

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไว้ดังต่อไปนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
  - 1.1 อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า
  - 1.2 พยาธิสรีรวิทยาและผลกระทบของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า
2. หลักการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
  - 2.1 การดูแลเท้าที่จำเป็นในผู้ป่วยเบาหวาน
  - 2.2 การประเมินสภาพเท้าเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลเท้า
  - 2.3 แนวทางการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
3. ปัญหาในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 4.1 ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 4.2 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
5. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพันธุกรรมและเป็นโรคที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินในตับอ่อนที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญ ซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง (The Expert Committee on the Diagnosis Classification of Diabetes Mellitus, 2001) และการที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานๆ นั้น ทำให้ไขมันที่สะสมในกล้ามเนื้อจะสลายตัวออกมาในรูปของกรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid) และมีระดับของไตรกลีเซอไรด์สูง ไขมันชนิดดี (High Density

Lipoprotein หรือ HDL) ต่ำลงและไขมันชนิดไม่ดี (Low Density Lipoprotein หรือ LDL) สูงขึ้น ระดับไขมันในเลือดที่สูงขึ้นนี้จะไปสะสมที่ผนังของหลอดเลือด รวมทั้งเกร็ดเลือดเกาะติดกับหลอดเลือดและเกาะกลุ่มกันเองเพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (Atherosclerosis) (สมชัย ปรีชาสูข, 2541) ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความเสื่อมของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular disease) มีความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral Neuropathy) และมีความเสื่อมของระบบไหลเวียนและระบบประสาทส่วนปลายร่วมกัน (Margolis, Allen-Taylor, Ole Hoffstand & Berlin, 2003 อ้างในสุมาลี เชื้อพันธ์, 2550) ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา โดยเริ่มจากการเกิดแผล ซึ่งหากมีการดูแลทำที่ไม่ถูกต้องอาจนำไปสู่การติดเชื้อและถูกตัดขาได้

### 1.1 อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า

ปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้าเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากการสำรวจระบาดวิทยาเกี่ยวกับความผิดปกติของเท้าของโรเซนนาวิส (Rosenavist, 1982; 55-60 อ้างใน นงลักษณ์ นฤวัต, 2533) ซึ่งศึกษาปัญหาของเท้าในผู้เป็นเบาหวานจำนวน 742 ราย ในเมืองหลวงของประเทศสวีเดน ผลการสำรวจพบความผิดปกติที่เท้าในระดับรุนแรงร้อยละ 66.8 โดยอาการแสดงที่พบมาก คือ การติดเชื้อ การไหลเวียนของเลือดลดลง ผิวหนังหนาตัวด้านแข็ง สูญเสียการรับความรู้สึก รอยแดง มีรอยแยกที่สันเท้าและเนื้อตาย

นอกจากนี้ จากการศึกษาระบาดวิทยาของการถูกตัดขาส่วนล่างในผู้ป่วยเบาหวาน 929 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้า ขาและเท้า คิดเป็นร้อยละ 52.1, 39.4 และ 8.5 ตามลำดับ โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบมากในช่วงอายุ 45-64 ปี ถึงร้อยละ 51.5 (Valway, Linkins & Gohdes, 1993) สำหรับในประเทศเยอรมัน จากการศึกษานผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดขาส่วนล่าง พบว่าผู้ป่วยที่ถูกตัดขาส่วนใหญ่มีอายุ อยู่ในช่วง 60-79 ปี โดยพบถึงร้อยละ 77.4 (Trauner, Haastert, Giani, & Berger, 1996) โดยจากการสำรวจความชุกของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีความชุกร้อยละ 5.3-10.5 (Reiber, 2001) ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง

สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติของเท้าในผู้ป่วยเบาหวานโดยนงลักษณ์ นฤวัต (2533) ผลการศึกษาพบว่ามีความผิดปกติของเท้าถึงร้อยละ 71 ซึ่งชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ (2537) กล่าวว่าสาเหตุของการเกิดความผิดปกติของเท้าเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดและประสาทส่วนปลายมากที่สุด โดยผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาส

เกิดเนื้อตายที่เท้ามากกว่าคนปกติถึง 17 เท่า นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการถูกตัดขามากเป็น 40 เท่าของคนปกติและจากการศึกษาของณัฐฐิยา ตันติศิริวัฒน์และศิริพร จันทร์ฉาย (2551) ซึ่งทำการศึกษาศึกษาปัญหาเท้าที่พบบ่อยในคลินิกเท้าเบาหวานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี 2548-2549 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 32 มีประวัติถูกตัดขา โดยนิ้วเท้าเป็นตำแหน่งที่ถูกตัดบ่อยที่สุด ปัญหาที่เท้าที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือมีความผิดปกติระบบประสาท (ร้อยละ 79.3) รองลงมาคือ กระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 74.0) ผิวหนัง (ร้อยละ 67.3) และหลอดเลือด (ร้อยละ 39.3) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 75.3) สูญเสียความรู้สึกป้องกันของเท้า ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังที่เท้าพบถึงร้อยละ 18 โดยบริเวณที่พบแผลบ่อยที่สุดคือบริเวณสันและนิ้วหัวแม่เท้า ในผู้ที่มีความผิดปกติด้านผิวหนังพบว่า กว่าร้อยละ 50 มีผิวหนังที่หนาขึ้นจากแรงกดที่ผิดปกติบริเวณฝ่าเท้า โดยนิ้วหัวแม่เท้าพบหนักแข็งมากที่สุด และจากการแบ่งระดับความเสี่ยงจากการถูกตัดขา พบว่า ร้อยละ 47.3 มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากการสูญเสียการรับความรู้สึกป้องกันอันตรายที่เท้ารวมทั้งมีประวัติเกิดแผลเรื้อรังและถูกตัดขามาก่อน

จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนของการเกิดแผลที่เท้า เป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรคและความรุนแรง โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการเสริม ทำให้เกิดแผลและนำไปสู่อุบัติการณ์ของการถูกตัดขา

### ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัย สามารถสรุปปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ ดังนี้

1. **ปัจจัยด้านพยาธิสภาพ** เป็นการเสื่อมของเส้นประสาทและหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะการเสื่อมของเส้นประสาทเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยกว่าการเสื่อมของหลอดเลือดแดง (Gilmore, Allen., & Hayes, 1993) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 **เส้นประสาทเสื่อม (Diabetic neuropathy)** เป็นสาเหตุสำคัญประการแรกที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดแผลโดยไม่รู้ตัว ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เส้นประสาทเสื่อมได้มากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานนาน 20-25 ปี นั้นจะเกิดความผิดปกติของระบบประสาท (วิทยา ศรีดามา, 2544) ซึ่งเส้นประสาทเสื่อมนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (บารมี ธนาประชุม, 2543) ดังนี้

1) **ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic neuropathy)** การเสื่อมของเส้นประสาทอัตโนมัติจะทำให้เหงื่อออกที่เท้าลดลง และมีการลัดวงจร

ของเลือดจากหลอดเลือดแดงสู่หลอดเลือดดำมากขึ้น โดยไม่ผ่านหลอดเลือดฝอย (Arteriovenous shunting) ผลของการมีเหงื่อออกที่เท้าลดลงทำให้ผิวหนังแห้งแตกเป็นร่องได้ง่าย (Fowler, Vesely, Pelfrey et al., 1999) ส่วนผลของการมีหลอดเลือดลัดวงจรทำให้เลือดผ่านหลอดเลือดดำบริเวณผิวหนังที่เท้าเพิ่มขึ้นเป็นผลให้อุณหภูมิที่เท้าเพิ่มขึ้น และเลือดผ่านหลอดเลือดฝอยลดลง ทำให้การนำอาหารและออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อลดลง

### 2) ความผิดปกติของประสาทควบคุมกล้ามเนื้อ (Motor neuropathy)

การเสื่อมสมรรถภาพของประสาทชนิดนี้ทำให้กล้ามเนื้อเล็กๆ บริเวณเท้า (Intrinsic muscle) อ่อนแรง ทำให้เกิดการเสียสมดุลระหว่างกล้ามเนื้องอตัวและกล้ามเนื้อยืดตัว (Flexors and extensor) เป็นผลทำให้มีความผิดปกติของรูปร่างเท้าและนิ้วเท้า (เทพ หิมะทองคำ, 2550)

### 3) ความผิดปกติของประสาทรับความรู้สึก (Sensory neuropathy)

เส้นประสาทรับความรู้สึกเสื่อม จะทำให้สูญเสียการรับความรู้สึกเจ็บปวดหรือความรู้สึกร้อนเย็น ทำให้เกิดอาการชา ดังนั้นเมื่อเกิดแผลขึ้นแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานมักไม่หยุดใช้เท้าเนื่องจากขาดความรู้สึเจ็บปวด แผลจึงเกิดการอักเสบลุกลามมากขึ้น แผลที่เท้าอาจเกิดจากอุบัติเหตุโดยตรง เช่น การเดินเท้าเปล่าแล้วเหยียบของมีคม หรือการใช้ของมีคมโดยขาดความระมัดระวัง การเตะของแข็ง การสวมรองเท้าที่คับเกินไปหรือแผลซึ่งเกิดขึ้นจากความไม่รู้เช่น วางกระเป๋าน้ำร้อนที่เท้า เพื่อแก้อาการชาอาจเกิดเป็นแผลพุพอง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการชาจากปลายประสาทเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยรับความรู้สึกเกี่ยวกับความร้อนผิดไปจากเดิม

#### 1.2 โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral vascular diseases) ความ

ผิดปกติของหลอดเลือด เนื่องจากเกิดภาวะเส้นเลือดตีบแข็งจนบางครั้งอุดตันไป ซึ่งเกิดขึ้นได้ ทั้งในหลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดฝอย ทำให้เกิดแผลที่เท้าขึ้นเองได้ เนื่องจากเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic foot ulcers) ซึ่งจะพบมากที่ปลายนิ้วเท้าหรือสันเท้า (ทวี อนันตกุลนธิ, 2544) อาการเริ่มแรกของหลอดเลือดตีบ คือ ปวดน่องเวลาเดิน (Intermittent claudication) ในกรณีที่หลอดเลือดตีบมากๆ จะทำให้เกิดเป็นแผลได้ (Ischemic ulcers) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ นอกจากโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดแดงได้แก่ การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง (ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์, 2537) และจากการศึกษาของไลท์เนอร์ ไฮทาลาและสทีน (Lithner, Hietala, & Steen, 1984) เกี่ยวกับการเสื่อมของหลอดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 162 ราย พบว่าเมื่อเป็นเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี และน้อยกว่า 10 ปี มีการเสื่อมของหลอดเลือดแดงเกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ 71 และ 49 ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงว่ายิ่งเป็นเบาหวานเป็นระยะเวลานานจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดแผลที่เท้าเพิ่มขึ้น

### 1.3 ความผิดปกติในโครงสร้างของเท้า (Foot-structure abnormalities)

ความผิดปกติในโครงสร้างของเท้าที่พบบ่อย ได้แก่ เท้าหงิก (Claw foot) นิ้วเท้ารูปฆ้อน (Hammer toe) นิ้วหัวแม่เท้าเกออก (Hallux valgus หรือ Bunion) ตาปลา (Callus) และเล็บเท้าขบ (Ingrown toenail) นอกจากนั้นเท้าของผู้ป่วยเบาหวานยังมีปัญหาเกิดเป็นตาปลา (Callus) ได้ง่าย ในจุดที่ลงน้ำหนักของเท้า ซึ่งเป็นการหนาตัวของชั้นผิวหนังในบริเวณที่ถูกกดทับมากๆ ในขณะที่เดิน การกดทับของตาปลา อาจทำให้เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังถูกทำลายเป็นโพรงที่มีการติดเชื้อและอักเสบแล้วแตกออกเป็นแผล (บารมี ธนาประชุม, 2543; สมชัย ปรีชาสูซ, 2541) และจากการศึกษาของณัฐฐิยา ตันติศิริวัฒน์และศิริพร จันทร์ฉาย (2551) พบว่าปัญหาเท้าที่พบบ่อยในคลินิกเท้าเบาหวานที่มีสาเหตุมาจากกระดูกและกล้ามเนื้อมีถึงร้อยละ 74.0 โดยเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของข้อที่ลดลงร้อยละ 44 และความผิดปกติของนิ้วเท้าผิดปกติได้แก่ Claw toe หรือ Hammer toe ร้อยละ 32, bunion ร้อยละ 12, charcot joint ร้อยละ 6 และเท้าแบน ร้อยละ 5.3 ซึ่งคล้ายคลึงกับทวิลาภ ตันสวัสดิ์และคณะ (2546) ที่ได้ทำการศึกษาลักษณะของการเกิดบาดแผลพบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มในการทำให้เกิดบาดแผลคือ ความผิดปกติของระบบประสาทรับความรู้สึก สภาพผิวหนัง เล็บ และชีพจรที่เท้าผิดปกติ โดยจากการศึกษาของนงลักษณ์ นฤวัตร (2533) เกี่ยวกับความผิดปกติของเท้าพบว่า สาเหตุมาจากเส้นประสาทและหลอดเลือดเสื่อมมากที่สุด พบผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานมานานประมาณ 8 ปี

2. ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ นอกจากปัจจัยเสี่ยงด้านพยาธิสภาพที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่ไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพของโรคเช่น พฤติกรรมการดูแลเท้า อายุและระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ การขาดความรู้ในการดูแลเท้า ซึ่งพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้แก่ การไม่ได้ทำความสะอาดเท้าอย่างทั่วถึงทุกส่วน หรือล้างเท้าแล้วไม่ได้ใช้ผ้าเช็ดเท้าให้แห้ง เมื่อมีเหงื่อออกขึ้นไม่ได้ดูแลเท้าเป็นพิเศษ ไม่ได้ตรวจเท้าอย่างสม่ำเสมอ การตัดเล็บเท้าสั้นชิดเนื้อหรือใช้มีดหรือกรรไกรตัดหนังแข็งที่เท้า เมื่อรู้สึกเท้าชาจะแช่เท้าด้วยน้ำร้อน ทำให้เกิดโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่มักสวมรองเท้าแตะที่ทำจากพลาสติกหรือรองเท้าฟองน้ำและเมื่อเกิดบาดแผลขึ้นไม่ได้ล้างแผลเป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดแผลตามมา นอกจากนี้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี การสูบบุหรี่ ระดับไขมันในเลือดสูงและภาวะความดันโลหิตสูงก็ทำให้มีโอกาสเกิดแผลเพิ่มมากขึ้น (Selby & Zhang, 1995; Spies, 1983) นอกจากปัจจัยที่กล่าวมา อายุและระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน ก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผล (Spies, 1983) จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ดังเช่นการศึกษาของเดลบริดจ์ แอปพลีเบิร์กและรีฟ

