับกลุ่มผู้ป่วย การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัว การหาแบบอย่างผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตลอดจนการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่ายขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา บริสุทธิ์ (2553) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์การแพทย์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอนาทม จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับคำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร กำลังใจ และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันและบุคลากรด้านสาธารณสุขจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีความเข้าใจผิดในเรื่องการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร อีกทั้งยังมีภาระหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัวและภาระหน้าที่ในครอบครัวที่จะต้องดูแลบุตรหลาน จึงมีความต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยสนับสนุนในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่จะช่วยสนับสนุนในด้านการให้ความรู้เชิงปฏิบัติการในด้านรับประทานอาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการแลกเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเมื่ออยู่ที่บ้านทั้ง 6 ด้าน และเทศบาลที่จะช่วยสนับสนุนในด้านสถานที่ในการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ (Orem 1991) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เกิดโรค หรือได้รับการรักษาซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ปรับบทบาทตนเองในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น มีการรับรู้ สนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายของการรักษาหรือจากโรค

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. หน่วยงานภาครัฐ สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย และวางแผนโครงการต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การสนับสนุนกิจกรรมการ

เคลื่อนไหวร่างกาย รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยในที่สาธารณะ เป็นต้น

2. หน่วยงานของรัฐควรให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และญาติ พร้อมทั้งผลิตสื่อการสอน ได้แก่ วิดีโอการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานและการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

3. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรนำให้คำแนะนำและนำสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

4. บุคลากรทางการแพทย์ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานด้านอื่น ๆ เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

2. ควรศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในขณะที่อยู่ที่บ้าน เพื่อทราบถึงปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

3. ควรศึกษาความตระหนักของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหากละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง

บรรณานุกรม

- กาญจนา บริสุทธิ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์แพทย์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภotáมะกา จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์).
- กฤษณา คำลอยฟ้า. (2554). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.
- กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ. (2548). คู่มือการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. กรุงเทพฯ: กรมแพทยทหารเรือ
- กุลฤดี จิตตยานันท์และคณะ. (2556). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 110 - 120
- เกจรีย์ พันธุ์เจียน. (2549). พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. ศึกษารณศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรรยา ชัญฉิม. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลเวียงยอง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. ศึกษารณศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงดาว ปิงสุแสน. (2555). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลทุ่งกล้วย อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. (ศึกษารณศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา)
- ทัศนีย์ เทอดจิตไพศาลและคณะ. (2556). พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารบทคัดย่อกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 6, 260- 271.
- เทพ หิมะทองคำและคณะ. (2557). ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา.
- ชนพร วรรณกุลและอารยา ทิพย์วงศ์. (2556). รูปแบบการเรียนรู้ตามหลักอริสตัด์ 4 ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สืบค้นจาก www.ssru.ac.th.

- นัศรี สุขเกษม. (2554). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5. นครราชสีมา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5.
- นันทวัน หมั่นทอง และคณะ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในตำบลหนองหลวง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. สืบค้นจาก <http://cph.snru.ac.th>.
- นุชรี ออบสุวรรณ และนิตยา พันธุ์เวช. (2558). ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2557 ปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ : สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
- ประภัสสร กิมสุวรรณวงศ์. (2556). การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุตามแนวคิดทางพระพุทธศาสนา สืบค้นจาก <http://www.oknation.net/blog/SocialDevelopmentByBuddhism/2013/12/15/entry-1>.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- เพชรมณี สุวรรณมณี. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในแขวงสะหวันนะเขต ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- เพ็รียาพันธุ์ อูสาย. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- ภิกษุ เสริมสัย. (2554). การเปรียบเทียบความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีกระบะบา ตำบลทุ่งเบญจา อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา).
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2546). ทฤษฎีและโมเดล การประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตน์จิต เพชรชิต. (2558) พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2(2), 15-28.

