

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้ เพื่อให้เนื้อหางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
2. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย (Concept Framework)

#### 1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

##### 1.1 คำจำกัดความ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ให้นิยามโรคเบาหวานไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2009) โรคเบาหวาน หมายถึง โรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเมื่อตับอ่อนไม่ผลิตอินซูลินหรือเกิดจากการผลิตอินซูลินไม่มีประสิทธิภาพซึ่งความบกพร่องนี้เป็นผลทำให้เกิดการทำลายต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท และหลอดเลือด

American Diabetes Association (2000) โรคเบาหวาน หมายถึง กลุ่มของโรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องของการผลิตอินซูลิน การทำงานของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง โรคเบาหวานสามารถทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรงและก่อให้เกิดการตายก่อนเวลาอันสมควร แต่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนลงได้

สนอง อุณากรู (2528) โรคเบาหวาน คือ โรคที่เกิดเนื่องจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะคือเบต้าเซลล์ในตับอ่อนที่ไม่สามารถหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอ ยังผลให้เมตาบอลิซึมของน้ำตาลในร่างกายผิดปกติ

บุญทิพย์ สิริรังศรี (2538) โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินซูลิน ทำให้เมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ มีผลให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงขึ้น จนเกินความสามารถที่ไตจะเก็บกักไว้ได้ จึงมีการกรองของน้ำตาลกลูโคสหรือน้ำตาลในเลือดออกมาทางปัสสาวะ

เทพ หิมะทองคำ (2546) เบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ

วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์, วิทยา ศรีดามา (2549) เบาหวาน คือ โรคทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินทั้งสองอย่าง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระบบเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน ความผิดปกติดังกล่าวมีส่วน

เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงหายในระยะยาว การสูญเสียหน้าที่ และความล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งของไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด

ไพบูลย์ จาตุรปัญญา (2551) เเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีหนทางรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมได้ เพราะเเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้อาหารของร่างกาย

วันทนี เกரியสินยศ (2551) เเบาหวานคือ ภาวะการไม่สมดุลของฮอร์โมนที่ชื่อว่า “อินซูลิน” ซึ่งมีหน้าที่นำน้ำตาลในเลือดเข้าสู่เซลล์ เพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

สิทธิพร แอกทอง (2551) เเบาหวาน คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการหลังฮอร์โมน Insulin ไม่เพียงพอ หรือจากการคือต่อ Insulin ของเนื้อเยื่อเป้าหมาย ได้แก่ ตับ เนื้อเยื่อไขมัน และกล้ามเนื้อลาย

ปีพมา สุริต (2552) โรคเเบาหวานเป็นโรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลังฮอร์โมนชนิดหนึ่งที่ชื่อ “อินซูลิน” หรือจากความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของอินซูลิน โดยอินซูลินที่หลังจากตับอ่อนจะจับน้ำตาลในกระแสเลือด แล้วนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ตามปกติ จะทำให้น้ำตาลเหลืออยู่ในกระแสเลือดมาก ทำให้เกิดเป็น โรคเเบาหวาน

ดังนั้น พอดีสรุปได้ว่า เเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องของร่างกายในการผลิตอินซูลิน

## 1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นเเบาหวาน

การวินิจฉัยว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นเเบาหวานหรือไม่นั้น พิจารณาที่ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเกณฑ์ เดิมถือว่าถ้าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า (หลังเที่ยงคืน ไม่ได้รับประทานอะไรเลย นอกจากน้ำเปล่า) ได้มากกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 2 ครั้ง หรือหากพบน้ำตาลในเลือดไม่ว่าเวลาใดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เพียงครั้งเดียวร่วมกับมีอาการ เช่น ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ กินจุ น้ำหนักลด ฯลฯ ให้ถือว่าเป็นเเบาหวานได้เลย

แต่ในปัจจุบัน สมาคมโรคเเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Diabetes Association, ADA) มีความเห็นว่าบุคคลบางกลุ่มที่แม้ระดับน้ำตาลไม่สูงมาก แต่ก็มีโรคแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเเบาหวาน จึงปรับค่าการวินิจฉัยใหม่ให้ลดต่ำลง คือ

- ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าตั้งแต่ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ขึ้นไป หรือ หลังรับประทานอาหารเช้าแล้วพบระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการของเเบาหวานดังกล่าวข้างต้น ให้ถือว่าเป็นเเบาหวานได้เลย

อย่างไรก็ตาม เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องแน่นอน จึงควรยืนยันผลการตรวจระดับน้ำตาลด้วยการตรวจซ้ำอีกครั้ง (เทพ หิมะทองคำ, 2546)

### 1.3 ประเภทของเบาหวาน แบ่งตาม สาเหตุ (Etiologic classification of diabetes mellitus)

(เทพ หิมะทองคำ, 2546)

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

#### 1.3.1 เบาหวานประเภทที่ 1 (Type 1 diabetes)

ผู้ป่วยเบาหวานประเภทนี้ ร่างกายจะขาดอินซูลิน โดยสิ้นเชิง เนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ เมื่อไม่มีอินซูลินร่างกายก็ไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ยังผลให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อยและจำนวนมาก คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เมื่อร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายจะมีการสลายไขมันและ โปรตีนมาใช้เป็นพลังงานทดแทน ซึ่งกระบวนการสลายไขมันจะได้สารคีโตนเกิดขึ้นมาก เมื่อมีสารคีโตนในเลือดมาก ๆ จะทำให้เกิด ภาวะกรดคั่งในเลือดจาก สารคีโตน (Diabetic ketoacidosis, DKA) เมื่อหายใจออกมาจะมีกลิ่นเหมือนผลไม้ (Fruit odor) มีอาการหายใจหอบถี่ ซีฟจรเต้นเร็วผิวหนังแห้งและอุ่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ระดับความรู้สึกตัวจะค่อย ๆ ลดลง และถ้าไม่ได้รับการรักษาจะนำไปสู่การหมดสติ (โคม่า) จากภาวะกรดคั่งในเลือดได้ อาการที่เกิดขึ้นมักจะเป็นอย่างรุนแรงและเกิดขึ้น โดยกะทันหัน อย่างไรก็ตาม ภาวะนี้เป็นภาวะที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กล่าวคือ ต้องฉีดอินซูลินทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์

#### 1.3.2 เบาหวานประเภทที่ 2 (Type 2 diabetes)

ผู้ป่วยเบาหวานประเภทชนิดนี้มักมีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และคนที่อ้วนมากเกินไปจะเกิดโรคนี้ง่าย นอกจากนี้กรรมพันธุ์ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอย่างมาก ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานชนิดนี้ได้มากด้วย อาการที่เกิดขึ้นมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการเลยแต่ตรวจพบโดยบังเอิญหรือมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปจนถึงขั้นแสดงอาการรุนแรง ตับอ่อนของผู้ป่วยเบาหวานประเภทนี้ยังสามารถผลิตอินซูลินได้ตามปกติหรืออาจจะน้อยหรือมากกว่าปกติก็ได้ แต่อินซูลินที่มีอยู่ออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่กับขาดอินซูลินได้โดยสิ้นเชิงเหมือนคนที่ที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ผู้ป่วยจึงไม่เกิดภาวะคั่งในเลือดจากสารคีโตน ในคนอ้วนอินซูลินจะออกฤทธิ์ได้น้อยกว่าคนปกติจึงเป็นสาเหตุให้คนอ้วนเป็นเบาหวานประเภทนี้กันมาก

การรักษาโรคเบาหวานประเภทนี้ทำได้ตั้งแต่ควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายโดยไม่ต้องรับประทานยาลดน้ำตาล แต่ถ้ระดับน้ำตาลในเลือดยังสูงกว่าที่ควรก็จะใช้ยารับประทานร่วมด้วย แต่ในผู้ป่วยบางรายหากใช้การควบคุมอาหารร่วมกับรับประทานยาแล้วยังไม่ได้ผลอาจต้องฉีดอินซูลิน

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินนี้ หากปล่อยปละละเลยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต่อน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อและ โปรตีนก็ถูกสลายมาสร้างเป็นน้ำตาลมากขึ้นที่ตับ แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีอินซูลินอยู่บ้างจึงไม่เกิดการสลายไขมันในอัตราที่รวดเร็วจนเกิดภาวะคั่งในเลือดจากสารคีโตนเหมือนกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน แต่หากผู้ป่วยไม่ได้รับรักษาและไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต่อน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนต้องพยายามขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยเสียน้ำมากและเกิดภาวะขาดน้ำ ไตทำงานลดลง ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอีกเพราะถูกขับออกจากร่างกายไม่ได้ ภาวะรับรู้ของผู้ป่วยลดลงเรื่อย ๆ ในที่สุดอาจหมดสติ (โคม่า) และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ภาวะนี้เรียกว่า โคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูงมาก (Hyperosmolar hyperglycemia nonketotic coma)

#### 1.4 โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน

ปัจจัยที่มีผลต่อโรคแทรกซ้อน มี 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ

- 1) ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน
- 2) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสม

#### ประเภทของโรคแทรกซ้อน

โรคแทรกซ้อนเนื่องจากเบาหวานแบ่งตามลักษณะการเกิดโรคได้ 2 ประเภท คือ

##### 1) โรคแทรกซ้อนเฉียบพลันเนื่องมาจากเบาหวาน (Acute diabetic complication)

โรคแทรกซ้อนเฉียบพลันนี้ขึ้นอยู่กับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หากไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสม จะเกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป มักพบบ่อยในเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้

แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

ก. กลุ่มที่มีน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนทำให้หมดสติ (Hyperosmolar hyperglycemic-nonketotic coma) ภาวะน้ำตาลสูงเกิดร่วมกับภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด (Diabetic Ketoacidosis) และภาวะน้ำตาลสูง (Hyperglycemia) ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลสูงจะมีอาการ ปัสสาวะบ่อย (Polyuria) กินน้ำมาก (Polydipsia) กินอาหารจุ (polyphagia) แต่น้ำหนักตัวลดลง

ข. กลุ่มน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ผู้ป่วยจะมีอาการ หิว เหงื่อแตก ใจสั่น เป็นลม ถ้าเป็นมากจะมีอาการหมดสติหรือชักได้ ซึ่งสาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มักเกิดจากการกินยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด

##### 2) โรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวาน (Chronic diabetes complication)

โรคแทรกซ้อนเรื้อรังนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน ยิ่งเป็นเบาหวานนานเท่าไร ยิ่งมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังได้มากเท่านั้น เพราะโรคจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่ทันรู้ตัว และมักเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานที่สูงวัย

- โรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complication) ก่อให้เกิดโรคไต (Diabetic nephropathy) เกิดภาวะไตอักเสบ ไตเสื่อม ในระยะแรกอาจมีอาการบวม อ่อนเพลีย ปัสสาวะลดลง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากไตวาย รวมไปถึงอาการของโรคตา (Diabetic retinopathy) ทำให้ตาพร่า มัว จนถึงตาบอด จากหลายสาเหตุ เช่น ต้อกระจก เส้นเลือดในตาอุดตัน เลือดออกในลูกตา จอตาหลุด เป็นต้น และที่สำคัญคือ โรคของเส้นประสาท (Diabetic neuropathy) ทำให้เกิดอาการประสาทอักเสบ มีอาการชาที่ปลายมือ ปลายเท้า ปัสสาวะลำบาก หมดความรู้สึกทางเพศ ท้องผูกสลับท้องเดิน

- โรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular complication) จะปรากฏอาการของหลอดเลือดตีบตัน เช่น หากเกิดการตีบตันบริเวณเส้นเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงสมอง จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) ซึ่งจะเกิดการตีบตันของหลอดเลือดในสมองทำให้เกิดเป็นอัมพาต กลืนลำบาก พูดไม่ชัด เป็นต้น แต่หากอาการไปเกิดในกลุ่มเส้นเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงหัวใจ จะเกิดอาการของหลอดเลือดหัวใจ

(Coronary artery disease) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย มีอาการแน่นหน้าอก รัวไปทีไหล่ซ้าย หรืออาจมีอาการหอบ หัวใจล้มเหลว และอาจเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน รวมไปถึงหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular disease)

#### - โรคแทรกซ้อนทางตา

##### ตาบอดจากโรคเบาหวาน

โรคแทรกซ้อนทางตา เป็นอันตรายร้ายแรงอย่างหนึ่งของโรคเบาหวาน จะเกิดปัญหาที่ดวงตา ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ตมัวจนถึงตาบอด ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 2 – 74 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะตาบอดมากกว่าคนปกติถึง 25 เท่า และพบว่าร้อยละ 8 ของผู้ป่วยเบาหวานเรื้อรังนานกว่า 25 ปี จะตาบอด

##### ตมัวจากโรคเบาหวาน

##### ตมัวขณะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

อาการตมัวในผู้ป่วยเบาหวานนั้น สาเหตุเบื้องต้นอย่างหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด โดยในช่วงที่มีน้ำตาลสูงมากๆ เลนส์ตาจะดึงเอาน้ำตาลกลูโคสกับน้ำเข้ามา ทำให้เลนส์โป่งพองเกิดการบวมมน้ำ ทำให้การโฟกัสภาพไม่ถึงจอตา เกิดอาการตมัว ไม่สามารถปรับโฟกัสภาพให้เห็นชัดได้ ลักษณะจะเหมือนคนสายตาสั้น อาการเหล่านี้เกิดเพียงชั่วคราว เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับสายตาจะกลับดีขึ้นได้

##### ตมัวเนื่องจากเป็นต้อกระจก

ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานนาน ๆ เลนส์ตาจะขุ่น อย่างที่เราเรียกว่า ต้อกระจก เกิดจากน้ำตาลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสารซอร์บิตอลและฟลูคโตส ซึ่งสารเหล่านี้จะสะสมที่เลนส์ตาจนบังแสงไม่ให้เข้าสู่ขั้วตา ทำให้ตมัว มองเห็นภาพไม่ชัดเมื่อต้อกระจกขุ่นมากต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเอาเลนส์ที่ขุ่นออกและให้ผู้ป่วยใส่แว่น ต้อกระจกเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยได้บ่อยกว่าโรคตาอื่น ๆ

##### ตมัวเนื่องจากต้อหิน

ผู้ป่วยเบาหวานมักมีต้อหินเนื่องจากเส้นเลือดบริเวณม่านตาผิดปกติโดยเส้นเลือดเหล่านี้จะอุดตันของน้ำในลูกตา ทำให้ความดันตาสูง ก่อให้เกิดอาการปวดตา ตมัว และเมื่อเป็นนานเข้า ความดันจะกดให้ประสาทตาฝ่อและตาบอดได้

#### - โรคแทรกซ้อนทางไต

##### ไตเสื่อม ไตวาย

ปกติไตของคนเราทำหน้าที่ขับถ่ายของเสียซึ่งมาจากการเผาผลาญของอาหารที่ร่างกายรับประทานเข้าไป ให้ออกมาในรูปของปัสสาวะ ช่วยรักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย และสังเคราะห์ฮอร์โมนบางตัวที่สำคัญ เช่น วิตามินดี

ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ ต่อเส้นเลือดทั่วร่างกาย รวมทั้งไตซึ่งเป็นอวัยวะหนึ่งที่ประกอบด้วยเส้นเลือดเล็ก ๆ จำนวนมาก

อาการของโรคแทรกซ้อนทางไต ขึ้นอยู่กับระยะของโรคโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่รู้ตัว เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติออกมา ซึ่งถ้าไม่มีการตรวจเลือดดูการทำงานของไตอย่างจริงจังก็มักจะไม่นำมาว่ามีความผิดปกติของไตเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามพยาธิสภาพของไตจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นระยะ ดังนี้

### ระยะที่หนึ่ง

มีอาการของโปรตีนไข่ขาวรั่วออกมาในปัสสาวะจำนวนน้อย หรือที่เรียกว่า “Micro-albuminuria” ในระยะนี้จะพบว่าโปรตีนไข่ขาวรั่วออกมาในปัสสาวะประมาณ 30 -300 มก.ต่อวัน โดยผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติอย่างอื่นเลย ดังนั้นการวินิจฉัยจำเป็นต้องอาศัยการตรวจปัสสาวะโดยวิธีเฉพาะเท่านั้น

### ระยะที่สอง

เป็นระยะที่โปรตีนไข่ขาวรั่วออกมาในปัสสาวะจำนวนมากหรือที่เรียกว่า “Macro-proteinuria” ผู้ป่วยจะมีโปรตีนไข่ขาวออกมาในปัสสาวะเกิน 300 มก. ต่อวัน ซึ่งในระยะนี้อาจยังไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น แต่ถ้าเป็นมาก ปัสสาวะมีฟองมากผิดปกติ มีอาการบวมที่เท้า และอาจมีความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ผู้ป่วยมักจะพบว่ามีโรคแทรกซ้อนของเบาหวานที่จอตาารับภาพร่วมด้วย

### ระยะที่สาม

เป็นระยะที่การทำงานของไตเสื่อมลง

### ระยะที่สี่

ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การทำงานของไตจะเสื่อมมากทำให้การคั่งของน้ำและของเสียในร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ซีด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการบวมที่เท้า และปัสสาวะลดลง

สาเหตุหลักของไตเสื่อมจากเบาหวาน มาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีพอ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีหรือระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานๆ จะมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของไตดังกล่าวได้

#### - โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท

อาการทางระบบประสาทอันเนื่องมาจากเบาหวานพบได้สูงถึงร้อยละ 60 ของผู้ที่เป็นเบาหวาน มักเกิดกับผู้ที่มียาตาลในเลือดสูง เป็นเบาหวานมานาน และมีอายุมาก การรักษามุ่งไปที่การบรรเทาอาการและแก้ไขที่สาเหตุที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดเป็นหัวใจของการป้องกันปัญหานี้

อาการทางระบบประสาทของเบาหวาน หมายถึง ความเสียหายต่อเส้นประสาทที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ซึ่งความเสียหายนี้ทำให้ความสามารถในการส่งข้อมูลของเส้นประสาทไปสู่สมองและส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง อาจส่งผลให้สูญเสียกำลังและความรู้สึกของส่วนต่างๆ ของตัวเรา แม้กระทั่งอาการที่หัวใจสูญเสียความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการของร่างกาย อาการของกล้ามเนื้อสูญเสียความสามารถในการย่อยอาหาร และอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยชาย เป็นต้น

#### - โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นอาการที่ปรากฏมาด้วยกันกับเบาหวาน ตามปกติเมื่อแพทย์ตรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูง และมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย แพทย์มักแนะนำให้ไปตรวจเบาหวานหรืออาการไตเพราะอาการเหล่านี้จะดีขึ้นเมื่อควบคุมได้ อาจใช้เวลาหลายเดือนกว่าจะหาย

ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) จัดเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญมากเพราะเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ



ความดันโลหิตสูงสามารถรักษาได้ ถ้าตรวจพบในระยะแรก โรคนี้มีอันตรายมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าตัวเองมีความดันโลหิตสูงเพราะมักไม่แสดงอาการผิดปกติ จนเมื่อเวลาผ่านไปหลายปีจึงเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเป็นอัมพาต โรคหัวใจ และโรคไตได้

โดยปกติ ขณะที่หัวใจเต้นจะสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทางหลอดเลือด เมื่อหัวใจบีบตัว เลือดจะถูกบีบออกไปสู่หลอดเลือดแดงและจะมีแรงไปกระแทกผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดการขยายตัว แรงของหลอดเลือดที่คั่นผนังนี้ คือแรงดันชนิด Systolic (หรือค่าความดันช่วงบน) หลังจากการบีบตัวหัวใจจะคลายตัว หลอดเลือดก็จะคืนสู่สภาพเดิม แรงดันขณะนี้เป็นแรงดันชนิด Diastolic (หรือความดันช่วงล่าง) ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่มีแรงกระทำต่อผนังหลอดเลือดมากเกินไป ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) 1999 หากค่า Systolic อยู่ที่ 140 mm.Hg และค่า Diastolic อยู่ที่ 90 mm.Hg จึงถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง

### การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างขึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกสบายดี ความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อม และยิ่งสูงมากเท่าไรก็ยิ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจวาย หลอดเลือดในสมองแตก ไตวายและหลอดเลือดที่ขาหรือประสาทตาเสียหาย ดังนั้น เหตุผลสำคัญที่จะต้องควบคุมความดันโลหิตก็คือ การลดความดันโลหิตจะสามารถลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้

### โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ปัจจัยของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่

1. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง
2. ผู้ที่มีระดับไขมันในเส้นเลือด โดยเฉพาะ โคลเลสเตอรอลสูงผิดปกติ
3. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานาน

### การป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน

แนวทางการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มเรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วมักรักษาไม่หายนั้น เป็นแนวทางเพื่อลดโอกาสหรือชะลอการเกิดและลดความรุนแรงของปัญหา

1. พยายามรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติ โดยเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ หมั่นออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ งดบุหรี่ สุรา และรับประทานยาหรือฉีดยาตามแพทย์สั่ง หมั่นตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะ
2. รักษาความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณเท้า หมั่นตรวจดูเล็บ และตามซอกนิ้วว่ามีรอยถลอก แผลพุพองหรือไม่ สวมรองเท้าที่มีขนาดพอดีไม่หลวมหรือคับจนเกินไป รองเท้าที่ซื้อใหม่ควรสวมไม่เกินวันละครึ่งชั่วโมง หมั่นให้ความอบอุ่นบริเวณขาโดยการวางกระเป๋าน้ำร้อนไว้บนขา แต่ต้องระวังไม่ให้อุณหภูมิสูงจนเกินไปและอย่าวางนานเกินไปจะทำให้เกิดการพุพอง แล้วถูกลามใหญ่โตได้ แต่ถ้าเกิดมีแผลขึ้นควรรีบปรึกษาแพทย์ทันที
3. พกถุงอมหรือน้ำตาลไว้เมื่อเกิดอาการ ใจสั่น หน้ามืดเป็นลม เนื่องจากน้ำตาลต่ำเกินไป



4. ควรตรวจร่างกายจากแพทย์โดยละเอียด อย่างน้อยปีละครั้งหรือตามที่แพทย์นัด แม้จะไม่มีอาการผิดปกติ เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติอันอาจเกิดจากการรักษาแต่เนิ่น ๆ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรค

5. ปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มเติมของแพทย์อย่างเคร่งครัด มีวินัยแก่ตนเอง เพราะแม้ว่าอาการแทรกซ้อนที่หลงเหลืออยู่จะเป็นการถาวรแต่มีผู้ป่วยบางรายอาการดีขึ้น จึงไม่ควรละเลยในการดูแลและปฏิบัติตาม อย่างน้อยก็อาจทำให้อาการแทรกซ้อนกำเริบช้าลง

### 1.5 อาการผิดปกติที่มักพบในผู้ป่วยเบาหวาน

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเบาหวาน อาการที่เกิดขึ้นมีหลายลักษณะดังนี้

- เหงื่อออก
- วิงเวียน มึนงง อ่อนเพลีย ตัวสั่น
- หงุดหงิดและฉุนเฉียวขึ้นมาอย่างฉับพลัน
- รู้สึกหัวใจเต้นแรงและเร็ว
- สับสนหรือเลอะเลือน
- ปวด มึนศีรษะ
- ตาพร่ามัวหรือเห็นภาพซ้อน
- ชาบริเวณปลายนิ้วมือเท้าหรือรอบปาก
- หิวมาก
- หน้าซีด และพูดไม่ชัด
- ชัก หมดสติ

อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเหล่านี้ มักเกิดจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ฉีดอินซูลินหรือรับประทานยาลดระดับน้ำตาลมากเกินไป
2. รับประทานอาหารน้อยเกินไป ผิดเวลาอาหาร หรือช่วงระหว่างมื้ออาหารนานเกินไป
3. ออกกำลังกายหรือทำงานหนักมากกว่าปกติ

เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นอาการที่รักษาได้ง่าย ถ้าหากอาการไม่มากจนถึงขั้นหมดสติหรือชัก เพียงแต่รับประทานน้ำตาลเข้าไปก็จะดีขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น ในกรณีที่รู้สึกว่ามีอาการดังกล่าวข้างต้น ไม่ควรที่จะรังเกียจเกิดอาการ โดยหวังว่าอาการจะหายไปตัวเอง แต่ควรแก้ไขอาการเหล่านี้ตามวิธีปฏิบัติต่างๆดังนี้

1. หากเริ่มมีอาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและมีสาเหตุชัดเจน เช่น ผิดเวลาอาหารไป ควรรับประทานทันที อาการจะค่อยๆดีขึ้นจนเป็นปกติ หรือหากอาหารยังไม่พร้อมอาจจะรับประทานอาหารว่าง เช่น ขนมปังแครกเกอร์แทนได้

2. หากอาการค่อนข้างมากควรหาของหวานที่รับประทานแล้ว ดูดซึมเร็วรับประทานเข้าไปก่อนเพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดโดยเร็ว เช่น น้ำหวาน นมชนิดหวาน หรือลูกกวาด เป็นต้น

3. นิ่งหรือนอนพัก งดเว้นการทำงาน

4. สังเกตอาการสักครู่หลังจากปฏิบัติตามข้อ 1, 2 และ 3 ถ้าหากผ่านพ้นไป 10 – 15 นาที อาการ ไม่ได้ขึ้นควรรับประทานอาหารเพิ่มเติม

5. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในระหว่างออกกำลังกายหรือหลังการออกกำลังกายก่อนออกกำลังกายควรรับประทานของว่าง ได้แก่ อาหารจำพวกขนมปังแครกเกอร์ แชนค์วิช หรือ ขนมปัง ทานอย เป็นต้น

### ข้อปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

การป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. ควบคุมอาหารตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการตรงต่อเวลาและจำกัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อให้พอเหมาะไม่มากหรือน้อยเกินไป
2. ฉีดอินซูลินหรือรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยเคร่งครัด
3. ถ้ามีการออกกำลังกายมากกว่าปกติควรรับประทานอาหารว่าง เช่น นม 1 แก้ว หรือขนมปังแครกเกอร์ 1 – 2 แผ่น หรือผลไม้ 1 ส่วน ก่อนออกกำลังกายประมาณ 1 ชั่วโมง และถ้าเป็นไปได้ควรตรวจเลือดก่อนและหลังออกกำลังกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน
4. ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ
5. ปรึกษาแพทย์ในกรณีที่ต้องรับประทานยาสำหรับรักษาโรคอื่นๆ ร่วมด้วย เพราะยาเหล่านั้นอาจมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้
6. บอกให้ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดทราบว่า เป็นเบาหวานและอธิบายวิธีช่วยเหลือให้เข้าใจ
7. ในกรณีฉีดอินซูลิน
  - ควรมีผลไม้ ลูกกวาด น้ำตาลก้อนติดตัวไว้ หรือ มีขนมปังแครกเกอร์หรือน้ำหวานไว้ในยานพาหนะเผื่อยามฉุกเฉิน
  - พกบัตรประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้าน เผื่อกรณีฉุกเฉินผู้พบเห็นจะได้ช่วยได้อย่างถูกต้อง

### ภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า

ผู้ป่วยเบาหวานบางคนเมื่อเปลี่ยนท่าจากนอนมาขึ้นอย่างรวดเร็ว นั้น มักมีอาการเวียนศีรษะ มึนงง หน้ามืดเหมือนจะเป็นลม หรือบางรายเป็นมากจนหมดสติไปชั่วคราว อาการเหล่านี้มีสาเหตุมาจากความดันโลหิตต่ำลงเนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมความดันโลหิตเสียไปในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทนอกจากจะมีอาการชาบริเวณปลายมือปลายเท้าแล้ว ส่วนหนึ่งมาจากความเสื่อมของการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมความดันโลหิตและการสูดเลือดหรือการเต้นของหัวใจ ทำให้การปรับตัวเมื่อเปลี่ยนท่าผิดปกติไป ผลก็คือจะมีอาการเนื่องมาจากความดันโลหิตต่ำ ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง

การให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะมี ความดันโลหิตสูงกว่าปกติในท่านอนแต่เมื่อนั่งหรือยืนแล้วความดันโลหิตอาจลดลงเป็นปกติหรือต่ำกว่าปกติได้ ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็น โรคความดันโลหิตสูงที่ต้องใช้ยาลดความดันซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายได้

### การปฏิบัติตัวและการรักษาที่สามารถทำได้

1. หลีกเลี้ยงหรือลดการใช้ยาที่มีผลลดความดันโลหิต
2. นอนหัวสูงกว่าปกติประมาณ 30 – 40 องศา ในช่วงเวลากลางคืน เพื่อลดอาการลุกขึ้นตอนเช้า
3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
4. รับประทานอาหารเค็มได้ตามปกติหรือมากกว่าปกติเล็กน้อย หากไม่มีภาวะอื่นที่เป็นข้อห้าม
5. แก้ไขภาวะช้ำ (หากมี)
6. การใช้ยาช่วยในรายที่มีอาการมากและใช้วิธีอื่นแก้ไขไม่ได้แล้ว

## 1.6 การรักษาโรคเบาหวาน มีดังนี้ (เทพ หิมะทองคำ, 2546)

### 1.6.1 แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวานนั้น ถ้าผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคนี้ หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 120-150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์จะไม่แนะนำให้รับประทานยา แต่ให้เน้นวิธีการควบคุมอาหารก่อนประมาณ 2 สัปดาห์ และเจาะเลือดดูอีกครึ่งหนึ่ง หากปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ทั้ง ๆ ที่ปฏิบัติตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดแล้ว แพทย์จึงพิจารณาให้ยารักษา เพราะการให้ยารักษาในกรณีที่ปริมาณน้ำตาลไม่สูงมาก จะเกิดผลข้างเคียงทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดลดต่ำลงจนเป็นอันตรายได้

ปัจจุบันโรคเบาหวานมีแนวทางการรักษา 4 แนวทาง ประกอบด้วย

- 1) การฉีดอินซูลินเข้าสู่ร่างกายโดยตรง
- 2) การใช้ยาเม็ดควบคุมน้ำตาลในกระแสเลือด
- 3) การควบคุมอาหาร
- 4) การออกกำลังกาย

#### 1.6.1.1 การรักษาโดยการฉีดอินซูลิน

เบาหวานชนิดที่ 1 มีสาเหตุมาจากที่ร่างกายไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ ฉะนั้นเมื่ออินซูลินที่ทำหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดมีน้อย ระดับน้ำตาลในเลือดจึงเพิ่มมากขึ้นจนถึงขีดอันตรายและอาจทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแตกหรือเกิดอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ

การรักษาเบาหวานชนิดที่ 1 จำเป็นจะต้องให้อินซูลินเข้าสู่ร่างกายโดยตรง ผู้ป่วยจึงต้องเรียนรู้วิธีการเพิ่มปริมาณอินซูลินในร่างกายด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทันทั่วทั้ง

โดยทั่วไปแพทย์ มักกำหนดให้ฉีดอินซูลินเข้าสู่ร่างกายวันละ 2 ครั้ง โดยสามารถฉีดได้ด้วยตนเองในกรณีที่ฉีดอินซูลินมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับการตรวจดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งต้องเจาะเลือดตรวจด้วยตนเองบ่อย ๆ ด้วยชุดตรวจแบบปากกา

อินซูลินที่เลือกใช้นั้นมีอยู่หลายชนิด มีวิธีการฉีดหลายแบบ ผู้ป่วยสามารถเลือกอินซูลินที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต

## ตารางที่ 1 ประเภทของอินซูลิน

ประเภท	ออกฤทธิ์ภายใน	ประสิทธิภาพสูงสุด	ระยะเวลาที่ฤทธิ์ยาครอบคลุม
ออกฤทธิ์เฉียบพลัน (insulin lispro)	15 นาที	30 – 90 นาที	ไม่เกิน 5 ชั่วโมง
ออกฤทธิ์ระยะสั้น (regular insulin)	½ - 1 ชั่วโมง	2 – 4 ชั่วโมง	6 – 8 ชั่วโมง
ออกฤทธิ์ระยะกลาง (NPH-lente)	1 - 4 ชั่วโมง	6 – 10 ชั่วโมง	10 – 16 ชั่วโมง
ออกฤทธิ์ระยะยาว (Ultralente)	4 – 6 ชั่วโมง	18 ชั่วโมง	24 – 36 ชั่วโมง

ที่มา: เทพ หิมะทองคำ, 2546

### ตำแหน่งที่เหมาะสมในการฉีดอินซูลิน

การฉีดอินซูลินเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใด ควรเลือกตำแหน่งที่ฉีดอินซูลิน ถูก ดูดซึมได้เร็ว เช่น บริเวณหน้าขา ด้านนอก ต้นแขน สะโพก และหน้าท้อง ซึ่งบริเวณหน้าท้องจะเป็นตำแหน่งที่ทำให้อินซูลินดูดซึมได้เร็วที่สุด รองลงมาคือ ต้นแขน ในขณะที่ฉีดเข้าบริเวณหน้าขาจะช้าที่สุด แต่การฉีดเข้าในบริเวณที่ต่างกันนั้น ไม่ได้ทำให้ผลการทำงานของอินซูลินแตกต่างกัน

### การใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นั้น ดับอ่อนยังคงทำหน้าที่ผลิตอินซูลินได้ แต่ร่างกายกลับต่อต้านอินซูลิน หรืออินซูลินที่ผลิตได้ไม่มีคุณภาพเพียงพอ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในระยะแรกที่เกิดอาการ สามารถรักษาโดยการใช้อาหารควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ในรายที่เป็นเรื้อรัง อาจมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับอินซูลินเป็นระยะ ๆ เนื่องจากตับอ่อนผลิตอินซูลินน้อยลงหรือกินยาลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่เพียงพอที่จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติได้

เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นไปที่การลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดทั้งในช่วงก่อนและหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือด (เพราะหลอดเลือดหัวใจตีบ) อันเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การใช้อินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจทำได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้

- ให้อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ระยะกลาง หรือออกฤทธิ์ระยะยาววันละ 1 ครั้ง ก่อนเข้านอน โดยรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย
- หยุดการใช้อาหารเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด และใช้การฉีดอินซูลินผสมเช้าและเย็น หลังอาหารวันละ 2 ครั้ง

- ใช้อาเม็ทลระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมกับการฉีดอินซูลินชนิดผสมวันละ 2 ครั้ง  
เช้า และเย็น

#### 1.6.1.2 การรักษาโดยการใช้อาเม็ทล

ในการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน จะใช้อาเม็ทลในกรณีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 250 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (เฉพาะเบาหวานประเภทที่ 2) และมีอาการแสดงออกชัดเจน โดยจะใช้อาเม็ทลควบคุมระดับน้ำตาลไปพร้อมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

ยารักษาเบาหวาน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1) ยาที่มีผลในการกระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งปริมาณอินซูลินเพิ่มมากขึ้น ตัวอย่างเช่น

- Sulfonylureas (Chlorpropamide, Acetazolamide, Tolazamide, Glyburide และ Glipizide) โดยทำหน้าที่ลดปริมาณน้ำตาลในเลือด ด้วยการกระตุ้นให้ตับอ่อนผลิตอินซูลินในปริมาณมากขึ้น ซึ่งได้ผลดีกับผู้ป่วยหลายราย แต่ขณะที่ได้รับยานี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องควบคุมการบริโภคอาหารให้เป็นไปตามตารางที่กำหนด เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

- Netaglinide (Starlix) เป็นยาสำหรับเบาหวานชนิดใหม่ที่ต้องรับประทานอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) อนุญาตให้ใช้เป็นยารักษาโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถป้องกันอันตรายอันอาจเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยานี้ทำหน้าที่กระตุ้นตับอ่อนให้ผลิตอินซูลินอย่างรวดเร็ว และสั่งให้ตับอ่อนหยุดผลิตได้โดยการตรวจวัดระดับความดันโลหิต (ปริมาณอินซูลินในระดับสูง จะก่อให้เกิดผลข้างเคียงเนื่องจากเซลล์ร่างกายได้รับปริมาณน้ำตาลมากเกินไป) นอกจากนี้ยา Starlix สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหารได้อีกด้วย

- Meglitinide (Repaglinide) ทำงานคล้าย Sulfonylureas คือ ช่วยกระตุ้นให้ตับอ่อนเพิ่มปริมาณการผลิตอินซูลิน แต่มีระยะเวลาการทำงานสั้นกว่า

2) ยาที่มีผลในการยับยั้งการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตในลำไส้ เช่น