(Delbridge, Appleberg & Reeve, 1983) ศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าการสูบบุหรี่และการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเพิ่มอุบัติการณ์ของการเกิดแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษาของไลท์เนอร์ ไฮทาลาและสทีน (Lithner, Hietala & Steen, 1984) เกี่ยวกับการเสื่อมของหลอดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 162 ราย พบว่าเมื่อเป็นเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี และน้อยกว่า 10 ปี มีการเสื่อมของหลอดเลือดแดงเกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ 71 และ 49 ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงว่ายิ่งเป็นเบาหวาน เป็นระยะเวลาานจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดแผลที่เท้าเพิ่มขึ้น ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้การยืนหรือนั่งไขว่ห้างหรือนั่งยองๆ เป็นเวลานานก็มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเช่นกัน (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2536; บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2539)

อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าคือการเสื่อมของเส้นประสาทและหลอดเลือดแดง สภาพเท้าโดยทั่วไป ความผิดปกติด้านโครงสร้างเท้า โดยปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเร็วขึ้นได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด การสูบบุหรี่ ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานรวมถึงการขาดความรู้และทักษะในการดูแลเท้าที่ถูกต้อง

## 1.2 พยาธิสรีรวิทยาและผลกระทบของการเกิดแผลที่เท้า

พยาธิสภาพที่เป็นพื้นฐานของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานคือการเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายและความเสื่อมของหลอดเลือดแดง โดยมีกลไกการเกิดดังนี้

### 1. การเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย (Diabetic Neuropathy)

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงขนาดเล็กมีชื่อว่า วาซา เนอเวอรูม (Vasa Nerve) ซึ่งทำหน้าที่ไปเลี้ยงเส้นประสาทและผิวหนังมีการตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงเส้นประสาทไม่เพียงพอและเกิดเส้นประสาทเสื่อมตามมาหรือความผิดปกติของการเผาผลาญ ก็เป็นเหตุทำให้มีการทำลายเส้นประสาทได้ การเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลายในผู้เป็นเบาหวาน มีลักษณะการเสื่อมของเส้นประสาทหลายเส้น มักเกิดที่ส่วนปลายแขน ขา แต่จะเกิดที่ขามากกว่าแขน และเป็นเหมือนกันทั้งสองข้าง การเสื่อมของระบบประสาทอาจเสื่อมทั้ง 3 ประเภทกล่าวคือ ระบบประสาทรับความรู้สึก ผู้เป็นเบาหวานจะสูญเสียการรับความรู้สึกที่ส่วนปลายคือเท้า โดยเฉพาะความรู้สึกเจ็บปวดและความรู้สึกในการสัมผัสเมื่อเหยียบของมีคมหรือวัตถุที่มีความร้อนสูงบนพื้นได้ โดยไม่รู้สึกเจ็บปวด เมื่อเกิดบาดแผลเล็กน้อย จึงไม่รู้สึกเจ็บปวดทำให้แผลลุกลาม ติดเชื้อมากแล้วจึงรู้สึกปวด ซึ่งการเสื่อมของระบบประสาท ทำให้การสั่งงานของกล้ามเนื้อบกพร่อง กล้ามเนื้อขา

โดยเฉพาะส่วนเท้าเกิดการอ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ เท้าผิดรูปขึ้น การผิดรูปของเท้าทำให้จุดรับน้ำหนักบนฝ่าเท้าเปลี่ยนตำแหน่งและผิวหนังบริเวณนั้นจะถูกกดทับไปด้วยขณะยืนหรือเดิน เมื่อเวลาผ่านไปผิวหนังส่วนนี้จะบางลงและเกิดแผลในที่สุด จากการศึกษาของธัญญา เชมฐากุลและคณะ (2538) ได้ศึกษาภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดในผู้เป็นเบาหวานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครราชสีมา พบว่าผู้เป็นเบาหวานมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้ามากที่สุด (ร้อยละ 74.1) รองลงมาคือ เหน็บชา และเจ็บเสียวปลายมือปลายเท้า (ร้อยละ 57.4)

นอกจากนี้ผลจากการควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติบกพร่องจะทำให้ผิวหนังบริเวณเท้าของผู้ป่วยเบาหวานแห้งลง จากต่อมเหงื่อที่ควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติหยุดทำงาน ผิวหนังส่วนนี้จะแตกและเกิดแผลได้ง่าย ภาวะเส้นประสาทเสื่อมอาจจะมีการเสื่อมสภาพทั้งเส้นประสาทรับความรู้สึก เส้นประสาทสั่งการที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณเท้า รวมถึงเส้นประสาทอัตโนมัติที่ไปเลี้ยงต่อมเหงื่อ (Smeltzer & Bare, 1996) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

## 2. การเสื่อมของหลอดเลือดส่วนปลาย (Microvascular complications)

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงขาและเท้าในผู้ป่วยเบาหวานจะมีลักษณะแข็งตึบจากผนังภายในหลอดเลือดหนาตัวขึ้น (Atherosclerosis) ส่วนหลอดเลือดแดงเล็กพยาธิสภาพจะเกิดขึ้นที่หลอดเลือดฝอย โดยมีการหนาตัวของผนังหลอดเลือด (Basement membrane) ผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง เกิดการขาดอาหารและออกซิเจน ส่งผลให้เนื้อเยื่อส่วนปลายเกิดเนื้อตายขึ้นได้ (สาธิต วรรณแสง, 2550; Spies, 1983) นอกจากนี้การที่ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นจะทำให้เม็ดเลือดขาวเคลื่อนตัวออกมานอกหลอดเลือดได้ยาก มีผลให้ความสามารถในการต่อสู้ต้านทานเชื้อโรคลดลง ผู้ป่วยเบาหวานจึงมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย (วรรณณี นิธิยานันท์, 2548; Spies, 1983.) และเมื่อเกิดการติดเชื้อที่แผลขึ้น การควบคุมโดยใช้ยาปฏิชีวนะก็มักจะทำอย่างไม่มีประสิทธิภาพ (Levin, 1995) จากการศึกษาพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเปรียบเทียบกับคนปกติพบว่าร้อยละ 81 ของผู้ป่วยมีการอุดตันและตีบตัน ของหลอดเลือดที่สำคัญ 3 เส้นที่อยู่ต่ำกว่าเข่าคือ หลอดเลือดแดงที่หน้าแข้งส่วนหน้า (Anterior artery) หลอดเลือดแดงหน้าแข้งส่วนหลัง (Posterior artery) และหลอดเลือดแดงที่น่อง (Peroneal artery) (Strandness, Priest & Gibbons, 1964) นอกจากนี้ยังมีการลัดวงจรของเลือดจากเส้นเลือดแดงสู่เส้นเลือดดำ (Arteriovenous shunting) มากขึ้นโดยไม่ผ่านเส้นเลือดฝอยทำให้การนำอาหารและออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเกิดขึ้นที่ขาทั้ง 2 ข้าง เป็นผลให้เลือดไปเลี้ยงที่เท้าน้อยลง (Spies, 1983) และเกิดแผลตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งพบได้บ่อย ซึ่งสาเหตุที่สำคัญมักเกิดจากความเสื่อมของเส้นประสาทและหลอดเลือดแดง ส่งผลให้การทำหน้าที่และโครงสร้างของเท้าผิดปกติไปและเมื่อเกิดแผลผู้ป่วยอาจจะไม่รู้สึเจ็บปวดที่เท้าแม้กำลังเดินหรือขณะพักก็ตาม กว่าที่ทราบแผลก็ลุกลามไปมาก ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียเท้าจนเกิดความพิการหรือส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความรุนแรงได้ และหากไม่สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ จะก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการ ตั้งแต่ขั้นเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรงกระทั่งเสียชีวิตได้

### ผลกระทบจากการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

จากภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานและอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. **ด้านร่างกาย** ผลจากการมีพยาธิสภาพที่ระบบประสาทและหลอดเลือดแดงทำให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของเท้าผิดปกติและมีภาวะแทรกซ้อนของเส้นประสาทเสื่อมเกิดขึ้นทำให้เกิดความรู้สึกว่าขาเจ็บที่เท้าและขาทั้ง 2 ข้าง และยังทำให้ต้องตื่นขึ้นมาเดินในเวลากลางคืน ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนหลับหรือพักผ่อนไม่เพียงพอเกิดอาการอ่อนเพลียและไม่มีแรง นอกจากนี้อาจมีการติดเชื้อได้ง่ายขึ้นเนื่องจากบาดแผลเพียงเล็กน้อยเช่น รองเท้ากัด แผลถลอก หนองเท้าแตก การมีเชื้อราที่ง่ามนิ้วเท้าแล้วไม่รักษา ทำให้มีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนจนอักเสบลุกลามมากขึ้น (Levin, 1995) แผลที่เกิดจากการติดเชื้อจะทำให้ผู้ป่วยปวดแผลมาก อาจมีไข้หนาวสั่น ในรายที่มีอาการรุนแรง ลักษณะแผลจะมีการตาย (Necrosis) ของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังและมีหนองภายในรอบๆ แผลจะบวมแดงและร้อนการอักเสบติดเชื้อและเนื้อตายอาจลามถึงพังผืด (Necrotizing fasciitis) ซึ่งมีอาการรุนแรงมาก แผลมักมีกลิ่นเหม็นเน่า บางครั้งเมื่อกดจะรู้สึกมีเสียงกรอบแกรบ (Crepitus) ใต้ผิวหนังจากแบคทีเรียทำให้เกิดแก๊ส ซึ่งการควบคุมการอักเสบติดเชื้อที่เท้านี้เป็นเรื่องยาก บางครั้งผู้ป่วยต้องถูกตัดเท้าทิ้งเพื่อควบคุมภาวะการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการจากการสูญเสียเท้า (อภิชาติ วิษณุภรณ์, 2539; Levin, 1995 ; Smeltzer & Bare, 1996)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการติดเชื้อในแผลของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อของแบคทีเรียทั้งชนิดที่ใช้ออกซิเจน และไม่ใช้ออกซิเจน (Mixed aerobic and anaerobic bacteria) โดยเฉลี่ยมีแบคทีเรีย 2 ชนิดขึ้นไปในแผลหนึ่งแห่ง ที่พบมากได้แก่ Staphylococcus aureus, Streptococcus และ Enterococcus (Lavery, Walker, Harkness &

Felder, 1995) ผู้ป่วยที่ถูกตัดอวัยวะจะเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและการประกอบกิจวัตรประจำวันเช่น การแต่งกาย การขับถ่าย การขึ้นลงบันได การเดิน การออกกำลังกาย การประกอบอาชีพและอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายจากการสูญเสียความสมดุลในการทรงตัว (คณิงนิจ อนุโรจน์, 2535; Lambert & Lambert, 1985) หรือในรายที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมตัดเท้า อาจต้องเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (ณัฐฉิณี จารุชัยนิวัฒน์, 2546)

2. **ด้านจิตใจ** จากผลของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับเท้า ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีภาระในการดูแลเท้าและเอาใจใส่เป็นพิเศษมากขึ้น ประกอบกับความทุกข์ทรมานที่ได้รับ จากอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ได้หลายรูปแบบดังนี้ คือ

2.1 ความกลัว ผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดแผลที่เท้าจะมีความกลัวเกิดขึ้น (บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, 2539) ซึ่งความกลัวเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเบาหวานที่คุกคามจิตใจ อยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูล พบเห็นและมีประสบการณ์ตรงในเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานยังกลัวความรู้สึกเจ็บปวด (Callaghan & Williams, 1994)

2.2 วิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความวิตกกังวลต่อการเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น การสูญเสียขา และเกิดความรู้สึกที่สับสนและความไม่แน่นอนในการดูแลตนเอง (Nyhlin, 1990) กลัวผู้อื่นรังเกียจ กลัวถูกตัดขาหรือเป็นแผลที่เท้าและกลัวตาย (วิลาวัลย์ ผลพลอย, 2539)

2.3 ท้อแท้ ผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่งมีความรู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่าย เพราะอึดอัดที่จะต้องควบคุมตนเองไปตลอดชีวิต อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการคุกคามของโรค สิ้นหวังในชีวิตทำให้ผู้ป่วยเบาหวานบางคนอาจละเลยการดูแลตนเอง ส่งผลต่อการควบคุมโรคที่ไม่ดีและอาจมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้นด้วย ยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานบางรายไม่ยอมามีชีวิตอยู่ (บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, 2539)

2.4 เศร้าโศก จากการศึกษาของอาโนลด์ (Arnold, 1973 อ้างใน คณิงนิจ อนุโรจน์, 2535) ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเรื้อรังและถูกตัดขาออกไปจำนวน 20 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายจะมีปฏิกิริยาเศร้าโศกจากความรู้สึกว่าได้สูญเสียขาและสูญเสียการทำงานของร่างกายส่วนที่ถูกตัดออกไป บางรายอาจมีการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัว เป็นต้น

2.5 การสูญเสียภาพลักษณ์และการมีเอกลักษณ์แห่งตน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวาน ที่ต้องสูญเสียขาเปรียบเสมือนการสิ้นสุดความสามารถในการเคลื่อนไหว สูญเสียความสามารถในการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต ความรู้สึกสูญเสียนี้ผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลาเป็นเดือนเป็นปีจนถึงหลายปี จึงจะสามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้น ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทำให้เป็นภาระของครอบครัวและเป็นการทำลายความสวยงามด้านร่างกาย (Lambert & Lambert, 1985) ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าและมีอัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ (Byrne, 1974) นอกจากนี้ยังส่งผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจึงเลวลง (Leidy, 1989) เกิดการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์แห่งตนในทางลบ อาการซึมเศร้า ความเจ็บปวดและการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพและบทบาททางเพศ (Billings & Stokes, 1987) กลัวคู่สมรสไม่ยอมรับ มีความวิตกกังวลเกรงว่าจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ท้อแท้หมดกำลังใจ เกิดการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางลบหรือรู้สึกเสียความมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งความรู้สึกไม่ชื่นชอบตนเองและคิดว่าตนเองไร้ค่าอาจนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ (Barry, 1989)