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว. (2558). รายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2558. เชียงใหม่: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว.
- วนิดา ลำภู่านาง. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- วาโร เฟ็งสวัสดิ์. (2551). วิธีวิทยาการวิจัย. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- วราวุธ วงศ์บา. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดอำนาจเจริญ. (ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- วรวรรณ จันทรวีเมืองและบุษยา สังขชาติ. (2557). การดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กรณีศึกษา : ภายใต้อุปการของสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 1(3), 15 – 35.
- วรวรรณรา ชื่นวัฒนาและนิชานาฏ สอนภักดี. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 6(3), 163 – 170.
- วิชัย เทียนถาวร. (2555). ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย : นโยบายสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- วิมลรัตน์ จงเจริญและคณะ. (2551). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(1), 71- 84.
- คันสนีย์ รุ่งรัตน์รัชชัย. (2556). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในตำบลบางนางลี่ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. สืบค้นจาก www.ird.ssru.ac.th
- โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคม (2557). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สิริรัตน์ ปิยะภัทรกุล. (2554). พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุกัญญา วชิรเพชรปราณี. (2553). บทบาทผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขในชุมชนกิ่งเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.16(1), 51–59.
- สุรพงษ์ คงสัตย์และธีรชาติ ธรรมวงศ์. (2551). การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC). สืบค้นจาก www.mcu.ac.th.

- สุริยาภรณ์ อินทรภิมย์. (2550). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข ปี 2552. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อัจฉราพรรณ แก้วสังข์. (2556). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำเมย ตำบลหัวนาคำ อำเภอศรีชาติ จังหวัดอุดรธานี. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุมการ ใจยังยืนและคณะ. (2559). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 35(6), 214 – 222.
- อนามัย,กรม (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ:กรมอนามัย.
- Andreas Schmitt. (2013). The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11: 138, 1-14. doi: 10.1186/1477-7525-11-138.
- Ayele, Ketema. (2012). Self care behavior among patients with diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: the health belief model perspective. *PLoS One*, 7(4), 1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0035515.
- Bever, Elizabeth A. (2014). Older adults' perceived challenges with health care providers treating their Type 2 diabetes and comorbid conditions. *Clinical Diabetes*, 32(1), 12-17.
- Hewitt, J. (2011). Self management and patient understanding of diabetes in the older person. *Diabetic Medicine*, 28(1), 117-122.
- Hjellset, V.T., Bjørge, B., Eriksen, H.R., & Høstmark, A.T. (2011). Risk factors for type 2 diabetes among female Pakistani immigrants: the InvaDiab-DEPLAN study on Pakistani immigrant women living in Oslo, Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(1), 101-110.
- Landim, Camila AP, et al. (2011). Self care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multiprofessional educational programme. *Journal of clinical nursing*, 20(23-24), 3394-3403

- McGowan, Patrick. The efficacy of diabetes patient education and self-management education in type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*,35(1), 46-53.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing Concepts of Practice (2nd ed)*. New York: Mc Grawbill.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* Norwalk: Appleton- Century Crofis.
- Saurabh RamBihariLal Shrivastava, *et al.* (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12:(14), 1-5. doi:10.1186/2251-6581-12-14
- Julienne G.Lipton, Nancy J.Steiger. (1985). *Self-care Nursing in a multicultural context*. London: Sage Publication.
- Walker, Rebekah J. (2014). Independent effects of socioeconomic and psychological social determinants of health on self-care and outcomes in type 2 diabetes. *General hospital psychiatry*. 36(6), 662-668.



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางสาวกมลพรรณ จักรแก้ว	
วัน เดือน ปีเกิด	14 กรกฎาคม 2529	
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	482 หมู่ที่ 2 ตำบลท่าวังผา อำเภوتاวังผา จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์ 55140	
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2546 – 2552	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัย พยาบาลเกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ. 2552 – 2555	พยาบาลวิชาชีพ แผนกคลอด โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานคร
	พ.ศ. 2555 – 2559	พยาบาลวิชาชีพ กองสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2559 – 2560	หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลวงเหนือ อำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2560 - ปัจจุบัน	หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลเชียงกลาง อำเภอ เชียงกลาง จังหวัดน่าน



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

1. อาจารย์ศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี
2. คุณสินี พวงเงินมาก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
ทุ่งมะหนั่ว
3. คุณธวัชชัย ชันแก้วมิ่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดวงดี

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่.....