- Alpha-Glycosides inhibitors (Acarbose และ Meglitol) ช่วยชะลอกระบวนการย่อยและดูดซึมน้ำตาลและแป้งในลำไส้ ซึ่งเป็นสาเหตุของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหลังมีอาหาร โดยยานี้จะออกฤทธิ์ต่อระบบการย่อยอาหารแทนการลดปริมาณน้ำตาลในเลือด และอาจมีผลข้างเคียงคือ เกิดแก๊สในกระเพาะมากเกินไป ทำให้ท้องอืด ท้องเฟ้อได้ แต่อาการข้างเคียงนี้จะบรรเทาลงเมื่อใช้ยาไประยะหนึ่ง ในทางตรงกันข้ามอาการจะเพิ่มขึ้นหากผู้รับประทานอาหารที่มีปริมาณคาร์โบไฮเดรตหรือน้ำตาลในปริมาณมาก

3) ยาที่มีผลในการลดการสร้างกลูโคสในตับ และเพิ่มการใช้น้ำตาลกลูโคส เช่น

- Biguanide (Metformin) เป็นยาที่ช่วยลดปริมาณการผลิตกลูโคสจากตับ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของอินซูลินซึ่งผลิตโดยตับอ่อน การใช้อาเม็ทลนี้ต้องมีการไหลเวียนของเลือดเข้าสู่ไตที่ดี ดังนั้น ปัจจัยที่ต้องคำนึงหากจะใช้นี้ คือ การทำงานของหัวใจ ไต และอายุของผู้ป่วย

- Metformin เป็นยาลดการสร้างกลูโคสจากตับอีกชนิดหนึ่ง ซึ่งมีข้อดี คือ ทำให้เบื่ออาหาร และลดน้ำหนักได้เล็กน้อย ส่วนข้อควรระวังของการใช้อาเม็ทลนี้ คือ อาจมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง จนถึงขั้นท้องเสียตามมา ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่รับประทาน

4) ยาที่ทำหน้าที่ลดภาวะการฉับอินซูลินในร่างกาย ได้แก่ ยาในกลุ่ม Thiazolidine diones

- Thiazolidine diones (Rosiglitazone และ Pioglitazone) ยาชนิดนี้ไม่มีฤทธิ์ต่อดับอ่อน แต่ทำหน้าที่เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของอินซูลินที่ดัดอ่อนผลผลิตออกมา ยาในกลุ่ม Glitazone ที่ผลิตออกจำหน่ายรุ่นแรก คือ Troglitazone พบว่ามีผลข้างเคียงต่อดับ แต่ภายหลังได้มีการพัฒนา ยา กลุ่มนี้เป็นรุ่นที่สอง ออกมาคือ Rosiglitazone และ Pioglitazone ซึ่งยังไม่พบผลข้างเคียงต่อดับแต่อย่างใด นอกจากนี้ยังมีรายงานทางการแพทย์พบว่า ยากลุ่มนี้มีผลต่อการลดปริมาณไขมันอิสระ และช่วยเพิ่มปริมาณ HDL ซึ่งเป็นไขมันในกลุ่มที่ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกายได้อีกด้วย อาการข้างเคียงที่ยังคงต้องระวังในยากลุ่มนี้ คือ การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เพราะอาจเกิดไขมันสะสมในร่างกาย และควรระวังเป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีปัญหาในการทำงานของหัวใจ แต่โดยมากแพทย์มักไม่สั่งจ่ายยาจำพวกนี้

#### ข้อควรรู้ในการใช้ยารักษาเบาหวาน (นิรมล เมืองโสภ, 2552)

- 1) รับประทานยาให้สม่ำเสมอ ตรงเวลา
- 2) รับประทานยาตามมือที่แพทย์สั่ง
- 3) หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์
- 4) ควรทราบผลข้างเคียงของยา เมื่อสงสัยว่าเกิดอาการข้างเคียงของยาควรปรึกษาแพทย์
- 5) ควรแจ้งแพทย์ให้ทราบว่า มีประวัติแพ้ยาใด และใช้ยาตัวใดอยู่เป็นประจำ
- 6) ควรทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย
- 7) กรณีมีปัญหาในการควบคุมน้ำตาล เช่น น้ำตาลสูงหรือต่ำบ่อย ๆ ควรมีการตรวจเช็คน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้านด้วย

โดยทั่วไปถ้าลืมรับประทานยาในเวลาที่แพทย์สั่งสามารถรับประทานได้ทันทีที่นึกได้ กรณีที่รับประทานยาและไปนึกได้เมื่อถึงยามื้อต่อไปแล้วนั้น ไม่ต้องเพิ่มขนาดยาในมื้อยาที่จะถึง เพราะอาจก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี กรณีที่รับประทานยาวันละ 1 ครั้ง และลืมรับประทานยาไม่ควรจะรับประทานยาเพิ่มในวันรุ่งขึ้น

### 1.7 การควบคุมอาหาร (เทพ หิมะทองคำ, 2546)

โภชนาการที่ดีเป็นหนึ่งในหัวใจของการควบคุมเบาหวาน ถึงแม้จะได้รับการรักษาเบาหวานหรือฉีดอินซูลินก็ยังจำเป็นต้องควบคุมอาหารร่วมด้วย การควบคุมอาหารคือ การรู้จักเลือกรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนอย่างสมดุล เป็นการป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนที่จะตามมาภายหลัง

#### 1.7.1 จุดมุ่งหมายในการควบคุมอาหาร

1.7.1.1 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันให้อยู่ในระดับที่ปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติมากที่สุด ซึ่งจะช่วยชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนให้เกิดช้าที่สุด เช่น โรคเส้นเลือดตีบแข็ง ซึ่งจะมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือหากเกิดการอุดตันที่หลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองจะทำให้เป็นอัมพาตได้

1.7.1.2 เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สามารถทำได้โดยการควบคุมปริมาณอาหารหรือแคลอรีที่รับประทานตลอดทั้งวัน ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับเพศ

อายุ น้ำหนักตัว และกิจกรรมประจำวัน ความอ้วนจะทำให้ร่างกายเกิดการคัดต่ออินซูลินมีผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น การลดน้ำหนักตัวลงจะทำให้อินซูลินทำงานได้ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับเพศ และระดับน้ำตาลในเลือดก็จะลดลงตามไปด้วย

การคำนวณน้ำหนักมาตรฐาน

ในชาย น้ำหนักที่เหมาะสม = ความสูง (ซม.) - 100

ในหญิง น้ำหนักที่เหมาะสม = [ความสูง (ซม.) - 100] - 10%

น้ำหนักที่เหมาะสมนี้จะบวกหรือลบได้อีกประมาณ 3 - 5 กิโลกรัม ขึ้นอยู่กับโครงสร้างของร่างกาย น้ำหนักตัวที่มากกว่าเกณฑ์พิจารณาได้ว่า อ้วน (เทพ หิมะทองคำ, 2546)

### 1.7.2 ขั้นตอนการสอนเกี่ยวกับอาหารแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ (วิทยา ศรีคามา, 2549)

1.7.2.1 การแนะนำอาหารที่ควรรับประทาน หรือหลีกเลี่ยงเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง  
สู่เกณฑ์ปกติ

อาหารผู้ป่วยเบาหวานสามารถแบ่งง่าย ๆ เป็น 3 ประเภท คือ

1) ประเภทที่ไม่ควรรับประทาน ได้แก่ อาหารน้ำตาล และขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด สังขยา นมชั้นหวาน น้ำเกลือแร่ น้ำผลไม้ (มักมีน้ำตาลประมาณ 8 - 15 %) ยกเว้นน้ำมะเขือเทศ ซึ่งมีน้ำตาล 0 - 1 %

ควรดื่มน้ำเปล่า น้ำชา ไม่ใส่น้ำตาล

ถ้าดื่มหวาน ควรดื่มหวานดำ ไม่ควรใส่น้ำตาล นมชั้นหวาน หรือครีมเทียม (ซึ่งประกอบด้วยน้ำตาลกลูโคส 58% น้ำมันปาล์ม 33%) ควรใส่นมจืดพร่องไขมัน และหรือ/ น้ำตาลเทียมแทน

สารให้ความหวาน (Sweetener) แยกได้ 2 ชนิดคือ

(1) Sweetener ที่ให้สารอาหารต่ำ ได้แก่

- Aspartame ได้แก่ Equal เป็นสารอาหารชนิดกรดอะมิโนเป็นสารให้พลังงานต่ำ โดย 1 เม็ด มี 2 กิโลแคลอรี 1 ซอง มี 4 kCal มีความหมายมากกว่าน้ำตาลทราย 180 - 200 เท่า ใช้ในส่วนผสมอาหาร เช่น น้ำอัดลม (ไดเอทโค้ก แป๊ปซี่แมกซ์) ห้ามใช้ในผู้ป่วย Phenylketonuria

- Asulfame K มีพลังงานต่ำ ใช้ในน้ำอัดลม เช่น แป๊ปซี่แมกซ์

- Sccharin (ซันซัสกร) ไม่มีพลังงาน มีความหวานมากกว่าน้ำตาลทราย

300 - 400 เท่า

(2) Sweetener ที่ให้สารอาหารสูง ได้แก่

- น้ำตาลทราย (Sucrose) World Health Organization แนะนำให้รับประทานได้ 5% ของปริมาณที่ต้องการแต่ละวัน ในทางปฏิบัติเนื่องมาจากมีน้ำตาลปนมากับอาหารที่ไม่ได้ปรุงเองอยู่บ้าง จึงควรแนะนำผู้ป่วยให้งดการรับประทานน้ำตาลทรายที่เติมเองโดยตรง