**3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ** ผลจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากบุคคลอื่นและไม่มั่นใจในตนเองเมื่อเข้าสู่สังคมเช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ที่เล็บเท้ามีการติดเชื้อรา จะเกิดความรู้สึกอาย ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการพบปะผู้อื่น (วิลาวัด ผลพลอย, 2539) ในรายที่เกิดการสูญเสียขาและเท้า ผู้ป่วยอาจหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพราะไม่ทราบว่าเป็นอย่างไรในสายตาคนอื่น ขาดความมั่นใจ วางตัวไม่ถูก เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ในบางครั้งไม่กล้าแสดงออกหรือแยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม นอกจากนี้การที่ต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการเป็นสมาชิกในสังคม และเปลี่ยนบทบาทกับคู่สมรส ทำให้เกิดความคับข้องใจ ซึ่งอาจคุกคามถึงชีวิตหากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อผลกระทบที่เกิดขึ้น (Lambert & Lamberts, 1985)

นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วการที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ เกิดความเสียเปรียบในการทำงาน ทำให้มีการจ้างงานลดลง อาจมีการเปลี่ยนงานหรือ ลาออกจากงาน ทำให้รายได้ลดลง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ประกอบกับต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นเงินจำนวนมาก เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับเท้าไม่เพียงแต่จะเสียค่าใช้จ่ายเป็นเงินจำนวนมากแต่เมื่อเกิดความพิการ ผู้ป่วยจะต้องเป็นภาระของครอบครัวและสังคมในการช่วยเหลือด้านต่างๆ ร่วมกับการไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม ทำให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจของประเทศชาติ (วิลาวัด ผลพลอย, 2539)

จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยต้องเผชิญความทุกข์ทรมานทั้งจากโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ และอาจเข้ารับการรักษาด้วยปัญหาแทรกซ้อนปีละหลายครั้ง ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกันและควบคุมมิให้เกิดขึ้นได้ หากผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ความเข้าใจและได้รับการฝึกทักษะในการดูแลและป้องกันรวมทั้งแก้ไขความผิดปกติของเท้าอย่างเหมาะสม

## 2. หลักการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

### 2.1 การดูแลเท้าที่จำเป็นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การดูแลเท้าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งการดูแลเท้าที่ได้นั้น จะสามารถป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและป้องกันการสูญเสียเท้าได้ (บารมี ธนาประชุม, 2543) จากผลการทบทวนวรรณกรรมถึงข้อแนะนำที่จำเป็นสำหรับการดูแลเท้า การบริหารเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน สามารถสรุปได้ดังนี้ คือ

1. **การดูแลและรักษาความสะอาดของผิวหนัง** เพื่อความสมบูรณ์ของผิวหนัง ที่จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ (Calle-Pascual, Alfonso, Alejandra, Duran et al., 2001; Waxman, Woodburn, Powell et al., 2003) ประกอบด้วย

1.1 ทำความสะอาดเท้าและดูแลผิวหนังทุกวัน ขณะอาบน้ำควรล้างเท้าและฟอกด้วยสบู่อ่อนๆ ตามซอกนิ้วเท้าและส่วนต่างๆ ของเท้าอย่างทั่วถึง ภายหลังกาล้างเท้าเรียบร้อยแล้ว ซับทุกส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณซอกนิ้วเท้าให้แห้งด้วยผ้าเนื้อนิ่ม โดยไม่เช็ดแรงเกินไปเพราะผิวหนังอาจถลอกเป็นแผลได้

1.2 หากผิวหนังที่เท้าแห้งเกินไปหรือมีรอยแตก หลังจากทำความสะอาดและเช็ดเท้าแห้งเรียบร้อยแล้ว ควรใช้ครีมหรือน้ำมันมะกอกทาผิวทาบางๆ บริเวณเท้า วันละ 1 - 2 ครั้ง ยกเว้นบริเวณซอกนิ้วเท้าไม่ควรทาครีมเพราะอาจก่อให้เกิดการหมักหมมและเป็นแผลเปื่อยตามมาได้

1.3 หากมีเหงื่อออกขึ้นที่เท้าบ่อยๆ ควรซับให้แห้งและใช้แป้งฝุ่น (Talcum powder) ทาบางๆ ให้ทั่วเท้า ตลอดจนโรยผงแป้งใส่ภายในรองเท้าและเลือกใส่รองเท้า ที่มีการระบายอากาศดี หากใส่ถุงเท้า ควรเปลี่ยนถุงเท้าบ่อยๆ

2. การตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติของเท้า (Waxman, Woodburn, Powell et al., 2003) ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 หมั่นตรวจดูลักษณะเท้าให้ละเอียดทั่วทุกส่วนวันละครั้ง เช่น บริเวณฝ่าเท้า ซอกนิ้วเท้า เล็บเท้า โดยเฉพาะบริเวณซอกนิ้วเท้าว่ามีเชื้อราหรือมีการอักเสบหรือไม่ หากมีควรรีบทำการรักษา

2.2 หากตรวจดูเท้าไม่สะดวกอาจใช้กระจกเงาหรือผู้อื่นช่วยส่องดู หากมีปัญหายายตาเลื่อม มองเห็นไม่ชัดเจน จะต้องให้บุตรหลานหรือผู้อื่นช่วยตรวจดูเท้าให้ นอกจากนี้ควรใช้นิ้วหัวแม่มือกดให้เท้าทั้งสองข้างเพื่อประเมินความรู้สึกเจ็บปวดที่แสดงถึงสิ่งแปลกปลอมดำบริเวณฝ่าเท้า

3. ป้องกันการเกิดแผลที่เท้า (Calle-Pascual, Alfonso, Alejandra, Duran et al., 2001; Waxman, Woodburn, Powell, et al., 2003) ได้เสนอการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าโดยมีหลักการปฏิบัติ ดังนี้

3.1 การตัดเล็บควรตัดด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันมิให้เกิดอาการเล็บขบ ซึ่งอาจลุกลามและเป็นสาเหตุของการตัดขาดได้ ควรตัดเล็บในแนวตรงและอย่าให้สั้น ชิดผิวหนังจนเกินไป ควรตัดเล็บในที่ๆ มีแสงสว่างเพียงพอ และมองเห็นเล็บชัดเจนเท่านั้น ถ้าตัดเล็บเองไม่ได้ อย่าพยายามตัดเอง ให้ผู้ที่เคยตัดเล็บมาก่อนตัดให้ การตัดเล็บควรทำหลังล้างเท้าหรืออาบน้ำใหม่ๆ

3.2 หลีกเลี่ยงการใช้มีดโกนหรือวัตถุของแข็งแคะซอกเล็บเท้า เพราะจะทำให้เกิดแผลและเนื้อเยื่อซอกชำรุด

3.3 ระวังของร้อน เช่น น้ำร้อนกระเด็นถูกเท้า ห้ามใช้กระเป๋าน้ำร้อน หรือขวดใส่น้ำร้อนวางบริเวณเท้า ยกเว้นว่าได้รับคำแนะนำจากแพทย์ในบางกรณีเท่านั้น ถ้ารู้สึกเท้าชา ห้ามประคบด้วยของร้อนใดๆ เพราะอาการชามักเกิดจากการเสื่อมของเส้นประสาท การใช้ความร้อนนอกจากจะไม่ช่วยลดอาการชาแล้ว อาจทำให้เกิดแผลไหม้พองได้ง่ายเนื่องจากผิวหนังผู้ป่วยเบาหวานจะรับความรู้สึกร้อน เย็นได้ไม่ดี กรณีมีความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย

3.4 หลีกเลี่ยงการตัด ดึง หรือแกะหนังแข็งๆ หนูดหรือตาปลา และไม่ควรรื้อยากัดลอกตาปลามาใช้เอง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพราะอาจทำให้เกิดการอักเสบได้

3.5 เมื่อมีผิวหนังพุพองเป็นตุ่มขึ้นมาห้ามเจาะหรือตัดลอกหนังออกเอง ควรไปพบแพทย์

3.6 ห้ามเดินเท้าเปล่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งบนพื้นที่ยืดหยุ่นหรือขรุขระถึงแม้หากอยู่ในบ้าน อาจใส่ถุงเท้าหรือรองเท้าบางๆ ขณะเดินอยู่ในบ้าน เพราะอาจเหยียบของมีคมได้ ซึ่งจะทำให้เกิดแผลที่เท้า

3.7 ทุกครั้งที่ออกจากบ้านควรใส่รองเท้าที่เหมาะสมกับเท้าโดยลักษณะของรองเท้าควรป้องกันอันตรายที่เกิดกับเท้าได้และไม่หลวมหลุดขณะเดิน ควรเลือกรองเท้าที่สวมพอดี สบาย ไม่บีบรัดและพื้นนุ่ม รองเท้าจะต้องมีการระบายอากาศและความชื้นได้ กรณีซื้อรองเท้าคู่มือควรใส่เพียงชั่วระยะเวลาสั้นๆ ในวันแรกๆ โดยเริ่มจากวันละครึ่งชั่วโมงในครั้งแรก วันต่อไปค่อยเพิ่มเป็นหนึ่งชั่วโมงสลับกับรองเท้ายูนิคอส แล้วเพิ่มเวลาการสวมใส่ให้นานขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้รองเท้าค่อยๆ ขยายปรับตัวเข้ากับเท้าได้ดี ทุกครั้งก่อนนำรองเท้ามารับ ควรตรวจดูภายในรองเท้า เพราะอาจมีเศษหิน กรวด หวาย หรือวัตถุใดๆ ตกค้างอยู่ ให้เคาะรองเท้าทุกครั้งเพื่อให้เศษหินหรือวัตถุที่อาจมีค้างภายในรองเท้าหลุดออก ทั้งนี้เนื่องจากบริเวณปลายเท้าของผู้เป็นเบาหวานจะรับรู้ต่อความรู้สึกสัมผัสลดลง หากมีเศษหินหรือวัตถุค้างในรองเท้า จะทำให้เกิดแผลและอาจเกิดการอักเสบลุกลามจนถึงขั้นทำให้ถูกตัดขาได้

3.8 ควรเลือกซื้อรองเท้าที่สวมใส่สบาย ผู้ห้ามเดินเท้าเปล่าเป็นอันตรายสำหรับรองเท้าที่สวมนั้นก็จำเป็นต้องเลือกเพื่อให้สวมใส่สบาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสวมรองเท้า ซึ่งวิธีการเลือกซื้อรองเท้ามีดังนี้

3.8.1 ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเลือกซื้อรองเท้า ควรเป็นเวลากลางวัน บ่ายหรือเย็น เพราะในช่วงเวลาดังกล่าว เท้าจะขยายตัวเต็มที่ เมื่อนำมาใส่จะไม่รู้สึกแน่น

3.8.2 ขนาดของรองเท้าควรให้มีขนาดใหญ่กว่าเท้าประมาณ 1/3 – 3/4 นิ้ว และมีรูปร่างเหมือนกับเท้า ทดลองใส่ขยับนิ้วเท้าดูว่าขยับได้หรือไม่ ถ้าขยับไม่ได้ แสดงว่ารองเท้าคับไป และควรจะทดลองใส่ทั้งสองข้าง แล้วเดินไปรอบๆ เพื่อให้แน่ใจว่าใส่ได้พอดี โดยไม่คับหรือไม่หลวมจนเกินไป

3.8.3 ชนิดของรองเท้า ควรเลือกรองเท้าผ้าใยสังเคราะห์ รองเท้าผ้าใบและรองเท้าหนัง ไม่ควรสวมรองเท้าที่ทำด้วยพลาสติกเพราะจะทำให้เกิดความอับชื้นของเท้า

**4. การส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้า** (ณัฐฉิณี จารุชัยนิวัฒน์, 2546) การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงเท้ามีดังนี้

4.1 หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้างหรือการนั่งยองๆ เป็นเวลานาน เพราะจะทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก

4.2 หลีกเลี้ยงการสูบบุหรี่ เพราะจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้หลอดเลือด เกิดการตีบแคบเร็วขึ้น

4.3 ควรสวมถุงเท้าที่ทำด้วยผ้าฝ้ายในฤดูหนาว เพื่อให้เท้าอบอุ่น เพราะอากาศเย็น ทำให้หลอดเลือดแดงตีบตัว เลือดไปเลี้ยงบริเวณเท้าลดลง ความอบอุ่นทำให้ หลอดเลือดแดงขยายตัว เลือดไปเลี้ยงเท้าดีขึ้น

4.4 ไม่สวมถุงเท้าที่รัดแน่นเกินไป ระวังระวังถุงเท้าหรือถุงน่องไม่ให้ขมวดเป็นปมตรงปลาย เพราะถุงเท้าที่บีบแน่นเกินไป จะทำให้ขัดขวางการไหลเวียนของเลือด

4.5 บริหารเท้า โดยนวดนิ้วเท้า ฝ่าเท้าและน่องหรือบริหารเท้าและขาทุกวัน เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดให้ดีขึ้น โดยปฏิบัติวันละ 1-2 ครั้ง ตัวอย่างทำการบริหารเท้า

ท่าที่ 1: งอ เขยียด นิ้วเท้า กระจกนิ้วเท้าทั้ง 2 ข้าง ขึ้นมาข้างบน แล้วงอนิ้วเท้าลงเข้าหาฝ่าเท้า ขึ้น-ลง โดยไม่ยกส้นเท้า ทำประมาณ 8-12 ครั้ง

ท่าที่ 2: ตั้งส้นเท้า เขย่งปลายเท้า กระจกปลายเท้าให้สูงจากพื้นมากที่สุด โดยที่ไม่ยกส้นเท้า ทำประมาณ 8-12 ครั้ง เขย่งปลายเท้า ยกส้นเท้าให้สูงที่สุด ทำประมาณ 8-12 ครั้ง