แบบสอบถามการวิจัย

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลหลวงเหนือ

อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

.....

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยในการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ การตอบคำถามของผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลหลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ในครั้งนี้

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน
จำนวน 30 ข้อ

แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งเพศชายและเพศหญิงของตำบลหลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่เท่านั้น

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง “การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ
อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่”

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

คำชี้แจงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความ
หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับท่าน

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่น ๆ (ระบุ).....

4. สถานภาพสมรส

โสด

สมรส

แยกกันอยู่ หม้าย

หย่า

5. ระดับการศึกษา

ไม่ได้ศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

อนุปริญญา

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

อื่น ๆ (ระบุ).....

6. อาชีพ

ไม่ได้ทำงาน เกษตรกรรม

รับจ้าง ข้าราชการบำนาญ

รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย

อื่น ๆ (ระบุ).....

7. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน.....ปี

8. เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

เคย ไม่เคย

9. ผู้ดูแลท่านขณะอยู่ที่บ้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อยู่ตามลำพัง

คู่สมรส

บุตร

ญาติ

อื่น ๆ (ระบุ).....

10. ในปัจจุบันท่านจำเป็นต้องมีผู้ดูแลหรือไม่

ต้องมีผู้ดูแล

ไม่ต้องมีผู้ดูแล

11. ท่านได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โทรทัศน์

โรงพยาบาล

วิทยุ

เทศบาล

หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน

หนังสือพิมพ์

วารสารต่างๆ

อื่นๆ(ระบุ).....

12. ท่านมีญาติสายตรงที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือเสียชีวิตจากโรคเบาหวานหรือไม่

มี (ระบุ).....

ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบถูกหรือผิดที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อคำถาม	ถูก	ผิด
1. โรคเบาหวานเป็น โรคที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 120 มก/ดล.		
2. สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์เพียงอย่างเดียว		
3. โรคเบาหวานสามารถรักษาให้หายขาดได้		
4. ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน		
5. อาการของโรคเบาหวานคือ กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย และน้ำหนักตัวลดลง		
6. ผลไม้ที่ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยง คือ ผลไม้ที่มีรสหวานมาก เช่น ขนุน ลำไย ทูเรียน เป็นต้น		
7. การรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม เป็นประจำในแต่ละวันเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน		
8. ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถรับประทานเนื้อสัตว์ทุกชนิดได้		
ข้อคำถาม	ถูก	ผิด

9. ถ้าผู้ป่วยเบาหวานลืมรับประทานยาเบาหวาน สามารถเพิ่มขนาดของยาในมือต่อไปได้		
10. การรับประทานยารักษาโรคเบาหวานอย่างเดียว ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี		
11. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ทำให้ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้		
12. การออกกำลังกายควรใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 20 นาที		
13. การหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน		
14. ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ เช่น สายตาพร่ามัว มีแผลที่เท้าและหายยาก ท่านไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคหรือหาสาเหตุดังกล่าว		
15. ผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลเท้าเป็นพิเศษโดยการใส่รองเท้าที่นุ่ม พอดีเท้า เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าดี		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการเกิดโรคเบาหวาน โปรดอ่านข้อคำถามต่อไปนี้อย่างละเอียด แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างต่อข้อคำถามละ 1 คำตอบที่ท่านได้ปฏิบัติจริง

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นๆ สม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นๆ เป็นบางครั้ง