- Fructose สามารถให้พลังงานเช่นเดียวกับน้ำตาลทรายคือ 4 kCal/g เป็นน้ำตาลจากผลไม้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงได้น้อยกว่า ไม่ควรรับประทานน้ำตาลชนิดนี้ เนื่องจากอาจเข้าใจผิดว่าไม่มีสารอาหาร และผู้ป่วยรับประทานผลไม้มากอยู่แล้ว

- Sorbitol, Manitol, xylitol เป็นกลุ่ม Sugar alcohol หรือ polyols ซึ่งจะมีค่าการให้พลังงานต่ำกว่าน้ำตาลทราย หรือคาร์โบไฮเดรต โดยทั่วไปประมาณ 2.4 – 3.5 kCal/g ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละคนที่รับประทานเข้าไป

## 2) ประเภทที่ 2 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน

ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ได้แก่ ผักกาด ผักคะน้า ถั่วฝักยาว ผักนึ่งถั่วงอก ทำเป็นอาหาร เช่น ต้มจืด ยำ สลัด ผัดผัก เป็นต้น

อาหารเหล่านี้มีสารอาหารต่ำ นอกจากนั้น ยังมีกากอาหารที่เรียกว่า ไฟเบอร์ ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง และลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้

ไฟเบอร์เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนถูกย่อยในลำไส้ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

(1) ไฟเบอร์ชนิดละลายได้ (Soluble) เป็นไฟเบอร์มีผลในการลดระดับน้ำตาลและอินซูลินในเลือด ถ้ารับประทานร่วมกับอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่ทราบชัดเจน อาจเกิดจาก

ก. ลดการดูดซึม โดยช่วยเพิ่มความหนืด และทำให้อาหารสัมผัสกับลำไส้ น้อยลง ทำให้การดูดซึมน้อยลง

ข. ทำให้การตอบสนองต่ออินซูลินดีขึ้น

ค. ไฟเบอร์บางส่วนถูกย่อย โดย แบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ ได้เป็นกรดไขมันชนิดโมเลกุลสั้น ซึ่งถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด และมีผลในการลดระดับน้ำตาล และกรดไขมันอิสระ อาหารที่มีไฟเบอร์ชนิดละลายได้ ได้แก่ แอปเปิ้ล ส้ม ผลไม้อื่นๆ ข้าวโอ๊ต ซีเรียล

(2) ไฟเบอร์ชนิดไม่ละลาย (Insoluble) เป็นไฟเบอร์ที่ช่วยเพิ่มการรวมตัวของอุจจาระ ไม่มีผลในการลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง แต่เป็นอาหารที่มีแคลอรีในอาหาร ทำให้น้ำหนักลดได้พบมากในผักต่าง ๆ

## 3) ประเภทที่ 3 รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด

ได้แก่ อาหารพวกแป้ง (คาร์โบไฮเดรต) ปัจจุบันอาหารพวกแป้งนั้นไม่สามารถรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ถ้าผู้ป่วยไม่อ้วนมาก เนื่องจากรับประทานคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น ไม่ได้ทำให้ระดับน้ำตาลสะสมสูงขึ้น หรือระดับอินซูลินเพิ่มขึ้น การลดอาหารจำพวกแป้งทำให้ต้องเพิ่มอาหารพวกไขมัน ซึ่งอาจเป็นผลให้ระดับไขมันสูง และต้องเพิ่มเนื้อสัตว์ ทำให้น้ำหนักของไตเสียไปเร็วขึ้น ในผู้ป่วยที่มีโรคไตร่วมด้วย ในกรณีของผลไม่ต้องการจำกัดจำนวน ควรรับประทานพร้อมกับอาหารครั้งละ 1 ส่วน ตามตารางแลกเปลี่ยน

อาหารไฟเบอร์ทำให้การดูดซึมอาหารช้าลง จึงควรรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตที่มี ไฟเบอร์สูง ควรได้รับไฟเบอร์ทั้งหมดประมาณ 40 กรัม/ วัน

### อาหารที่แบ่งตามไฟเบอร์ในอาหาร

#### มีไฟเบอร์สูง (มากกว่า 3 กรัม / อาหาร 100 กรัม)

แอปเปิ้ล	แพร์
ฝรั่ง	ถั่วเขียว
ข้าวโพคอ่อน	แครอท
ถั่วแระ	อาหารซีเรียลชนิดแบริน
ถั่วฝักยาวเมล็ดแมงลัก	

#### มีไฟเบอร์ปานกลาง (มากกว่า 1 – 3 กรัม / อาหาร 100 กรัม)

ขนมปังโฮลวีท	สปาเกตตี
มะกะโรนี	ข้าวโพค (ซอสมือ)
กะหล่ำปลี	ข้าวโพคต้ม
ถั่วเขียว	พุทรา
น้อยหน้า ตะขบ	

#### มีไฟเบอร์น้อย (น้อยกว่า 1 กรัม/ อาหาร 100 กรัม)

ข้าว	ลำไย	ขนุน	ลิ้นจี่
กล้วย	ชมพู	แตงโม	องุ่น
แตงไทย	มะม่วง	มะปราง	ละมุด
ส้ม	อาหารซีเรียลชนิดคอนเฟลก		

#### 1.7.2.2 การแนะนำอาหารที่ควรรับประทาน หรือหลีกเลี่ยงเพื่อให้ระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ในการให้โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากจะต้องให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดแล้ว ยังต้องให้ผู้ป่วยมีระดับไขมัน และน้ำหนักตัวที่เหมาะสมด้วย การเลือกรับประทานอาหารไขมันให้ถูกต้องส่วนตามชนิด จะสามารถช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้ แนะนำให้รับประทานไขมันไม่เกิน 30% ของพลังงานที่ต้องการต่อวัน

##### การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารลดไขมันควรให้ข้อมูลดังนี้

- 1) ลดจำนวนโคเลสเตอรอลในอาหาร ควรลดหรืองดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง หอยนางรม สมอหมู ปลาหมึก กุ้ง และเครื่องในสัตว์
- 2) ลดไขมันจากสัตว์ ได้แก่ ไขมันสัตว์ เช่น หมูสามชั้น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู เป็นต้น ถ้าจะรับประทานหมู เนื้อ ควรเอาไขมันออกให้หมด ถ้ารับประทานไก่ ควรเอาหนังออกให้หมด
- 3) การรับประทานเนื้อสัตว์นั้น ควรพิจารณาเลือกเนื้อสัตว์นั้นด้วย

		ปริมาณไขมัน
เนื้อวัว เนื้อหมู	มีไขมัน	7.9 – 13.2 %
เนื้อไก่	มีไขมัน	5 – 7.4 %
ปลาน้ำจืด เนื้อขาว	มีไขมันต่ำกว่า	5 %
ปลาทะเล	มีไขมัน	5 – 17 %

4) งดอาหารจำพวกกะทิ เนื่องจากเป็นกรดไขมันอิ่มตัว

5) เลือกใช้น้ำมันที่ถูกต้อง ควรใช้น้ำมันพืชที่ไม่ใช่น้ำมันมะพร้าว หรือน้ำมัน

ปาล์ม

- 6) อาหารบางอย่างมีโคเลสเตอรอลต่ำหรือไม่สูงมาก แต่มีปริมาณไขมันจำนวนมาก ซึ่งจะเปลี่ยนเป็นโคเลสเตอรอลในร่างกาย เช่น ถั่ว หนังกุ้ง เนย เป็นต้น มีไขมัน ถึง 60 – 70% ควรหลีกเลี่ยง
- 7) ไขมันจากปลาทะเล สามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ ทำให้เกร็ดเลือดจับตัวน้อยลง และหลอดเลือดบีบตัวน้อยลง แต่มีผลต่อโคเลสเตอรอลและ HDL-C ไม่ชัดเจน
- 8) อาหารที่มีไฟเบอร์ (เส้นใยอาหาร) สูงจะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอล โดยจับกับน้ำตาลที่มีโคเลสเตอรอลสูง ทำให้การดูดซึมลดลง

#### 1.7.2.3 การแนะนำอาหารให้น้ำหนักเข้าสู่เกณฑ์มาตรฐาน

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จึงควรลดน้ำหนัก เพื่อให้เบาหวานควบคุมได้ดีขึ้น

การลดน้ำหนัก ทำได้ 3 ประการ คือ

- 1) ควบคุมอาหาร
- 2) ออกกำลังกาย
- 3) ใช้จ่ายลดความอ้วน

เนื่องจากความอ้วนเกิดจากการที่รับประทานมากกว่าที่ร่างกายจะเผาผลาญได้ จึงเก็บสะสมไว้ทำให้อ้วน การปรับการรับประทานอาหารให้มีแคลอรีน้อยลง การออกกำลังกาย เพื่อเผาผลาญพลังงาน จึงช่วยในการลดน้ำหนัก ส่วนขาดน้ำหนักนั้นมิฤทธิ์ในการกระดกประสาทที่ควบคุมความอยาก หรือเป็นไฟเบอร์ที่ทำให้การดูดซึมอาหารน้อยลง

1) การควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารนั้นไม่ใช่การอดอาหาร แต่ปรับเปลี่ยนสัดส่วนของอาหาร ให้มีอาหารที่มีแคลอรีต่ำแทนที่จะรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง เนื่องจากการงดอาหารทำให้รู้สึกหิว และจะไม่สามารถปฏิบัติได้

2) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยทำให้มีการใช้พลังงาน ถ้าควบคุมอาหารโดยไม่ออกกำลังกาย จะต้องอดอาหารอย่างมาก ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่สามารถทำได้ ดังนั้น การออกกำลังกายร่วมด้วย จะทำให้สามารถรับประทานได้บ้าง ไม่อดมากเกินไป

3) การลดน้ำหนักโดยใช้จ่าย การลดน้ำหนักนั้น ควรให้ผู้ป่วยปรับปรุงพฤติกรรม การรับประทาน และออกกำลังกายมากกว่าการใช้จ่าย เนื่องจากการใช้จ่าย ทำให้น้ำหนักลดลงจริง แต่เมื่อใช้ไปนาน ๆ จะไม่ลดลงอีก และเมื่อหยุดยา น้ำหนักจะกลับมาเหมือนก่อนรักษา ถ้าไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน

นอกจากนั้นอาจเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น และโรคหัวใจอื่น ๆ ถึงแม้พบน้อย แต่เป็นภาวะที่อันตรายร้ายแรง

#### 1.7.2.4 การแนะนำอาหารอื่น ๆ ที่ควรรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

##### โปรตีน

โปรตีน เป็นสารอาหารแรกของผู้ป่วยเบาหวานควรคำนึงถึง เมื่อเริ่มต้นจัดการอาหาร ร่างกายควรได้รับโปรตีนประมาณ 1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมในระยะแรก แล้วจึงลดเหลือ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในระยะต่อมา เนื่องจากโปรตีนเป็นสารอาหารที่สามารถลดค่าอาหารแทรกซ้อนจากโรคขาดสมดุลประสาทในผู้ป่วยเบาหวานได้ และอาหารที่มีโปรตีนก็มักมีวิตามิน บี อยู่ด้วย

##### วิตามิน

ถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารที่เพียงพอ มักไม่ขาดวิตามิน ไม่จำเป็นต้องให้วิตามินทดแทน ผู้ที่มีโอกาสขาดวิตามินได้แก่

- 1) ผู้ป่วยที่จำกัดอาหารอย่างมาก เพื่อลดน้ำหนัก
- 2) ตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร
- 3) Poor metabolic control
- 4) มี Malabsorption disorders
- 5) มังสวิวัต หรือรับประทานเจ

สรุปความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานนั้น เป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องอาหาร สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ทำให้คุณภาพชีวิตดีได้

#### 1.8 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนปกติทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานยิ่งควรได้รับการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญและมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และต้องคำนึงถึงผลของการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่สำคัญ 2 ข้อ ดังนี้

1.8.1 ถ้าผู้ป่วยมีการควบคุมระดับกลูโคสในเลือดได้ดีไม่พอ ประกอบกับได้รับอินซูลินไม่เพียงพอ เมื่อออกกำลังกายจะมี Adrenaline หลั่ง ทำให้มีการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด

1.8.2 ถ้าผู้ป่วยมีการควบคุมระดับกลูโคสในเลือดได้ดี ได้รับอินซูลินเพียงพอ เมื่อออกกำลังกายจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ดังนั้น จึงต้องระวังเป็นพิเศษ วิธีป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับ ความแรง ชนิด และระยะเวลาในการออกกำลังกาย โดยทั่วไปจะใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งวิธี ดังต่อไปนี้

- การลดขนาดของอินซูลินลง ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยบางคน และควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลก่อน
- การเพิ่มขนาดของคาร์โบไฮเดรตชนิด Complex Carbohydrate (เช่น ขนมปังกรอบ ผลไม้ โยเกิร์ต) ประมาณ 20 กรัม ในมื้ออาหารล่วงหน้า ก่อนการออกกำลังกาย เช่น เพิ่มนม 17.00 น. เมื่อจะออกกำลังกายเวลา 18.00 น.
- การรับประทานคาร์โบไฮเดรตชนิดดูดซึมเร็วประมาณ 20 กรัมก่อนการออกกำลังกาย

ในกรณีที่ออกกำลังกายนาน อาจจำเป็นต้องรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตในขณะที่ออกกำลังกายร่วมด้วย เช่น ช็อคโกแลต น้ำหวาน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถออกกำลังกายได้นาน โดยไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และบางครั้งอาจจำเป็นต้องรับประทานคาร์โบไฮเดรตอีกในระยะเวลาหลังการออกกำลังกาย เนื่องจากฤทธิ์ของการออกกำลังกายต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดจะคงอยู่และต่อเนื่องไปอีกหลายชั่วโมง

### โปรแกรมการออกกำลังกาย

สิ่งสำคัญในการกำหนดโปรแกรมการออกกำลังกาย คือ ความเฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการกำหนดภายใต้คำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยต้องผสมผสานการออกกำลังกายจะต้องประกอบด้วย ชนิด (Type) ความแรง (Intensity) ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง (Duration) และความถี่ (Frequency)

**ชนิด** การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือ Aerobic Exercise ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวต่อเนื่อง เช่น การเดิน การวิ่ง การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน การออกกำลังกายบริหาร การออกกำลังกายแบบ Aerobic นี้จะดีต่อปอด หัวใจ ปอด และระบบไหลเวียนของเลือด

**ความแรงของการออกกำลังกาย (Intensity)** ประมาณได้จากอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ (Maximum heart rate, HR max) การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน ควรเป็นการ ออกกำลังกายที่ทำให้มีอัตราการเต้นของหัวใจร้อยละ 50 – 70 ของ HR max

$$\text{HR max} = 220 - \text{อายุ (ปี)}$$

#### วิธีคำนวณ

$$\text{ถ้าผู้ป่วยอายุ 50 ปี, HR max} = 220 - 50 = 170 \text{ ครั้ง/นาที}$$

กำหนดให้มีความแรงของการออกกำลังกายไว้ที่ร้อยละ 50 ของ HR max

$$\therefore = 50/100 \times 170 = 85 \text{ ครั้ง / นาที}$$

แต่เนื่องจากวิธีนี้เป็นการประมาณการที่ค่อนข้างต่ำ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องปรับเพิ่มอีกร้อยละ 15 ของ HR max =  $50/100 \times 170 = 25.5$

$$\therefore \text{ควรออกกำลังกายให้มีอัตราการเต้นของหัวใจ} = 85 + 25.5 = 110 \text{ ครั้ง / นาที}$$

**ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง (Duration)** เพื่อให้ได้อัตราการเต้นของหัวใจตามความแรงของการออกกำลังกาย (Intensity) ที่กำหนด ผู้ป่วยควรออกกำลังกายนานประมาณ 20 – 45 นาที การออกกำลังกายน้อยกว่านี้จะยังไม่เกิดผลการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึม แต่ถ้าออกกำลังกายนานกว่านี้อาจเกิดผลเสียต่อกลิ้ามเนื้อและข้อได้ ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของการออกกำลังกายด้วย

**ความถี่ (Frequency)** ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์ เพราะการตอบสนองของร่างกายต่ออินซูลินจะลดลงหลังหยุดออกกำลังกายมากกว่า 3 วัน และประโยชน์ในการลดน้ำตาลในเลือดหลังการออกกำลังกายจะได้ผลนานประมาณ 12 – 72 ชั่วโมงเท่านั้น อนึ่งถ้าเป็นไปได้ควรออกกำลังกายทุกวัน เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดต่อร่างกาย

**การอุ่นเครื่องและการผ่อนคลาย (Warm up and cool down)** นอกจากที่กล่าวมาข้างต้น ในโปรแกรมการออกกำลังกายจำเป็นต้องมีการอุ่นเครื่องหรือการยืดเส้นยืดสาย (Warm up) ก่อนออกกำลังกาย (Work

out) ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที เพื่อหลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและข้อต่อจากการออกกำลังกาย และกำหนดการผ่อนคลาย (Cool down) เมื่อเสร็จสิ้นการออกกำลังกายใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที ซึ่งช่วยป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ ภายหลังจากการออกกำลังกาย (Post – exercise hypotension)

### 1.9 การทำอารมณ์ให้แจ่มใส

#### การควบคุมและกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียด

ตามปกติความเครียดภายในจิตใจ จะส่งผลให้เกิดอาการทางกายที่สังเกตได้หลายอย่าง ได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร ท้องเสียหรือท้องผูกหายใจไม่อิ่ม ไม่มีสมาธิ ปวดต้นคอ ไหล่ เป็นต้น คนเรามีความสามารถจัดการความเครียดได้ทุกคน ขอเพียงต้องรู้ว่าตนเองกำลังเครียดแล้ว รู้จักทบทวนสาเหตุของความเครียดและเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น (นิรมล เมืองโสภ, 2552)

#### กลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียดมีดังนี้

1. การเสริมสร้างสุขภาพกายให้แข็งแรง
2. เปลี่ยนแปลงที่จิตใจ
3. แก้ไขสถานการณ์
4. ฝึกคลายความเครียด

#### การเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง ทำได้โดย

1. รับประทานอาหารที่มีคุณค่าแก่ร่างกาย
2. ออกกำลังกายเป็นประจำ
3. นอนหลับให้เพียงพอ
4. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เล่นการพนัน

#### การแก้ไขสถานการณ์ ได้แก่

1. ปรับปรุงที่ทำงานบ้านเรือนให้น่าอยู่สะอาด สวยงาม ด้วยไม้ประดับต่างๆ
2. เปลี่ยนบรรยากาศ เช่น ไปท่องเที่ยว ทำงานอดิเรกที่ชอบ ปลูกต้นไม้
3. ปรับปรุงการทำงานจัดลำดับการทำงาน เช่น วางแผนงาน