ท่าที่ 3: ปลายเท้าวาด วงกลม ให้ส้นเท้าอยู่กับพื้นกระจกปลายเท้าขึ้นทั้ง 2 ข้าง หมุนปลายเท้า วาดออกด้านนอกเป็นวงกลม ตามเข็มนาฬิกา ทำประมาณ 8-12 ครั้ง หมุนปลายเท้าเข้าด้านในเป็นวงกลม ทวนเข็มนาฬิกาทำประมาณ 8-12 ครั้ง

ท่าที่ 4: หมุนส้นเท้าเป็นวงกลม ให้ปลายเท้าอยู่กับพื้น ยกส้นเท้าหมุนส้นเท้าเป็นวงกลมให้กว้างที่สุด แล้วหมุนกลับทิศทำประมาณ 8-12 ครั้ง

ท่าที่ 5: ยืด เขยียด ขึ้น-ลง ยกขาขึ้นให้ขนานกับพื้น โดยเข่าเหยียดตรง กระจกปลายเท้าขึ้นด้านบนให้มากที่สุด แล้วงุ้มปลายเท้าชี้ลงพื้นให้มากที่สุด (ทำซ้ำๆ) ทำเช่นนี้กับขาอีกข้างหนึ่ง (ทำประมาณ 8-12 ครั้ง ทำทีละข้าง)

ท่าที่ 6: เขยียดขา หมุนปลายเท้า หมุนปลายเท้าเป็นวงกลมเหมือนเขียนเลขศูนย์กลางอากาศ แล้วหมุนกลับทิศ ทำเช่นนี้กับเท้าอีกข้างหนึ่ง (ทำประมาณ 8-12 ครั้ง ทำทีละข้าง)

ท่าที่ 7: ฉีกกระดาษปั้นลูกบอล โดยเริ่มหยิบกระดาษหนังสือพิมพ์ มา 1 คู่ กางออก วางลงที่พื้น ใช้เท้าทั้ง 2 ข้าง ฉีกกระดาษ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนแยกเก็บไว้หนึ่งส่วน ใช้เท้าทั้ง 2 ข้าง ขยี้กระดาษ ส่วนที่ 1 ให้เป็นลูกบอลกลมๆ ใช้นิ้วเท้า 2 ข้าง คลี่ลูกบอลออกแล้วฉีกกระดาษให้เป็น ขึ้นๆ ฉีกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ นำกระดาษหนังสือพิมพ์

ส่วนที่แยกเก็บไว้ มาวางคลี่ออกใช้นิ้วเท้าเหยียบกระดาดที่ฉีกเป็นชิ้น ๆ มาวางบนแผ่นกระดาดที่คลี่ออกนี้ จนครบทุกชิ้น จากนั้นใช้เท้า 2 ข้าง บั่นหัวกระดาดให้เป็นลูกบอลก้อนกลมๆ ให้แน่นที่สุดเท่าที่จะทำได้

ท่าที่ 8: บริหารเข่า นั่งเหยียดขา โดยนั่งตัวตรง หลังชิดพนักเก้าอี้ ห้อยขาทั้ง 2 ข้าง เหยียดขาขึ้นช้าๆ จนเข่าเหยียดตรง ท่าที่ละข้าง นับ 1-5 แล้ว วางลงที่เดิม (ทำข้างละประมาณ 8-12 ครั้ง)

ท่าที่ 9: บริหารเข่าขาขึ้นด้านหลัง ยืนตัวตรงเกาะขอบโต๊ะหรือพนักเก้าอี้ งอขาขึ้นทางด้านหลังช้าๆ ที่ละข้างจนสุดแล้ววางขา ลงที่เดิม ทำขาซ้าย-ขาขวาสลับกันข้างละประมาณ 8-12 ครั้ง

## 2.2 การประเมินสภาพเท้าเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลเท้า

การดูแลและป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเป็นมาตรฐานสำคัญในการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาปัญหาการเกิดแผลที่เท้าและยังช่วยลดอันตรายหรือภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งเท้าในผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลได้ง่าย และแผลหายช้ากว่าคนปกติ (นงลักษณ์ นฤวัต, 2542) และยังเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก ซึ่งการสูญเสียนี้มิได้เป็นการสูญเสียเฉพาะค่าใช้จ่ายเท่านั้น แต่ยังเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวหากต้องถูกตัดขา โดยที่ความรู้สึกส่วนนี้ไม่สามารถประเมินเป็นจำนวนเงินได้ ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยไม่สามารถยอมรับการสูญเสียอวัยวะนี้ได้ จึงส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ เป็นอย่างมากและในบางรายเกิดแผลเนื้องอกจนต้องตัดขาในที่สุด ดังนั้นจึงควรมีการป้องกัน การเกิดแผลตั้งแต่เริ่มแรกและวิธีป้องกันการเกิดแผลที่สำคัญคือ การประเมินสภาพเท้าเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลเท้าอย่างเหมาะสม

การประเมินสภาพเท้าสามารถช่วยวินิจฉัยปัญหาของเท้าได้ตั้งแต่เริ่มแรก และยังสามารถช่วยแยกผู้ป่วยที่เคยเป็นแผลที่เท้าหรือมีปัจจัยเสี่ยงที่จะกลายเป็นปัญหาของเท้าได้ และในอนาคตช่วยแยกผู้ป่วยที่เคยเป็นแผลที่เท้าหรือมีปัจจัยเสี่ยงที่จะกลายเป็นปัญหาของเท้าได้อย่างรวดเร็ว สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการรักษาและส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้ทันทีที่ก่อนจะมีอาการรุนแรงจนถึงขั้นถูกตัดขา (Dorgan, Birke, Moretto, Patout, & Rehm, 1995) หลักการประเมินสภาพเท้านั้นมี 2 ประการได้แก่ 1) การประเมินสภาพเท้าโดยทั่วไปและ

2) การประเมินสภาพความผิดปกติของเท้า ได้แก่ การประเมินการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงเท้าและการตรวจความผิดปกติประสาทส่วนปลาย (นงลักษณ์ นฤวัต, 2542)

1. การประเมินสภาพเท้าโดยทั่วไป การประเมินสภาพเท้าโดยทั่วไปนั้นควรกระทำตั้งแต่เริ่มพบผู้ป่วย โดยพิจารณาจากท่าทางการเดินว่า มีความมั่นคงเพียงใด ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหรือไม่ ลักษณะการลงน้ำหนักของเท้าทั้งสองเท้า การสังเกตการสวมรองเท้าว่าเหมาะสมหรือไม่ ซักถามถึงวิธีการดูแลเท้าเมื่ออยู่ที่บ้าน ตรวจดูลักษณะโครงสร้างความสะดวกของเท้าและเล็บเท้า ตั้งแต่หลังเท้า ฝ่าเท้า และซอกนิ้วเท้า ความชุ่มชื้นของผิวหนัง ถ้าผิวหนังแห้งจะทำให้ผิวหนัง ฉีกขาดง่าย แต่ถ้าแห้งออกมากจะทำให้เกิดเชื้อราได้ง่าย (Christensen, Funnell, Enrich, Fellow., & Floyd, 1991; Dorgan, Birke, Moretto, Patout, & Rehm, 1995)

2. การประเมินสภาพความผิดปกติของเท้า การประเมินสภาพความผิดปกติของเท้า จะประเมินดังนี้

2.1 ความผิดปกติในโครงสร้างของเท้า เช่นการตรวจดูตาปลา นิ้วเท้าหงิกงอ รอยแดง หูดที่ฝ่าเท้า รอยแตกของผิวหนัง เท้าบวม เล็บเท้ามีเล็บขบ เชื้อราที่เล็บเท้า (Skinner, 1996)

2.2 ความผิดปกติด้านการทำหน้าที่ของระบบไหลเวียน โดยมีวิธีการประเมินดังนี้

(1) การประเมินลักษณะของผิวหนัง ผิวหนังจะแห้งบางเป็นมัน ตกสะเก็ด มีจุดต่าง ขนร่วง เล็บเท้างอกเข้าและเมื่อตรวจร่างกายโดยให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าแล้วสังเกตสีของผิวหนังที่เท้า พบว่าผิวหนังสีแดงเข้มขึ้นหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยนอนราบยกเท้าขึ้นสูงประมาณ 45 องศา นาน 3 นาที พบว่าผิวหนังที่เท้าซีดซึ่งแสดงถึงเลือดไปเลี้ยงเท้าไม่เพียงพอในทางตรงกันข้ามถ้าผิวหนัง รอบข้อเท้าหรือส่วนล่างของขามีสีน้ำตาล ซึ่งบ่งบอกถึงโรคของหลอดเลือดดำอุดตัน (Christensen et al., 1991; Skinner, 1996)

(2) การประเมินอุณหภูมิของเท้า เมื่อคลำผิวหนังบริเวณเท้าตั้งแต่หัวเข่าจนถึงนิ้วเท้าจะรู้สึกเย็นกว่าปกติ (Dorgan et al., 1995; Skinner, 1996)

(3) การจับชีพจรหลังเท้า โดยบริเวณข้อเท้าด้านในและใต้ข้อพับเข่าจะคลำได้เบาหรือคลำไม่ได้ ผู้ป่วยมักจะให้ประวัติว่ามีชีพจรเบาหรือคลำไม่ได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยมักจะให้ประวัติว่ามีอาการปวดน่องขณะเดิน แต่เมื่อได้พักแล้วอาการปวดจะทุเลา (Dorgan et al., 1995; Skinner, 1996)

2.3 การประเมินความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) การเสื่อมของประสาทรับความรู้สึก 2) การเสื่อมของประสาทอัตโนมัติและ 3) การเสื่อมของประสาทสั่งการ โดยมีรายละเอียดของการประเมินในแต่ละกลุ่มดังนี้

(1) การเสื่อมของประสาทรับความรู้สึก ความสามารถในการ รับความรู้สึกเจ็บ จะหายไปเมื่อทดสอบด้วยเข็มกลัดซ่อนปลาย ที่หน้าขา หลังเท้าและฝ่าเท้าหรือเมื่อใช้เครื่องมือทดสอบความรู้สึกโมโนฟิลาเมนต์ (Monofilament) ทดสอบความสามารถ ในการรับความรู้สึกที่ หลังเท้า และฝ่าเท้าใน 10 ตำแหน่ง และตำแหน่งการรับรู้ความรู้สึกหายไป 4 ตำแหน่ง แสดงว่ามี ภาวะเสี่ยง ถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีการเสื่อมของประสาทรับความรู้สึก การรับความรู้สึกบริเวณฝ่าเท้า และหลังเท้าจะหายไป (ADA, 2001, Christensen, Funnell, Enrich, Fellow., & Floyd, 1991 et al., 1991; Dorgan, Birke, Moretto, Patout, & Rehm, 1995; The LSU Health Sciences Center, 2001) ส่วนความสามารถในการรับความรู้สึกสัมผัสเพื่อน เมื่อทดสอบด้วยส้อมเสียง ขนาด 128 เฮิรตซ์ ที่ปุ่มกระดูกข้อเท้าด้านในหายไป และเมื่อตรวจความไวของรีเฟล็กซ์ด้วยไม้เคาะเข่าที่หัวเข่า และข้อเท้าจะหายไป ซึ่งเป็นความเสื่อมของประสาทรับความรู้สึกของเท้ามักเกิดบริเวณเท้าในส่วนที่ สวมถุงเท้า ผู้ป่วยจะให้ประวัติว่า มีอาการชา ปวดแปลบเหมือนเข็มตำ ปวดแสบปวดร้อน ปวดคล้าย เป็นตะคริว หรือปวดตื้อๆ ลึกลง อาการปวดมักเกิดในเวลากลางคืน หรือขณะพักผ่อนและอาการจะ ทุเลาลงเมื่อลุกเดิน นอกจากนั้นอาจจะรู้สึกได้ว่า เท้าไม่สะอาดเหมือนมีทรายติด ที่ฝ่าเท้า (Dorgan et al., 1995; Skinner, 1996)

(2) การประเมินความการเสื่อมของประสาทอัตโนมัติ โดยประเมิน ความชุ่มชื้นของผิวหนัง การขับเหงื่อ เนื่องจากความเสื่อมของเส้นประสาททำให้ต่อมเหงื่อโพไครน์ ที่เท้าขับเหงื่อออกน้อย เนื่องจากใยประสาทที่ไปเลี้ยงต่อมเหงื่อถูกทำลายทำให้ผิวหนังแห้งมากฉีก ขาดได้ง่าย โดยมากมักเกิดที่สันเท้า (Bovington, 1983) นอกจากนั้นยังพบว่าปริมาณเหงื่อที่ น้อยลงมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการสูญเสียการรับความรู้สึกเจ็บปวด

(3) การประเมินความการเสื่อมของประสาทควบคุมกล้ามเนื้อ โดย ตรวจดูการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของเท้ามักเกิดที่ข้อเท้า ข้อต่อของกระดูกฝ่าเท้า ทำให้รูปร่าง เท้าผิดรูปโดยพบเท้าหดสั้นและบิดออกด้านนอกซึ่งไม่มีอาการ (Neuropathic arthropathy) รวมทั้งฝ่าเท้าแบน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้จุดรับน้ำหนักของเท้าเปลี่ยนไปและเกิดแผลที่ เท้าได้ง่าย วิธีการประเมินทำได้โดยยกเท้าขึ้นตรง 90 องศา แล้วให้กระดูกปลายเท้าขึ้นจะกระดูก ปลายเท้า ซึ่งหากทำการกวาดปลายเท้าและเหยียดตรงไม่ได้แสดงถึงความผิดปกติของ เส้นประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อ (Dorgan et al., 1995; Skinner, 1996) จะเห็นได้ว่าการประเมิน

ความผิดปกติของเท้าเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ โดยจะเป็นแนวทางในการดูแลเท้าต่อไป