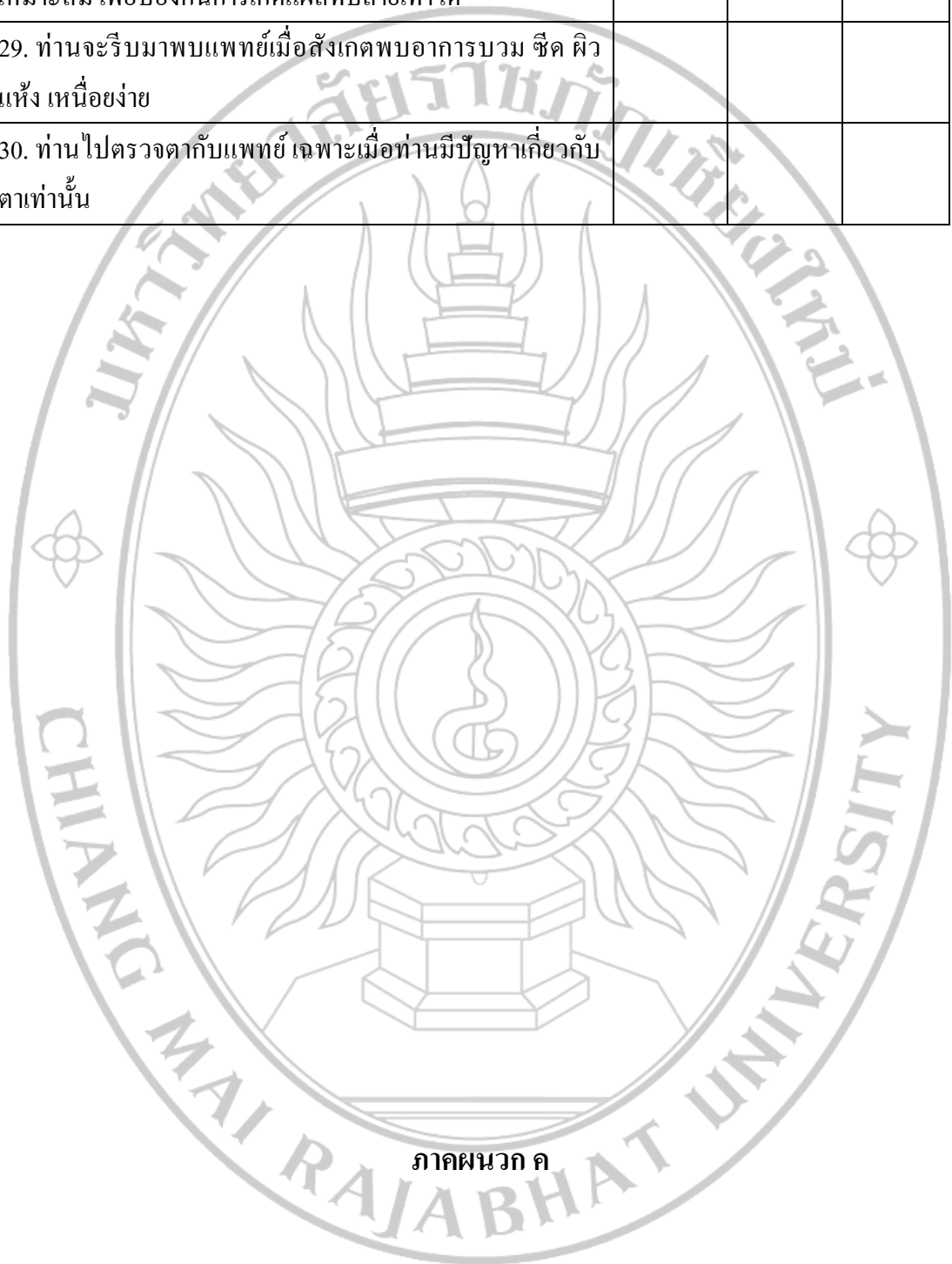
ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นๆ เลย

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็น	ปฏิบัติ เป็น	ไม่เคย ปฏิบัติ
----------	-----------------	-----------------	-------------------