### 2.3 แนวทางการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าพบว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลนั้นประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การรักษาแผลที่เท้าและการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**การรักษาแผลที่เท้า** เทพ นิเมะทองคำและคณะ (2550) ได้เสนอแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าไว้ 2 ระยะ คือการดูแลรักษาเท้าเบื้องต้นและการรักษาโดยแพทย์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การดูแลรักษาเท้าเบื้องต้น โดยผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับคำแนะนำเรื่อง การดูแลแผลเบื้องต้น เมื่อเป็นแผลหรือของมีคมขีดข่วน ควรล้างแผลให้สะอาดด้วยน้ำอุ่นหรือสบู่เช็ดให้แห้งและใส่ยาฆ่าเชื้อเช่น น้ำยาโพวิโดนไอโอดีน เบตาดีนอย่างเจือจาง (น้ำยาเบตาดีน 1 ส่วนต่อ น้ำเกลือหรือแอลกอฮอล์หรือน้ำต้มสุก 3 ส่วน) ปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลที่แห้งและผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว ไม่ควรใช้พลาสติกปิดแผลโดยตรงและไม่ควรใช้ยาฆ่าเชื้อที่มีสีติดผิวหนังซึ่งล้างออกยากเช่น ยาแดงหรือทิงเจอร์ไอโอดีน เพราะจะทำให้สังเกตความเปลี่ยนแปลงของแผลยาก ถ้าหากแผลบวมแดงขึ้น มีหนองออกมา แม้ว่าจะไม่เจ็บปวดก็ควรรีบไปพบแพทย์โดยเร็ว สำหรับในบริเวณซอกนิ้วซึ่งอับชื้นอาจเป็นเชื้อราขึ้นได้ จึงควรหมั่นเช็ดให้แห้งและควรเปลี่ยนถุงเท้าบ่อยๆมากกว่า 1 ครั้งต่อวันหรือไม่ใส่รองเท้าที่ปิดอับติดต่อกันนานๆ บริเวณที่เป็นตาปลาควรได้รับการตัดออกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้แข็งมากจนทำให้เกิดเนื้อใต้ผิวหนังจนเกิดเป็นเนื้อตาย การตัดตาปลาต้องทำโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ เช่น แพทย์หรือพยาบาลเฉพาะทาง ห้ามทำด้วยตนเอง นอกจากนี้ อาจจะต้องทำรองเท้าพิเศษขึ้นใช้ซึ่งจะช่วยลดหรือเปลี่ยนจุดลงน้ำหนักของเท้าเพื่อไม่ให้เป็นแผล โดย การดูแลเท้าเบื้องต้นเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนต้องปฏิบัติ แต่หากมีบาดแผลที่มีขนาดใหญ่หรือมีการอักเสบต้องเข้ารับการรักษาโดยแพทย์

2. การรักษาโดยแพทย์ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเช่น เกิดแผลที่เท้าขนาดใหญ่หรือมีการติดเชื้อจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการลุกลามซึ่งอาจนำไปสู่การถูกตัดขาได้ โดยการรักษานี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของแผลซึ่งจะมีหลักการหลักๆ ดังนี้

2.1 การทำแผล หากมีหนองคั่งต้องเปิดแผลให้กว้างเพื่อระบายหนองออก ตัดเนื้อเน่าหรือเนื้อที่ตายออก ล้างแผลด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาเบตาดีนอย่างเจือจาง (น้ำยา

เบตาดีน 1 ส่วนต่อน้ำเกลือไอโอดีนหรือน้ำต้มสุก 3 ส่วน) แล้วปิดแผลด้วยก๊อชชุบสารละลายดังกล่าวข้างต้น ควรทำแผลวันละ 2-4 ครั้งและรักษาแผลให้มีความชุ่มชื้นอยู่เสมอ

2.2 การใช้ยาปฏิชีวนะ จะอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ว่าควรใช้ยาชนิดใดและให้ยาโดยการรับประทานหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดโดยแพทย์จะพิจารณาตามลักษณะและความรุนแรงของแผล

2.3 การหยุดพักบริเวณที่เป็นแผล โดยเฉพาะถ้าเป็นจุดที่ลงน้ำหนัก ควรนอนพักเฉยๆ พยายามเดินเท่าที่จำเป็น ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถนอนพักเฉยๆ ได้ อาจจำเป็นต้องใส่เฝือกเพื่อป้องกันการกดทับแผลหรือสวมรองเท้าที่สร้างขึ้นเป็นพิเศษเพื่อหลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักบริเวณที่เป็นแผล

2.4 การผ่าตัดหลอดเลือด ในกรณีที่แผลนั้นมีการขาดเลือดเนื่องจากมีเส้นเลือดตีบแข็ง ในขั้นแรกจะต้องวินิจฉัยโดยการฉีดสีเข้าไปในหลอดเลือดเพื่อดูว่าเส้นเลือดตีบตันหรือไม่ และจะสามารถผ่าตัดให้มีเลือดไปเลี้ยงบริเวณแผลได้ดีขึ้นหรือไม่ ซึ่งในบางครั้งก็สามารถทำได้และได้ผลค่อนข้างดีถ้าหากอยู่ในความดูแลของแพทย์ผู้ชำนาญทางด้านศัลยกรรมหลอดเลือด แต่อาการขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดฝอยนั้นยังไม่สามารถผ่าตัดแก้ไขได้ (ธัญญา เภฏฐากุลและคณะ, 2538) การรักษาแผลที่เท้าซึ่งมีปัญหาลิ้นโลหิตตีบร่วมด้วยนั้นอาจมีความจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดต่อเส้นโลหิตร่วมด้วย การผ่าตัดจะช่วยให้เลือดลงไปถึงเส้นเลือดส่วนปลายบริเวณเท้าได้ แพทย์สามารถที่จะรักษาเขาเอาไว้ได้ถึง ร้อยละ 70 (โดยไม่ต้องตัดขาได้เข้าออก) แต่ในบางกรณีผู้ป่วยอาจจะยังคงต้องสูญเสียนิ้วเท้าที่เป็นแผลไปบ้าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของแผล อย่างไรก็ตาม นับว่าเป็นความก้าวหน้าที่ดีขึ้นกว่าในอดีตมากเพราะในอดีตมักสิ้นสุดการรักษาด้วยการตัดขาบริเวณใต้เข่าออก (ทวิลาภ ต้นสวัสดิ์, 2546)

2.5 การผ่าตัดเท้าทิ้ง จะทำต่อเมื่อไม่สามารถรักษาแผลด้วยวิธีที่กล่าวมาแล้วให้ได้ผล ระดับที่ผ่าตัดจะอยู่ใต้เข่าหรือเหนือเข่าขึ้นขึ้นอยู่กับแผล หลังการผ่าตัดแล้วสามารถประกอบขาเทียมได้ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเดินและเคลื่อนไหวได้ดังเดิม

### 3. ปัญหาในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้องและเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้องและเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าที่มีสาเหตุสำคัญ ดังนี้

1. การขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาของนางลักษณ์ นฤวัตร (2533) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเท้าและสภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 26.5 ไม่เคยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลเท้า สำหรับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำ พบว่าส่วนใหญ่มีการทำให้คำแนะนำเพียงครั้งเดียวซึ่งอาจจะไม่ครอบคลุมทุกเรื่อง ทั้งนี้บุคคลากรส่วนใหญ่มักมุ่งเน้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยให้ความสนใจในเรื่องของการควบคุมอาหาร การปรับขนาดยา มากกว่าเรื่องอื่น ส่วนเรื่องคำแนะนำในเรื่องของการดูแลเท้ายังเป็นเรื่องทำๆ ที่กล่าวถึง ทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่ไม่ละเอียดและไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งเพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงที่มีโรคเบาหวานในภาคตะวันตกของไทย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องการรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะเรื่องของการดูแลเท้า บางรายสามารถบอกได้ว่าจะดูแลเท้าอย่างไรแต่ไม่สามารถนำความรู้ไปดูแลเท้าได้อย่างเหมาะสม โดยจากการศึกษาของอดิศัย ภูมิวิเศษ (2537) ผลจากการเยี่ยมบ้านพบว่าผู้เป็นเบาหวานสามารถบอกได้ว่าต้องดูแลเท้าอย่างไร แต่ลักษณะเท้าที่สังเกตเห็นนั้นไม่สะอาด ตัดเล็บไม่ถูกต้องและเดินเท้าเปล่าในบริเวณรอบๆ บ้าน ซึ่งแสดงถึงพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง จากการศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และสัมภาษณ์พบว่า ผู้เป็นเบาหวานสามารถบอกได้ว่าต้องดูแลเท้าอย่างไร แต่ลักษณะเท้า ที่สังเกตเห็นนั้นไม่สะอาด ตัดเล็บไม่ถูกต้องและเดินเท้าเปล่าในบริเวณรอบๆ บ้าน (อดิศัย ภูมิวิเศษ, 2537) ซึ่งจันทรา บริสุทธิ์ (2540) และเพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540) ศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานยังมีปัญหาในการปฏิบัติตัวเรื่องของการดูแลเท้าไม่เหมาะสม โดยพบว่า ผู้เป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่มักตัดเล็บโค้งตามรูปเล็บ และเมื่อมีเศษดินสิ่งสกปรกบางคนใช้ที่ตัดเล็บ ไม้ หรือมีดเคาะตามซอกเล็บ นอกจากนี้ผู้เป็นเบาหวานยังตัดหนังหนาและตาปลาด้วยตนเอง ซึ่งพฤติกรรม การดูแลเท้าดังกล่าว เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่นำไปสู่การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้ นอกจากนี้การใส่รองเท้าที่คับเกินไปหรือใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสมกับรูปทรงของเท้าก็เป็นปัญหาที่สำคัญ(ชัยชาญ ติโรจนวงศ์, 2537)

2. จากการขาดตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลเท้า จากการศึกษา ประสพการณ์การรับรู้การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานโดยนุชพร ตันติวิฒนไพศาล (2545) พบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีการรับรู้ความผิดปกติของเท้า แต่มีการตอบสนองต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเท้าในรูปแบบที่แตกต่างกัน โดยบางรายเห็นว่าการเกิดแผลที่เท้าไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลที่เท้า บางรายเข้าใจว่าแผลที่เท้าไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลที่เท้า ซึ่งส่วนหนึ่งจะมีการรักษาด้วยตนเองหรือปล่อยให้หายเอง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้ความช่วยเหลือและจากการศึกษาประสพการณ์การ

เรียนรู้การดูแลเท้า ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยนุชพร ต้นดีวัฒนไพศาล (2545) โดยการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ความผิดปกติที่เท้าเมื่อมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเท้าแล้ว เช่น การรับรู้ความรู้สึกลดลง อากาศแปรปวหรือยิบๆ คล้ายว่ามีสิ่งมีชีวิตเคลื่อนไหวใต้ผิวหนังบริเวณเท้า ความทุกข์ทรมานจากตะคริวที่เท้า และแผลพุพอง แผลหายช้า เมื่อรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเท้า โดยผู้ป่วยเบาหวานให้ความหมายและมีการตอบสนองต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเท้าใน 3 รูปแบบคือ 1) เห็นว่าการเกิดแผลที่เท้าเกิดขึ้นได้เองตามปกติและมีการแสวงหาวิธีการบรรเทาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น 2) เห็นว่าการเกิดแผลที่เท้าไม่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน โดยมีการรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเองหรือรอให้หายเองและ 3) เห็นว่าการเกิดแผลที่เท้าเกิดจากโรคเบาหวานและแสวงหาวิธีการรักษา โดยผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการเกิดแผลดังกล่าว ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลในผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่งยังไม่ถูกต้องและเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้การช่วยเหลือ

3. การมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้า เป็นปัญหาทางสุขภาพ ได้แก่ ความเสื่อมของสายตาหรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ทำให้ดูแลเท้าไม่สะดวก จากการศึกษาของ โรเซนควิสท์ (Rosenqvist, 1982) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 44 ดูแลเท้าได้อย่างยากลำบาก เนื่องจากมีสายตาพร่ามัวจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและการดำเนินชีวิตอยู่ตามลำพัง ทำให้มีปัญหาในด้านการตัดเล็บเท้าและการตรวจเท้าเพื่อหาความผิดปกติ

4. การมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากสถิติพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในวัยกลางคนหรือสูงอายุ ซึ่งมักมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา ซึ่งเป็นอุปสรรคในการอ่านเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ทางโรงพยาบาลแจกให้ ประกอบกับผู้ป่วย มีความเกรงใจไม่กล้าที่จะซักถามหรือแสดงความคิดเห็นทำให้ไม่สามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าได้ (จำลอง ทับทิมศรี, 2542)

จากปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดแผลที่เท้า จากการศึกษาลักษณะการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในด้านต่างๆ พบว่า ผู้เป็นเบาหวานส่วนมากไม่ได้ทำความสะอาดเท้าอย่างทั่วถึงทุกส่วน ทุกวันหลังอาบน้ำหรือล้างเท้าแล้วไม่ได้ใช้ผ้าเช็ดเท้าให้แห้ง แต่จะเหยียบลงบนผ้าเช็ดเท้าหรือปล่อยให้เท้าแห้งเอง เมื่อมีเหงื่อออกขึ้นไม่ได้ดูแลเท้าเป็นพิเศษ ไม่ได้ตรวจเท้าอย่างสม่ำเสมอหรือตัดเล็บเท้าสั้นชนิดเนือปลายมน ตัดเล็บโดยไม่ล้างเท้าให้เล็บอ่อนตัวก่อน ใช้มีดหรือกรรไกรตัดหนังแข็งที่เท้า เมื่อมีผิวหนังที่เท้าแห้งไม่ได้ใช้ครีมทาผิว เมื่อรู้สึกเท้าขาบางรายมีการแช่เท้าด้วยน้ำร้อน วางเท้าบนเตารีดที่ร้อนหรือเหยียบลงบนปูนถนนที่ร้อน ตลอดจน

การวางกระเป๋าน้ำร้อนตรงตำแหน่งที่ขา (ณัฐวิณี จารุชัยนิวัฒน์, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้หญิงที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่มักจะสวมรองเท้าแตะที่ทำจากพลาสติกหรือรองเท้าฟองน้ำ ไม่ได้บริหารเท้า และชอบนั่งไขว่ห้างเป็นเวลานาน เมื่อเกิดบาดแผลขึ้นไม่ได้ล้างแผลหรือไม่คิดที่จะล้างแผลด้วยน้ำสบู่ แต่จะทำความสะอาดแผลด้วยไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ ต่างทับทิม แอลกอฮอล์และใช้ทิชเชอร์ไอโอดีน ยาแดง น้ำมันมนต์ น้ำมันเลียงผา สมุนไพรในการใส่แผล เมื่อแผลเกิดการอักเสบรุนแรงมากขึ้น จึงจะรีบไปโรงพยาบาล (นงลักษณ์ นฤวัตร (2533)

จากผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน พอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้องในด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ด้านการดูแลและรักษาความสะอาดของผิวหนัง ได้แก่ ไม่ได้ทำความสะอาดเท้าอย่างทั่วถึงทุกส่วน และไม่ทำทุกวันปล่อยให้เท้าสกปรกและเป็นแผล เมื่อเกิดแผลที่เท้าแล้วไม่ได้ทำความสะอาดเท้า นั้น เพราะเกรงแผลจะลุกลามเมื่อผิวหนังที่เท้าแห้งไม่ได้ใช้ครีมทาผิว (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2536)
- 2) ด้านการตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ ได้แก่ ไม่ได้ตรวจเท้าหาความผิดปกติ 3) ด้านการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่ การตัดเล็บไม่ถูกต้อง เช่น ตัดเล็บเท้าสั้นชิดเนื้อและปลายมนหรือตัดเล็บโค้งตามรูปเล็บ หรือมีการใช้ไม้หรือมีดแกะตามซอกเล็บเมื่อมีเศษดิน สิ่งสกปรกหรือใช้ที่ตัดเล็บหรือมีดตัดหนังหนา ตาปลาของตนเอง ตัดเล็บเท้าโดยไม่ล้างเท้าหรือแช่เท้าให้เล็บอ่อนตัวก่อน แช่เท้าด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำร้อนเมื่อมีอาการเท้าชา หรือเท้าเย็น วางเท้าบนเตารีด ที่ร้อน เหยียบลงบนพื้นปูนหรือบนถนนที่ร้อน สวมรองเท้าแตะ (รัชณี โชติมงคลและคณะ, 2542) 4) ด้านการส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด ได้แก่ ไม่ได้บริหารเท้า ชอบนั่งไขว่ห้างเป็นเวลานานๆ และ 5) ด้านการดูแลรักษาบาดแผล ได้แก่ เมื่อมีแผลที่เท้าไม่ได้ล้างแผล ทำแผลด้วยไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ ต่างทับทิม แอลกอฮอล์ ทิชเชอร์ไอโอดีน น้ำมันมนต์ น้ำมันเลียงผา (จันทร์หา บริสุทธิ์, 2540) ผลจากการมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวานดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญ ที่นำไปสู่การเกิดแผลและถูกตัดขา จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมการดูแลเท้าไม่ถูกต้องและไม่ได้ดูแลเอาใจใส่เท้าเป็นพิเศษ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีโอกาสเกิดแผลและถูกตัดขาเนื่องจากแผลเน่า การดูแลเท้าที่ถูกต้องเป็นสิ่งที่คุณป่วยเบาหวานควรปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรักษาโครงสร้างและการทำหน้าที่ของเท้าให้เป็นปกติ รวมทั้งป้องกันการเกิดแผลที่อาจก่อให้เกิดความสูญเสีย และความพิการตามมาได้

จากการทบทวนงานวิจัยหลายการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในหลายการศึกษาได้ข้อสรุปว่า โปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้ (Health education) ได้ผลดีในแง่การเพิ่มความรู้อ และเพิ่มทักษะการดูแลเท้า (Hamalainea et al., 1998;

Ronnemaa et al., 1997) แต่ยังมีงานวิจัยอีกส่วนหนึ่งที่พบว่า แม้ว่าการให้โปรแกรมดังกล่าวจะเพิ่มความรู้แต่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง (Barth et al., 1991; Bloomgarden et al., 1987) โดยรูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคลมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าแต่ทักษะในการดูแลเท้าและลักษณะเท้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (Rattic et al., 1986) สำหรับผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวีดิทัศน์ร่วมกับการสาธิตการดูแลเท้าพบว่าช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการตรวจเท้า ล้างเท้าเป็นประจำทุกวันเพิ่มขึ้น แต่ความรู้ การดูแลเท้าและลักษณะของเท้าเมื่อสิ้นสุดโครงการแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Kruger et al., 1992) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกส่วนหนึ่งที่พบว่าโปรแกรมการสอนไม่มีประสิทธิภาพในเพิ่มความรู้และพฤติกรรม (Donohoe et al., 2000) ซึ่งแสดงถึงว่ายังมีความต้องการให้การพัฒนาโปรแกรมการสอนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อช่วยในการส่งเสริมการดูแลเท้า

ผลการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวพอสรุปได้ว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าและลดความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานและ การที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าอย่างถูกต้องและเหมาะสมจำเป็นต้องสร้างความเชื่อมั่นและแรงจูงใจเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น เบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวว่า ขึ้นอยู่กับความเชื่อส่วนบุคคล ที่เชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีกับตัวเองทำให้มีความยินดีในการปฏิบัติ การให้ข้อมูลที่มีความชัดเจน เข้าใจง่ายและทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ถูกต้อง เป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง นอกจากผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว การปฏิบัติดูแลเท้าและการคงพฤติกรรมดูแลเท้าที่ต่อเนื่องนั้นต้องเป็นผลมาจากตัวของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยควรมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ที่จะกระทำในพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง

#### 4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้า

การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในการดูแลเท้า ต้องมีความเข้าใจถึง หลักการดูแลเท้าที่ถูกต้องรวมทั้งเห็นความสำคัญในการดูแลเท้า มีความต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมใหม่รวมทั้งสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพพบว่า ทฤษฎีที่มีการนิยามใช้อย่างแพร่หลายคือ ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1986) ดังที่จะได้กล่าวประเด็นต่อไป

#### 4.1 ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model theory)

ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพได้รับพัฒนามาจากทฤษฎีของเลวินและโรเซนสต็อก (Lewin & Rosenstock, 1974) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาสังคม เพื่อทำความเข้าใจและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เกิดจากปัจจัยเกี่ยวข้องต่างๆ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการกระทำ เป็นปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วย ปัจจัยชักนำภายใน ได้แก่ ความเชื่อ ความรู้ ทศนคติ ค่านิยม รายได้ ฯลฯ และปัจจัยชักนำภายนอก ได้แก่ การได้รับการชักชวนจากผู้อื่น แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลายแบบจำลองนี้ต้องการอธิบายเหตุผลที่ประชาชนมีพฤติกรรมการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของตนเอง เช่น การมารับการตรวจเซลล์มะเร็งเป็นต้น

โรเซนสต็อกและเบคเกอร์ (Rosenstock, 1974; Becker, 1974) ได้พัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับบุคคล โดยที่ได้อธิบายแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพ อย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า บุคคลมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นมีความรุนแรงถึงชีวิตบุคคล การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรค จะให้ผลดีต่อบุคคลในการช่วยลดโอกาสต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคและไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย

องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)
- 2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness or Severity)
- 3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits)
- 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers)
- 5) ตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to action)
- 6) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

## 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

เบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวว่า ความเชื่อมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ ตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ในแต่ละคนจะมีความเชื่อแตกต่างกันและ บุคคลเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพที่ดีในระดับที่แตกต่างกัน บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความ ร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Becker, 1974) มีการศึกษาจำนวนมาก ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และเบคเกอร์สรุปไว้ว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมี สุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Becker, 1974) ซึ่งจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2545) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ด้านความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดพยาธิสภาพและ ความรุนแรงของการเกิดแผลที่เท้า น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความตระหนักในการดูแลเท้า ของตนเพิ่มมากขึ้น

## 2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness or Severity)

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อมั่นที่บุคคลเป็นผู้ ประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ความรุนแรงที่ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความ ยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนและผลกระทบที่มี ต่อบทบาททางสังคมหรือฐานะทางเศรษฐกิจในสังคมและเชื่อว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ว่าจะเกิดโรค แต่ไม่รับรู้ต่อผลเสีย อันตรายที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย จิตใจและครอบครัวตนเองแล้ว บุคคลนั้นจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (Becker, 1974) ซึ่ง จากการศึกษาศึกษาของศิริพร ปาระมะ (2545) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ถึงความ รุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2545) ศึกษา ความสัมพันธ์ด้านความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นการส่งเสริมในผู้ป่วยเบาหวานได้เข้าใจและรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดแผลที่เท้า น่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดีขึ้น

### 3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits)

การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อให้หายจากการเป็นโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้นหรือโรคแทรกซ้อนต่างๆ โดยการปฏิบัติตัวนั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Becker, 1974)

จากการศึกษาของศิริพร ปาระมะ (2545) ที่ได้ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำพูนพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค อยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ด้านความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้สายฝน ม่วงคุ้ม (2547) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าและสภาวะเท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดราชบุรีพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลเท้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อเกิดแผลที่เท้า น่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องเหมาะสม

### 4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

เบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวว่า การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างเช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการหรือปฏิบัติพฤติกรรมที่ขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ

การรับรู้ต่ออุปสรรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยหากมีการรับรู้อุปสรรคสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ทำ

พฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งงานวิจัยที่ทำการศึกษากลับมาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับสายฝน ม่วงคุ้ม (2547) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลเท้าและสภาวะเท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดราชบุรีพบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการแก้ไขปัญหา หรือการรับรู้อุปสรรคในการดูแลเท้าให้กับผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการ ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเท้าได้ดีขึ้น

### 5. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to action)

ตัวชี้แนะการกระทำเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ผลักดันให้บุคคลนั้นผ่านระยะ การตัดสินใจเข้าสู่ระยะกระทำพฤติกรรม แม้บุคคลจะรับรู้ความรุนแรง ความเสี่ยง ประโยชน์และ อุปสรรคของการป้องกันโรคก็ตาม แต่ตัวชี้แนะการกระทำจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะ ทำพฤติกรรม โดยตัวชี้แนะการกระทำอาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นภายในเช่น การรับรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกาย หรือสิ่งกระตุ้นภายนอกเช่น การได้รับรู้จากสื่อมวลชน การได้รับคำแนะนำจากบุคลากร สาธารณสุข ประสบการณ์ที่เผชิญความเจ็บป่วย การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวและเพื่อน เป็นต้น ระดับของการกระตุ้นนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ถึงการคุกคามของโรค ถ้าการรับรู้ถึงการคุกคาม ของโรคต่ำ สิ่งกระตุ้นต้องมาก ถ้าการรับรู้การคุกคามของโรคสูงสิ่งกระตุ้นไม่จำเป็นต้องมากนัก เพราะบุคคลนั้นมีแนวโน้มกระทำอยู่แล้ว เพียงแต่ให้คำแนะนำเท่านั้นก็สามารถกระตุ้นให้เกิดการ กระทำได้ (Rosenstock, Strecher, Becker, 1994 อ้างในนงลักษณ์ ประสิทธิ์ผล, 2543) แรงจูงใจ ด้านสุขภาพคือ ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลโดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่ง เร้าทั้งจากภายนอกและภายในเช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับฟัง คำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอกเช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ ผลักดันให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด โรค (Becker, 1974) จากการศึกษาของศิริพร ปาระมะ (2545) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล จังหวัดลำพูนพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมี แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยด้านแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลกำแพงเพชรและการศึกษาของ สายฝน ม่วงคุ้ม (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าและสภาวะเท้า

ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดราชบุรี พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการชี้แนะการกระทำ น่าจะเป็นตัวแปรสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลทำที่เหมาะสม

## 6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

เบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวว่า ปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เช่น ปัจจัยด้านประชากร โครงสร้างทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วย (Becker, 1974) โดยจากการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ด้านความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่าปัจจัยร่วมทางสังคมได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาที่ได้กล่าวมา สรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) สามารถใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามเจ็บป่วยและไม่ป่วย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลทำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 องค์ประกอบคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและอุปสรรคในการป้องกันโรค โดยการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลทำที่เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดแผลที่เท้าและภาวะแทรกซ้อนที่เท้า นั้น จะต้องมีความเชื่อว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้ารวมทั้งเชื่อว่าการเกิดแผลที่เท้าและภาวะแทรกซ้อนที่เท้ามีความรุนแรงต่อตนเองและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ครอบครัว การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลทำจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าหรือในกรณีที่เกิดแผลที่เท้าขึ้นแล้วก็จะช่วยลดความรุนแรงของอาการได้ และในการปฏิบัติตนนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ความสะดวกในการปฏิบัติ ความยากลำบากและอุปสรรคต่างๆ ดังนั้น หากผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยอีกส่วนหนึ่งที่พบว่าแม้ผู้ป่วยจะมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมการดูแลทำยังไม่ถูกต้อง เช่น จากการศึกษารายชื่อและคณะ (Rattic, Shrauger, Recker et al., 1986) ศึกษาแบบการให้ความรู้ รูปแบบการดูแลทำโดยพยาบาล เป็น

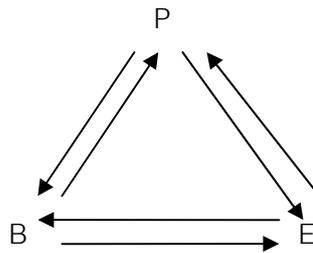
รายบุคคล เป็นการให้ความรู้ที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นแต่ทักษะในการดูแลเท้าและลักษณะเท้าไม่แตกต่าง แสดงว่า การส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของตนเอง

แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ ก็ตาม จะต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองหรือรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ (Self-efficacy) เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง

#### 4.2 ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy theory)

ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy theory) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูราและวงลา (Bandura & Walter, 1963) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในโดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็คือ การเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้วและการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ ((Bandura & Walter, 1963 อ้างในสมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2543) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่า ความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ ต้องผ่านความรู้ที่นึกคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน (Schunk & Cabonari, 1984 อ้างในสมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2541) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ (Lawrence, Lavery , 2005)