	ประจำ	บางครั้ง	
การรับประทานอาหาร			
1. ท่านรับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อและตรงต่อเวลา			
2. ในแต่ละมื้ออาหารท่านจะเน้นอาหารประเภทผักเป็นหลัก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน			
3. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ สาโท เวลาสังสรรค์กับเพื่อนเท่านั้น			
4. ท่านรับประทานอาหารข้าวเหนียว ขนมปัง เผือก เป็นประจำโดยไม่จำกัดจำนวน			
5. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ละมุด ลำไย ทูเรียน เป็นต้น			
การออกกำลังกาย			
6. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน			
7. ถ้าท่านรู้สึกมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด แน่นหน้าอก ท่านจะหยุดออกกำลังกาย			
8. ขณะออกกำลังกายท่านมักจะอยู่คนเดียว ไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วย			
9. ท่านออกกำลังกายขณะอ่อนเพลีย ท้องว่าง			
10. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกายอย่างน้อย 10 นาที			
การจัดการกับความเครียด			
11. เมื่อท่านมีเรื่องกังวลใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ท่านเป็น ท่านจะผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำงานอดิเรก ปฏิบัติศาสนกิจ ออกกำลังกาย เป็นต้น			
ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ

12. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับคนในชุมชน			
13. เมื่อท่านทราบผลระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ท่านมักมีความเครียด			
14. ท่านนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง			
15. เมื่อท่านทราบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ท่านจะปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง			
การใช้ยา			
16. ท่านรับประทานยาตรงตามแผนการรักษาของแพทย์			
17. ท่านไม่เคยเพิ่มหรือลดยาเบาหวานด้วยตนเอง			
18. ท่านมักจะหยุดยาเองเมื่อพบว่าระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ			
19. ท่านมักจะลืมรับประทานยาโรคเบาหวาน			
20. เมื่อท่านไม่สะดวกไปพบแพทย์ ท่านมักจะซื้อยารักษาโรคเบาหวานมารับประทานเอง			
การมาตรวจตามนัด			
21. ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง			
22. ท่านมักจะคิดว่าการมาตรวจตามนัดทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ			
23. ท่านมักจะงดรับประทานอาหารหรือผลไม้ที่มีรสหวานก่อนมาพบแพทย์ 1 สัปดาห์			
24. ท่านมารับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกครั้ง			
25. ท่านซักถามข้อมูลผลการรักษาโรคเบาหวานของตนเองทุกครั้งเมื่อมารับบริการ			
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน			
26. ถ้าท่านมีอาการผิดปกติ เช่น อาการตาพร่ามัว หรือมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้าท่านจะมาพบแพทย์ทันที			
ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
27. ท่านมักจะลืมนำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานติดตามไป			

เมื่อต้องออกไปทำธุระนอกบ้านหรือเดินทางไปต่างจังหวัด			
28. ท่านรักษาตัวให้สะอาด ไม่อับชื้น และเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่ปลายเท้าได้			
29. ท่านจะรีบมาพบแพทย์เมื่อสังเกตพบอาการบวม ซีด ผิวแห้ง หนื่อยง่าย			
30. ท่านไปตรวจตากับแพทย์ เฉพาะเมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับตาเท่านั้น			



ภาคผนวก ค

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามหาความเที่ยงตรง (Validity)ด้วยการหาค่า IOC : Index of item objective congruence โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดยที่ IOC คือ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์
 $\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

กำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องๆ ของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตรที่จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 มีค่าความเที่ยงตรง นำไปใช้ได้
2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

การหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนในการพิจารณาข้อคำถามการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม $\sum R$	IOC $\sum R /$ N	ผลการ วิเคราะห์
	1	2	3			
1	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
2	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
3	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
4	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
5	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
6	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
7	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
8	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
9	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
10	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
11	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
12	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม $\sum R$	IOC $\sum R /$ N	ผลการ วิเคราะห์
	1	2	3			

1	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
2	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
3	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
4	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
5	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
6	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
7	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
8	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
9	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
10	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
11	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
12	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
13	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
14	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
15	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการเกิดโรคเบาหวาน

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม $\sum R$	IOC $\sum R / N$	ผลการ วิเคราะห์
	1	2	3			
1	0	0	1	1	0.33	นำไปใช้ได้

2	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
3	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
4	1	1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
5	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
6	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
7	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
8	1	1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
9	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
10	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
11	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
12	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
13	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
14	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
15	1	1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
16	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
17	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
18	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
19	1	1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
20	1	1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
21	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
22	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
23	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม	IOC $\sum R / N$	ผลการ วิเคราะห์
	1	2	3	$\sum R$		
24	1	1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
25	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
26	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้

27	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
28	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
29	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
30	1	1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้

ส่วนที่ 4 ประเด็นคำถามด้านปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและ
ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม $\sum R$	IOC $\sum R / N$	ผลการ วิเคราะห์
	1	2	3			
1	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
2	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
3	1	1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
4	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้

ภาคผนวก ง

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

เรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลหลวงเหนือ อำเภอคอดอย

สะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้ศึกษารายละเอียดของเอกสารแนะนำ สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จน ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนั้น ไม่มีผลใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะใน รูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับ อนุญาตจากข้าพเจ้าแล้วจะกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(.....)

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

1. ชื่องานวิจัยการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตับลวงเหนือ อัมพฤกษ์ อัมพาต จังหวัดเชียงใหม่
2. ชื่อผู้วิจัยนางสาวกมลพรรณ จักรแก้ว

ตำแหน่งนักศึกษานิเทศศาสตร์ สาขานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงใหม่

3. สถานที่ปฏิบัติงานเทศบาลตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

หมายเลขโทรศัพท์ 081-9270904

ที่ทำงาน 0-5386-6077

โทรสาร 0-5310-4545

4. เนื้อหาสาระของงานวิจัยและความเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่

4.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาวิจัย

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุปรากฏผลว่า มีแนวโน้มของการอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสของผู้สูงอายุยิ่งเพิ่มมากขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อทำให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อายุมากขึ้นยังมีการเจ็บป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานหรือไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวะการพึ่งพาต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว (กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) การสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ได้สอบถามภาวะการเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งคำตอบจะต้องเป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์ การสำรวจนี้พบว่าในปี 2556 ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุจะเป็นมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น อย่างเช่นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป เกือบครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 45.6 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.2 ของผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานและร้อยละ 9.6 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (ปรามิทธิ์ ประสาทกุล, 2558)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย เกิดจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน เนื่องจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน หรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองประการ การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ไต ตา เส้นประสาท หลอดเลือดและหัวใจ (American Diabetes Association [ADA], 2007 อ้างถึงใน รุ่งจิต เพชรจิต, 2558) โรคเบาหวานเป็นภัยคุกคามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) รายงานว่า ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี เฉลี่ย 8 วินาทีต่อ 1 คน และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 300 ล้านคน คนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีโอกาสเป็นเบาหวานเร็วกว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง (วิชัย เทียนถาวร, 2555) จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2538 ประเทศ

ไทยมีผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 863,000 คน ในปี พ.ศ. 2543 มีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 1,536,000 คน และคาดว่าในปีพ.ศ. 2573 จะมีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2,739,000 คน (WHO, 2006 อ้างถึงใน รื่นจิต เพชรจิต, 2558) ในการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539 – 2540 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ปีพ.ศ. 2546 – 2547 พบอัตราความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.9 สำหรับครั้งล่าสุด (ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552) พบอัตราความชุกเบาหวานเท่าเดิม คือ ร้อยละ 6.9 โดยคาดว่าคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไปประมาณ 3.46 ล้านคน กำลังเผชิญกับโรคเบาหวาน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ปี 2556 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 9,647 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 27 คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 14.93 ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 689,720 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,081.25 ต่อแสนประชากร (นุชรี ออบสุวรรณ และนิตยา พันธเวทย์, 2558)