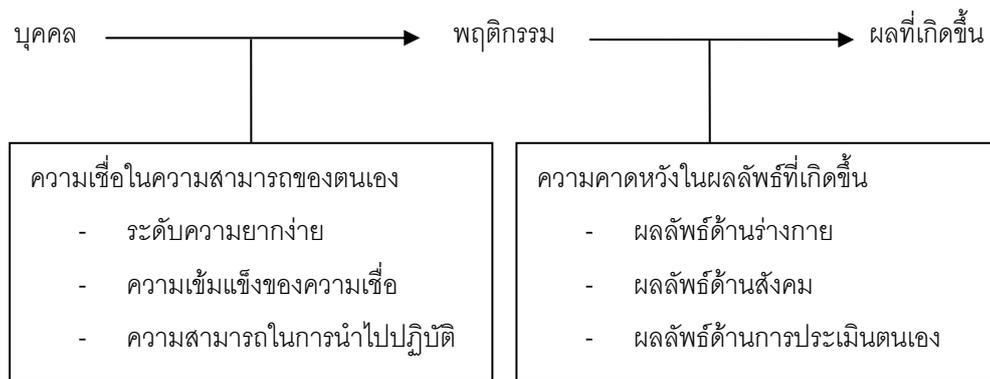
แบนดูรา (Bandura, 1977; 1986; 1997) ได้ให้คำจำกัดความการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ว่าหมายถึงการที่บุคคลตัดสินความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจ (Cognitive behaviors) โดยอธิบายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal personal factors) ปัจจัยพฤติกรรม (Behavioral factors) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factors) ปฏิสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ตามหลักความเป็นเหตุผล ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการได้ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน (Bandura, 1997: 6)

แบนดูรา (Bandura, 1986, 1997) อธิบายว่าการที่มนุษย์จะนำพฤติกรรมใดขึ้นอยู่ กับปัจจัยสองประการ คือ ความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Efficacy expectations) หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวัง ที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้เป็นการ คาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้นำเสนอ รูปแบบปัจจัยด้านความคาดหวังในความสามารถสัมพันธ์กับพฤติกรรมและผลลัพธ์ ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3

แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข และความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1997: 22)

ดังนั้นสรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่า ตนเองรับรู้ว่ามี ความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผล ตามที่ตนเองต้องการหรือไม่และคาดหวังว่า ตนเองมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรม นั้นหรือไม่ บุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองแต่คาดหวังว่า ตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำนั้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่ คาดหวังว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง หรือความล้มเหลว ซึ่งไวท์เซล (Weitzel, 1989) ได้ทำการศึกษาอำนาจในการทำนายพฤติกรรม การ ส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มคนงานที่เป็นลูกจ้างของมหาวิทยาลัย ซึ่งไม่ใช่ระดับวิชาชีพ จำนวน 179 คนพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่ม ตัวอย่างได้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมักจะเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็น เวลานานและการศึกษาของอิวอร์ล (Ewart, 1986) ซึ่งได้ทำการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกี่ยวกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพได้ดีกว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ส่วนไดคลิเมนต์และคณะ (Di clemente, Conditte & Lichtenstein, 1995 cited in Pender, 1996) ได้ทำการศึกษาในคนสูบบุหรี่พบว่า การ รับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญเกี่ยวกับความต้องการเลิกสูบบุหรี่และบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ คือ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ป่วยเบาหวานน่าจะทำให้ผู้ป่วยมี การรับรู้ความสามารถของตนเองว่า มีความสามารถมากพอที่จะดูแลเท้า ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรม การดูแลเท้าที่ดีและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ ซึ่งการจะส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ง ตนให้กับบุคคล จำเป็นต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการ เรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ดังนี้

1) อายุ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลหรือเป็นความสามารถในการ จัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆ ของตนเอง บุคคลที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาสมากกว่าที่ จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเองและการได้สังเกตแบบอย่างการกระทำจากบุคคลอื่นดังนั้นอายุที่ แตกต่างจึงน่าจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่ง ฟรอมแมนและโอเวน (Froman & Owen, 1985 อ้างในกมลทิพย์ ด่านชัย, 2540) ได้ทำการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ

ดูแลทารกและทักษะการดูแลทารกของมารดา จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์และกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกและทักษะในการดูแลทารก และมีอำนาจทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกในระดับสูง

2) ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานของการรู้ คิด การตัดสินใจหรือพิจารณาเรื่องราวต่างๆ พร้อมทั้งมีการเรียนรู้และเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ง่าย รู้จักแสวงหาแหล่งความรู้ และได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ได้หลายประเภท อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลสามารถนำเอาความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาหรือความรู้มีอิทธิพลต่อระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (กมลพรรณ หอมนาน, 2539)

3) รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะส่งผลต่อระดับการรับรู้สมรรถนะของบุคคล จะเห็นได้จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจหรือระดับรายได้ (Pender, 1996) กล่าวว่าระดับฐานะทางเศรษฐกิจสังคม มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง เกรมโบว์สกีและคณะ (Grembowski et al., 1993 อ้างในกมลพรรณ หอมนาน, 2539) ได้ทำการศึกษารับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้สูงอายุพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ

นอกจากปัจจัยดังที่กล่าวมา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคลยังมีความแตกต่างกันและผันแปรไปตาม 3 มิติ (Dimension) ดังนี้

มิติที่ 1 มิติตามขนาดหรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude or level) แบนดูรา (Bandura, 1986, 1997) กล่าวว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคล จะมีความแตกต่างกันซึ่งบางครั้งอาจจะถูกจำกัดจากระดับความยากง่ายของงานที่บุคคลเชื่อว่าจะสามารถทำได้และเลือกกระทำในสถานการณ์นั้นๆ หากบุคคลรับรู้งานหรือพฤติกรรมที่จะกระทำมีความง่ายคือ มีการรับรู้สมรรถนะของตนว่าจะทำงานหรือพฤติกรรมนั้นได้ ก็มีแนวโน้มที่จะเลือกกระทำพฤติกรรมนั้นสูง ในทางกลับกันหากมีการรับรู้ว่าพฤติกรรมที่จะกระทำนั้นมีความยากก็จะมีแนวโน้มที่จะเลือกกระทำงานหรือพฤติกรรมนั้นต่ำ

มิติที่ 2 มิติตามความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองต่ำหรือมีความเข้มแข็งน้อย บุคคลจะไม่มี ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะเมื่อประสบกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ในขณะที่บุคคลที่มีความ

เข้มแข็งหรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงจะมีความอดทนและใช้ความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรมแม้ว่าจะประสบกับสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากหรือมีอุปสรรคมากมายเพียงใดก็ตาม ทำให้กิจกรรมที่เลือกกระทำนั้นมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จ (Bandura, 1986, 1997)

มิติที่ 3 มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความสามารถในการนำประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างในอดีตมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในสถานการณ์ใหม่ โดยบุคคลจะมีการประเมินความสามารถตนเองบางสถานการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกับประสบการณ์ในอดีต (Bandura, 1986, 1997)

จะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายประการ ซึ่งการที่จะส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมใดก็ตามจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัจจัยดังกล่าวรวมทั้งเข้าใจวิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

### วิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

แบนดูรา (Bandura, 1986, 1977) ได้เสนอแหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไว้ว่า การที่คนเราจะสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นต้องเกิดจากการส่งเสริมให้บุคคลได้เรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ ดังนี้ต่อไปนี้

1. **กระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience)** การที่บุคคลได้ลงมือกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จด้วยตนเองจะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง โดยเชื่อว่าถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนจะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย ซึ่งความสำเร็จหลายๆ ครั้งที่ได้รับจะช่วยสร้างความเชื่อที่แรงกล้าในความสามารถของตนเอง แต่ความล้มเหลว ซ้ำแล้วซ้ำเล่าจะบั่นทอนความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวที่เกิดขึ้นก่อนที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้นและหากบุคคลใดสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้วก็มักมีความพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนดถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย ดังนั้นประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนจัดเป็นแหล่งที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1977) ซึ่งการส่งเสริมการดูแลทำที่ถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องส่งเสริมให้บุคคลได้กระทำพฤติกรรมดูแลทำเช่น การฝึกทักษะการดูแลทำจนผู้ป่วยทำได้ถูกต้องและทบทวนให้เกิดความชำนาญ ซึ่งประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำด้วยการปฏิบัติได้จริงจนเกิดความสำเร็จน่าจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลทำได้

**2. การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) หรือ การสังเกต “ตัวแบบ”(Model) แบนดูรา (Bandura, 1986, 1997)** กล่าวว่า การได้สังเกตตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมใดๆ ย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลในเรื่องนั้นๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าตัวแบบนั้นมีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับบุคคลมากเท่าไร ก็ยิ่งมีอิทธิพลมากขึ้น โดยบุคคลจะเชื่อมั่นว่าตนเองน่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเดียวกัน ซึ่งการใช้ตัวแบบอาจกระทำในรูปของตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Living modeling) คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรงเช่น ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลเท้า โดยไม่เคยมีการเกิดแผลที่เท้าเป็นต้น ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยู โทรทัศน์ การ์ตูน หนังสือ ภาพพลิก ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้นจะต้องมีลักษณะเด่นชัดทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ ดึงดูดใจให้ปฏิบัติตามและมีคุณค่า ในการใช้ประโยชน์ (Bandura, 1997)

**3. การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion)** ในที่นี้ หมายถึง การที่บุคคลอื่น ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant persuasion) ได้แสดงออกโดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้หรือมีการพูดชักจูงให้เชื่อในความสามารถของตนเอง ย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยตัวเอง (Self – doubt) แต่เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำ ให้สำเร็จ (Bandura, 1997) ซึ่งบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยอาจหมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ ญาติหรือคนในครอบครัว

**4. สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states)** การสร้างให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการกระตุ้นทางสรีระและอารมณ์ โดยหากบุคคลต้องเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะท้อถอย และคิดถึงความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียดเพราะคนเรามักจะตีความหมายของการปฏิบัติ ความเครียดว่าเป็นผลมาจากการไม่มีความสามารถเพียงพอ ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับบุคคลจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านนี้ โดยต้องให้อยู่ในสภาพที่มีความพร้อมปราศจากความเครียดหรือเหตุการณ์คุกคามเพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1977)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยหลายโรคเช่น การศึกษา

ของไดคลิเมนต์และคณะ (Di clemente, Condiotte & Lichtenstein, 1995 cited in Pender, 1996) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และเป็นตัวทำนายที่ดี ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเช่นเดียวกับกมลทิพย์ ด่านชัย (2540) ที่พบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุตรสามารถทำนายพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงในการกระทำพฤติกรรมใดๆ นำจะมีพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆดีไปด้วย และจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ตัวอย่างเช่นการศึกษาของสมทรง คำฝ่าย (2541) ที่พบว่า การเตรียมมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยมีแผนการเตรียมมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วัน ด้วยการฝึกปฏิบัติการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด การสังเกตการดูแลทารก ผู้วิจัยร่วมกับการให้คู่มือการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด การใช้คำพูดชักจูงและสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ทำนองเดียวกัน การศึกษาผลการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้ตัวแบบวิถีทัศนร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง โดยสุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ (2541) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีระดับคะแนนของแบบแผนการดำเนินชีวิตดีขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

นอกจากนี้ นุชรี ไล่พันธ์ (2542) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ออกทางหน้าท้อง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนการดูแลช่องเปิดลำไส้ ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา โดยให้ผู้ป่วยสังเกตตัวแบบจากวีดิทัศน์ นำเสนอถึงประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วย

ตนเองและการได้รับการพูดชักจูงเป็นเวลา 3 วัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการ สอนการดูแลช่องเปิดลำไส้ ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการสอนโดยให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี ผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้

จากการศึกษาข้างต้น สรุปได้ว่าการที่บุคคลจะกระทำการสิ่งใดนั้น บุคคลจะต้องมี ความเชื่อหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน ซึ่งความ เชื่อหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเองนั้นจะเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ให้อบรมตามเป้าหมายที่ต้องการภายใต้สถานการณ์เฉพาะ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนจะเป็น ตัวช่วยบอกว่า ตนเองมีพลังเท่าไรในการฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือ บรรลุเป้าหมายที่ตนต้องการให้ได้ยาวนานที่สุด โดยการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือบรรลุ เป้าหมายที่ตนตั้งกล่าว ต้องการอาศัยแหล่งที่มาของการสร้างและพัฒนาสมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) จากการแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูดเช่น การให้คำแนะนำ การให้กำลังใจและ คำชมเชย 2) จากประสบการณ์ การกระทำหรือประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น เช่นการได้ฟัง เรื่องเล่าจากบุคคลอื่น ได้เห็นบุคคลอื่นลงมือกระทำและประสบความสำเร็จ 3) จากประสบการณ์ การกระทำหรือประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองเช่น การลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเองและ 4) จากสภาวะทางสรีระและอารมณ์ เช่น การกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มา เป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพในการนำไปสร้างเป็นโปรแกรมการ ส่งเสริมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานโดยคาดหวังผลลัพธ์เพื่อให้เกิดการรับรู้สมรรถนะในการ ดูแลเท้าสูงขึ้นและมีพฤติกรรมกรรมการดูแลเท้าดีขึ้น ซึ่งน่าจะส่งผลในการลดภาวะเสี่ยงของการเกิด แผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งในการพัฒนาโปรแกรมจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบ การให้ความรู้แบบต่างๆ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถและ พฤติกรรมการดูแลเท้า

## 5. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลเท้าในผู้ป่วย เบาหวานพบว่า มีรูปแบบการสอนหรือการให้ความรู้การดูแลเท้าหลายวิธี ดังต่อไปนี้

1. การสอนรายบุคคล เป็นการสอนที่ใช้บ่อยที่สุดในการให้ความรู้เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่คลินิก ข้อดีคือ ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการซักถามและผู้สอนสามารถตอบข้อสงสัยได้อย่างใกล้ชิด ข้อเสีย ระยะเวลาเนื่องจากสอนได้ครั้งละคน ซึ่งแรททิกและคณะ (Rattic et al., 1986) ได้ทำการศึกษารูปแบบการให้ความรู้การดูแลเท้าโดยพยาบาล รูปแบบการให้ความรู้ให้แบบรายบุคคลเป็นการให้ความรู้ที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นแต่ทักษะในการดูแลเท้าและลักษณะเท้าไม่แตกต่างกัน ดังนั้น รูปแบบการให้ความรู้ที่บ้านยังต้องการการประเมินประสิทธิผลโดยทำการศึกษาลึกซึ้งและปรับรูปแบบให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มเดียวกัน