ตำบลหลวงเหนือ อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นชุมชนชนบทกึ่งเมือง แบ่งการปกครองออกเป็น 10 หมู่บ้าน หมู่บ้านส่วนใหญ่ตั้งเรียงรายอยู่บนที่ราบใต้เขื่อนแม่กวงอุดมธารา มีประชากรทั้งหมด 6,048 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,198 คน เท่ากับร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด เมื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพของคนในชุมชน พบว่าโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในห้าอันดับแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งสิ้น 274 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 56.20 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดมีผู้ป่วยที่เป็นญาติพี่น้องกัน จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 28 ของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด จากสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึงปีพ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.12, 56.13, 56.20 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะไตเสื่อม ร้อยละ 24.02 มีภาวะเสี่ยงเรื่องเท้า ร้อยละ 79.87 และมีภาวะเสี่ยงทางหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 24.02 และยังพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเป็นเวลานานสูงสุดถึง 18 ปี และผู้สูงอายุบางคนขาดการมารับการรักษาที่ต่อเนื่อง จากสถิติการเข้ารับการรักษามีจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มาเข้ารับการรักษาในปีพ.ศ. 2556 ถึงปีพ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 22 ของจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด และมีผู้สูงอายุที่ไม่มารับการตรวจตามนัด ร้อยละ 38.96 ของจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะหนิ้ว เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลแห่งเดียวของตำบลหลวงเหนือ (รายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2558, 2558)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและรักษาไปตลอดชีวิตโดยมีผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ในตำบลลวงเหนือ อำเภอคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ มีปัญหาเนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่เข้ารับการตรวจตามนัด อีกทั้งมีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเพื่อทราบถึงวิธีการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งผลของการศึกษานี้จะนำไปสู่การพัฒนาวิธีการและกลยุทธ์ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน

4.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและเพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.3 วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD) เพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้กำหนดประเด็นไว้ดังนี้

1. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน
2. ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.4 ระยะเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย

วันที่ 1 เมษายน– 31 พฤษภาคม 2560

4.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและต่อผู้อื่น

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชนในตำบลลวงเหนือ และเป็นแนวทางค้ำนนโยบายสาธารณะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

4.6 ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเสียสละเวลาในการปฏิบัติงาน เพื่อตอบแบบสอบถามเป็นระยะเวลาประมาณ 60 นาที

4.7 การป้องกันความเสี่ยง และการแก้ไขกรณีเกิดปัญหา

การวิจัยครั้งนี้มีการจำกัดสิทธิในการรับรู้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเฉพาะตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย และคณะผู้วิจัยเท่านั้น และจะไม่บันทึกชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยลงในประวัติและข้อมูลผลการวิจัย โดยจะใช้เป็นรหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับในระยะเวลา 2 ปี และจะทำลายทันทีหากครบกำหนด 2 ปี

4.8 ขอบเขตการดูแลและรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

(1) คณะผู้วิจัยจะจำกัดสิทธิในการรับรู้ข้อมูลและจำกัดการเข้าถึงข้อมูลอื่นใดที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเฉพาะตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย และคณะผู้วิจัยเท่านั้น

(2) คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นความลับ โดยจะใช้เป็นรหัสประจำตัวแทนชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

(3) คณะผู้วิจัยจะไม่แบ่งปันข้อมูลประวัติและข้อมูลการตอบแบบสอบถามหรือข้อมูลอื่นใดที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยแก่องค์กรหรือสถาบันอื่นๆ

(4) คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลประวัติและข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นความลับอย่างน้อย 2 ปี หลังจากทำการวิจัยเสร็จสิ้นเมื่อครบกำหนด จะทำลายข้อมูลประวัติและข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมการวิจัยทันที

(5) หากมีการขยายการศึกษาและต้องการนำผลการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมการวิจัย ไปใช้ในการวิจัยอื่น ผู้วิจัยจะเสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนการดำเนินการอื่นใด

4.8 สิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถแจ้งถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของท่าน และข้อมูลของการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยสามารถแจ้งขอถอนตัวจากการวิจัยได้จากข้อมูล ชื่อ ที่อยู่ หรือเบอร์โทรของผู้วิจัยด้านล่างนี้

4.9 ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรของผู้วิจัย

(1) นางสาวกมลพรรณ จักรแก้ว

ตำแหน่ง นักบริหารงานสาธารณสุข สายบริหาร (สาธารณสุข)

เทศบาลตำบลลงเหนือ อำเภอคอยสะแกต จังหวัดเชียงใหม่

299 หมู่ที่ 2 ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ 50220

โทรศัพท์ 081-9270904



ภาพการสนทนากลุ่ม



ภาพการสนทนากลุ่ม



ภาคผนวก จ

อักษรวิสุทธิ์

(Plagiarism checking Report)