2. การสอนเป็นกลุ่ม เป็นวิธีการที่เหมาะสมในการให้ความรู้ ข้อเสียของการสอนเป็นกลุ่มคือ ถ้าผู้ป่วยมีความรู้แตกต่างกันมาก การให้ความรู้ไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควร เนื่องจากความไวในการรับรู้แตกต่างกันทำให้ผู้สอนมีความลำบากในการจัดรูปแบบการสอนและผู้เรียนอาจเกิดความเบื่อหน่าย วิธีแก้ไข เลือกผู้ป่วยที่มีพื้นฐานใกล้เคียงกัน เช่น กลุ่มที่ยังไม่ภาวะเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้า กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้า จากการศึกษาของบาร์ทและคณะ (Barth et al., 1991) ที่ทำการศึกษารายบุคคลและการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานเรื่องการดูแลเท้าโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา ระยะเวลา 4 สัปดาห์และติดตามผลในระยะ 1, 3 และ 6 เดือน พบว่าในเดือนที่ 1 และ 3 ของโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้อันเนื่องมาจากการดูแลเท้า การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อติดตาม 6 เดือนต่อมาพบว่าเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลเท้ายังมีอยู่แต่การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนมีความแตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์ (2541) ได้ทำการศึกษารายบุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้ด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติและพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ออกกำลังกายถูกต้องสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงการรับรู้ถึงความรุนแรงที่ไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการสอนโดยการทำกิจกรรมกลุ่มน่าจะเป็นผลดีต่อการส่งเสริมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

3. การสอนแบบชั้นเรียน เป็นการสอนที่ใช้การบรรยายเป็นหลัก โดยเป็นการสอนแบบกลุ่มใหญ่ ข้อเสียของการสอนวิธีนี้คือ ไม่ค่อยได้มีโอกาสซักถาม (สุทิน ศรีอัฐภาพร,

2548) เช่นการสอนให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอกที่ใช้กันโดยทั่วไป ซึ่งการสอนด้วยวิธีนี้อาจไม่เหมาะสมในการส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. การจัดค่ายเบาหวาน เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ดี แต่เสียค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากต้องจัดนอกสถานที่และต้องใช้ทีมงานจำนวนมากประกอบกับต้องใช้อุปกรณ์ สื่อต่างๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายจากที่พักและค่าเดินทาง ซึ่งอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกหน่วยงาน (สุทิน ศรีอัญญาพร, 2548)

5. การสอนทางอ้อมโดยสื่อต่างๆ เป็นการให้ความรู้ในรูปแบบอื่นๆ เช่น แผ่นพับ หนังสือ โทรทัศน์ หรือวีดิทัศน์ ซึ่งการสอนวิธีนี้มีประโยชน์พอควร จากการศึกษาของครูเกอร์และกูทรี (Kruger & Guthrie, 1992) ที่ทำการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้วิดีโอ สาธิตเทคนิคการดูแลเท้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างในเรื่องความรู้และการดูแลเท้า นอกจากนี้กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมซึ่งได้รับการสาธิตการดูแลเท้ามีการตรวจเท้า ล้างเท้าเป็นประจำเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่พบว่าลักษณะเท้าไม่มีความแตกต่าง นอกจากนี้บลูมการ์เดนและคณะ (Bloomgarden et al., 1987) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้โดยใช้เกมเล่นไพ่ ดูวิดีโอ เรื่องการดูแลเท้า โดยกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติเมื่อติดตามผล 8 เดือน ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างในการเกิดแผลที่เท้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งแตกต่างจากลิทซ์ลิแมนและคณะ (Litzelman et al., 1993) ที่ทำการศึกษาโปรแกรมการดูแลเท้าโดยพยาบาลประจำคลินิก รูปแบบการสอนใช้ฉายสไลด์ประกอบเสียง แผ่นพับ ติดตามผล 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรม มีประสิทธิภาพในพฤติกรรมดูแลเท้าในด้านการล้างเท้า ตรวจรองเท้าก่อนสวมใส่ การทำความสะอาดเท้า แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมในเรื่องการไม่สวมรองเท้าออกนอกบ้าน การใช้แผ่นประคบและการตรวจเท้า นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ลดอุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้า เท้าแห้ง ปัญหาการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างในเรื่องการถูกตัดขา

นอกจากนี้จากผลการศึกษาของลำยอง ทับทิมศรี (2542) ซึ่งได้ทำการศึกษาผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ ต่อพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยมีการให้ความรู้แบบกลุ่ม และรายบุคคล ชมวีดิทัศน์การดูแลเท้า คู่มือ และเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์มีคะแนนพฤติกรรม การดูแลเท้า สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่า รูปแบบการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลเท้าที่ผ่านมานั้นเป็นโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้ (Health education) ซึ่งได้ผลดีในแง่ของการเพิ่มความรู้อื่นๆ และเพิ่มทักษะการดูแลเท้า (Ronnemaa, Hamalainen et al., 1997) อย่างไรก็ตามจะเห็นว่า ยังมีงานวิจัยอีกส่วน

หนึ่งที่พบว่าแม้ว่าการให้โปรแกรมดังกล่าวจะเพิ่มความรู้แต่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง (Bloomgarden et al., 1987; Barth et al., 1991) นอกจากนี้ยังพบว่ามียางานการวิจัยอีกส่วนหนึ่งที่เสนอว่า รูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคล มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า แต่ทักษะในการดูแลเท้าและลักษณะเท้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (Rattic et al., 1986) สำหรับผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวีดิทัศน์ร่วมกับการสาธิตการดูแลเท้าโดยครูเกอร์และกูทรี (Kruger & Guthrie, 1992) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสาธิตการดูแลเท้ามีการตรวจเท้า ล้างเท้าเป็นประจำ ทุกวันเพิ่มขึ้น แต่ความรู้ การดูแลเท้า ลักษณะของเท้าแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผลงานวิจัยอีกส่วนหนึ่งมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเท้า ให้เหมาะสมในบางส่วนและสามารถลดการติดเชื้อและการเกิดแผลที่เท้า แต่ยังไม่สามารถลดอุบัติการณ์การถูกตัดขาได้ (Litzelman et al., 1993) และงานวิจัยอีกส่วนหนึ่งที่พบว่าโปรแกรมการสอนไม่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และพฤติกรรม (Donohoe et al., 2000)

เมื่อพิจารณาการให้ความรู้ที่ผ่านมามีรูปแบบการให้ความรู้มีหลายรูปแบบ ซึ่งการให้ความรู้เป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม โดยการเลือกวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมยังขึ้นอยู่กับบุคคล เวลา สถานที่ เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่ารูปแบบการให้ความรู้จากการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การสอนรายบุคคล สอนรายกลุ่ม สอนโดยผ่านสื่อต่างๆเช่น วีดิทัศน์ ภาพพลิก เกมต่างๆ ได้ผลในแง่ของการเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลเท้าบางส่วน แต่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดขาได้ ดังนั้นการค้นหารูปแบบการให้ความรู้ใหม่ๆเช่น เทคนิคการเล่าเรื่อง น่าจะเป็นทางเลือกที่สำคัญประการหนึ่งในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเท้า

6. เทคนิคการเล่าเรื่อง (Story-telling) เป็นรูปแบบการให้ความรู้วิธีหนึ่งที่เน้นกระบวนการสื่อสารความรู้ ประสบการณ์ระหว่างบุคคลโดยใช้เทคนิคกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้บุคคลเล่าประสบการณ์การเรียนรู้ที่ภาคภูมิใจให้ผู้อื่นฟัง โดยเป้าหมายสำคัญที่สุดของการเล่าเรื่องคือให้ผู้เล่า บอกเล่าสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติจริงออกมาเป็นคำพูด เช่นเล่าเรื่องที่ประสบความสำเร็จ (จิรัชณา วิเชียรปัญญา, 2549; วิจารณ์ พานิช, 2548)

วัตถุประสงค์ของการใช้เทคนิคการเล่าเรื่องคือ เพื่อให้เรื่องมีความน่าสนใจ ง่ายต่อการจดจำและสามารถนำไปถ่ายทอดได้ ในการเล่าเรื่องนั้นมักจะมีการกำหนดกรอบแนวคิดที่ชัดเจน มีการลำดับขั้นตอนและที่สำคัญเน้นประสบการณ์การตรง ทดแทนสิ่งที่ผู้เล่าต้องการบอกกับผู้ฟัง ซึ่งมักจะเป็นข้อสรุปของผู้เล่า การเล่าเรื่องที่จะช่วยดึงความสนใจได้ดีนั้น

หลังเล่าเรื่องควรมีการสรุป เพื่อให้สิ่งที่เราอยากบอกชัดเจน หรือไม่สรุป ปล่อยให้คนฟังสรุปกันเองตามแต่ใครจะจับประเด็นอะไรได้ก็ได้ แต่ถ้าเราเล่าเรื่องเพราะต้องการโน้มน้าวคนฟัง ควรมีการสรุปการเล่าจะช่วยเพิ่มพลัง ในกรณีของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน การเล่าเรื่องจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเล่าประสบการณ์การเกี่ยวกับการดูแลทำที่ปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน เพื่อให้คนฟังช่วยกันจับประเด็นว่า การดูแลทำที่ได้ดีนั้น เพราะมีการใช้ความรู้ความสามารถอะไร โดยผู้เล่าไม่ต้องมาเสียเวลาหาข้อสรุปเอง เพราะบางคนอาจสรุปได้ไม่ดี แต่มีประสบการณ์จริงที่มีคุณค่า โดยการเล่าเรื่องมักจะเล่าเรื่องที่ทำสำเร็จมากกว่าเล่าความล้มเหลว หรือบอกปัญหา หรือแม้กระทั่งมาวิเคราะห์ปัญหาและการเล่าเรื่องมักจะเริ่มด้วยการบอกว่า ไปทำอะไรสำเร็จมา ต่อจากนั้น ก็เล่าว่าทำอะไรบ้างจึงเกิดผลอย่างไรที่กล่าวมาไว้รวมทั้งเล่าว่า คิดอย่างไรจึงทำให้ทำได้สำเร็จตามที่เข้ามา โดยไม่ต้องวิเคราะห์ว่าในที่สุดแล้ว เจ้าตัวคิดว่าอะไรคือ ปัจจัยความสำเร็จ เรื่องเล่าจึงไม่จำเป็นต้องสรุปเสมอไป ปล่อยให้คนฟังสรุปเอง แต่ที่สำคัญต้องเป็นเรื่องที่ได้เกิดขึ้นหรือได้ทำจริง โดยมีรายละเอียดตามสมควรแต่ไม่มากไป โดยมีขั้นตอนการเล่าเรื่องดังนี้

- 1) กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน สาระ (Story - telling)
- 2) จำแนกกลุ่มย่อย 10-15 คน ทุกคนคือผู้ปฏิบัติงานจริง
- 3) เล่าประสบการณ์ ที่ไม่ปรุงแต่ง ฟังอย่างตั้งใจและให้เกียรติ ถามอย่างสร้างสรรค์เพิ่มคุณค่า
- 4) สรุปเป็นระยะๆ สร้างบรรยากาศเป็นมิตร ถามอย่างสร้างสรรค์เพิ่มคุณค่า
- 5) กระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันสกัดเรื่องเล่า

ผลจากการเล่าเรื่องทำให้ผู้เล่าเกิดความภาคภูมิใจซึ่งจะช่วยส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในและมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อน ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน หรือรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ส่วนผู้ฟังเกิดการเรียนรู้ การสังเกตผู้อื่นประสบความสำเร็จ ในการเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกันหรือได้เห็นแบบอย่าง ดังนั้นเทคนิคการเล่าเรื่องน่าจะเป็นรูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ป่วยได้วิธีหนึ่ง

จากการศึกษาของกรีนฮอลล์และคณะ (Greenhalgh et al., 2005) ที่ทำการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมการสอนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยเป็นการให้ความรู้และสนับสนุนแก่ชนกลุ่มน้อยผ่านทางผู้ให้ความช่วยเหลือประจำศูนย์สุขภาพ 2 ภาษา โดยนำเทคนิคการเล่าเรื่อง (Story-telling) มาใช้กับผู้ป่วย โดยผู้ให้ความช่วยเหลือใช้เรื่องเล่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานมา

เป็นส่วนสำคัญของการศึกษาเชิงปฏิบัติ ซึ่งผู้ให้ความช่วยเหลือจะเป็นคนนำโดยสนับสนุนและให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและใช้เรื่องเล่าของแต่ละบุคคลเป็นกระบวนการในการเรียนรู้และปฏิบัติการ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าเทคนิคการเล่าเรื่องทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานตามที่ต้องการ ขณะเดียวกันผู้ให้ความช่วยเหลือ มีการรับรู้ถึงสิ่งที่ต้องกระทำให้กับผู้ป่วย ทำให้ได้ผลดีในแง่ของการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ลดความเป็นวิชาการ และเป็นการประยุกต์แนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยการนำเรื่องจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยมาถ่ายทอดให้กลุ่มฟังซึ่งน่าจะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนนำไปสู่ความง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ

จากผลการทบทวนวรรณกรรมดังที่ได้กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของเทคนิคการเล่าเรื่องต่อการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและด้วยเหตุที่ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ดังนั้นเทคนิคการเล่าเรื่องน่าจะเป็นวิธีการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ป่วยเบาหวานได้วิธีหนึ่ง

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำวิธีการให้ความรู้โดยการเล่าเรื่องมาใช้ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า รับรู้ความรุนแรงเมื่อเกิดแผลที่เท้า ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องและการช่วยแก้ไขปัญหาลดอุปสรรค ซึ่งเป็นตัวชี้แนะในการกระทำพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้เทคนิคการเล่ายังเป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้า โดยเป็นการใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ในการสร้างความมั่นใจว่าผู้เข้าร่วมโครงการสามารถกระทำพฤติกรรมการดูแลเท้าได้สำเร็จเหมือนตัวแบบ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อการชะลอหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาวต่อไป