#### การเปลี่ยนแปลงที่จิตใจ

1. มองโลกในหลายๆแง่มุม
2. มีอารมณ์ขัน
3. ให้อภัย
4. ไม่ท้อถอย

#### การฝึกผ่อนคลายความเครียด

วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่น่าเสนอส่วนใหญ่จะเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก วิธีง่าย ๆ ที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง 5 วิธี ดังนี้

1. การฝึกการหายใจ
2. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ

3. การทำสมาธิเบื้องต้น
4. การใช้เทคนิคความเงียบ
5. การใช้เสียงเพลง

#### การฝึกการหายใจ

- ฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้ออก  
เมื่อหายใจเข้า หน้าท้องจะพองออก เมื่อหายใจออกหน้าท้องจะยุบลง ซึ่งจะรู้ได้โดยเอามือวางไว้ที่หน้าท้อง แล้วคอยสังเกตเวลาหายใจเข้าและหายใจออกเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ กลั้นไว้ชั่วครู่จึงหายใจออก

#### การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ

##### วิธีฝึก

- นั่งในท่าที่สบาย  
- เกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ได้แก่ กล้ามเนื้อที่แขนขวา แขนซ้าย หน้าผากตา แก้มและจมูก ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น คอ ออก หลัง และ ไหล่ หน้าท้องและก้นขาขวา ขาซ้าย เกร็งค้างไว้ แต่ละกลุ่ม 10 วินาที และคลาย จากนั้นก็เกร็งใหม่สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง แล้วค่อยๆทำไปจนครบ 10 กลุ่ม

- เริ่มจากการกำมือ และเกร็งแขนทั้งซ้ายและขวาแล้วปล่อย
- บริเวณหน้าผากใช้วิธีเอียงคิ้วให้สูงหรือขมวดคิ้วจนชิดแล้วคลาย
- ตา แก้ม และจมูกใช้วิธีหลับตาบีบ ขมุดแล้วคลาย
- ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เข้มปากแน่นและใช้ลิ้นดันเพดาน โดยหุบปากแล้วคลาย
- คอ โดยการก้มหน้าให้คางจรดคอ เหยงหน้าให้มากที่สุดแล้วกลับท่าปกติ
- ออก หลังและไหล่ โดยหายใจเข้าลึกๆ แล้วเกร็งไว้ ยกไหล่ให้สูงที่สุด แล้วคลาย
- หน้าท้องและก้น ใช้เขม่วท้อง ขมิบก้นแล้วคลาย
- งอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระดกปลายเท้าสูงขึ้น เกร็งขาซ้ายและขวาแล้วปล่อย

#### การทำสมาธิเบื้องต้น

เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน เช่น ห้องพระ ห้องนอน ห้องทำงานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน หรือมุมสงบในบ้าน แล้วนั่งขัดสมาธิ หรือนั่งเก้าอี้ขาขวาทับเท้าซ้ายมือชนกันหรือมือขวา ทับมือซ้าย ตั้งตัวตรง หรือจะนั่งพับเพียบ นั่งบนเก้าอี้ในท่าที่สบายก็ได้ตามแต่ที่ถนัด เริ่มกำหนดลมหายใจเข้าออก หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1 นับเรื่อย ๆ จนถึง 5 กลับ เริ่มนับจาก 1 – 6 แล้ว พอลับมานับใหม่จาก 1 – 7 แล้ว กลับมานับใหม่ จาก 1 – 8 และพอลับมานับใหม่จาก 1 – 9 แล้ว พอลับมานับใหม่จาก 1 – 10 แล้ว ย้อนกลับมานับ 1 – 5 ใหม่ วนไปเรื่อย ๆ

#### การใช้เทคนิคความเงียบ

เลือกสถานที่ที่สงบเงียบ มีความเป็นส่วนตัว เลือกเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังตื่นนอน เวลาพักกลางวัน ก่อนเข้านอน นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย ถ้านั่งควรเลือกเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ หลับตา เพื่อตัดสิ่งรบกวน

ภายนอก หายใจเข้าออกช้า ๆ ลึก ๆ ทำใจให้เป็นสมาธิโดยท่องคาถาบทสั้น ๆ ซ้ำไปซ้ำมา เช่น พุทโธ พุทโธ หรือจะสวดมนต์บทยาว ๆ ต่อเนื่องกันไปเรื่อย ๆ เช่น สวดพระคาถาชินบัญชร 3 – 5 จบ เป็นต้น

### การใช้เสียงเพลง

หากเพลงใดสามารถทำให้คุณสบายใจ ทำให้คุณรู้สึกร่าเริงแจ่มใสได้ ก็ขอให้คุณเลือกฟังเพลงนั้นในเวลาที่คุณรู้สึกเครียด เพลงที่ช่วยคลายเครียดได้มีตั้งแต่เพลงลูกทุ่ง เพลงไทย (เดิม) เพลงไทยสากล เพลงสากล เพลงคลาสสิก ฯลฯ ซึ่งเป็นเพลงที่มีจังหวะทำนอง เนื้อร้อง และนักร้องที่คุณชอบนั่นเอง

## 2. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการส่งเสริมระดับความสามารถในการปรับตัว ช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ในศักยภาพของตนในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

### 2.1 ความหมาย

คำว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ Empowerment มาจากภาษาละตินว่า “potere” ที่แปลว่า มีความสามารถ em เป็นคำนำหน้าที่แปลว่า เป็นสาเหตุให้ หรือทำให้เกิดด้วย ซึ่งตามความหมายของ em เป็นการสะท้อนความหมายของ “กระบวนการ” คำต่อท้าย “ment” หมายถึง “ผลลัพธ์ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สิ่งของ หรือ การกระทำที่เกิดขึ้น” (ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546)

Rappaport (1985) เสนอว่า นิยามของการเสริมสร้างพลังอำนาจ น่าจะหมายถึง คนที่สามารถมองเห็นสังคมและตนเองอย่างวิเคราะห์ วิจาร์ณ และเป็นคนที่มองเห็นทางเลือกอื่น และสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ แม้จะเป็นกิจกรรมที่มีข้อขัดแย้ง

Kieffer (1984) อ้างในเอื้อมพร ทองกระจ่าง, 2537) อธิบายว่า เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจทำให้เกิดการรับรู้ถึงปัญหาที่แท้จริงและพร้อมที่จะแก้ไข

Gibson (1991) อธิบายว่า เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้มีส่วนร่วมในการร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการตอบสนองความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าคุณมีความสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จึงสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็น กระบวนการวิธีการ ที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีพลังอำนาจ ในการจัดการ วางแผนในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วยหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการช่วยเหลือให้บุคคลได้มองเห็นและรับรู้คุณค่าแห่งตนเอง และเชื่อมั่นในการแสดงความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ (Sense of control) ภายใต้การทำงานร่วมกัน (Collaboration) ในการตั้งเป้าหมาย (set goal) และการวางแผนในการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) อย่างมีส่วนร่วม (Co-operation) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและการดำเนินชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Sense of competency) โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้และการเรียนรู้ร่วมกัน (Open communication) ในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Changing behavior) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะก่อให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพ (Relationship) และการรับรู้คุณค่าแห่งตน (Sense of value) ของกันและกัน

ส่วนในแง่ของการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการช่วยเหลือบุคคลให้มีความสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพทั้งของตนเองและผู้ป่วยซึ่ง Gibson (1991) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังต่อไปนี้คือ

- 1) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุมกำกับการดำเนินชีวิตของตนเอง
- 2) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน (Collaboration) เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุม (Sense of control) กำกับการดำรงชีวิตของตนเอง
- 3) การเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน และการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลตลอดการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย (Self-management)
- 4) การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคลและที่มีอยู่ในชุมชน
- 5) กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น
- 6) กระบวนการที่เป็นการหาทางออก ทางแก้ไขปัญหา มากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นความแข็งแกร่ง สิทธิความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัด หรือจุดด้อยของบุคคล
- 7) กระบวนการที่มีกลไกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้มีอำนาจถ่ายโอนอำนาจ
- 8) กระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรมร่วมกัน (Open communication) เพื่อให้มีความเจริญเติบโต และพัฒนาการของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ
- 9) กระบวนการของความช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและหรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้
- 10) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับชื่นชม (Recognizing) การส่งเสริม (Promoting) และการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) การตอบสนองความต้องการของตนเองและการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (Mobilize the resources) ในการดำรงชีวิตเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าคุณอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ หรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

จากที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะต้องให้การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามความต้องการ โดยการช่วยเหลือให้บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปให้มีการปฏิสัมพันธ์โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็น ความรู้สึก และกระทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมองเห็นผู้ป่วย มีความสามารถในการจัดการตัวเอง (Expertise) มุ่งเน้นหรือสนับสนุนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในบุคคล ภายนอกบุคคลและที่มีอยู่ในชุมชน ในลักษณะเชิงสร้างสรรค์ในการเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือตัดสินใจในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหาและรับประโยชน์ร่วมกันทั้งสองฝ่าย ผลสำเร็จที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าสามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้

## 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของ Gibson (1991) นั้น ปัจจัยที่จะทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจก็คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) ความผูกพัน (bond) และความรัก (love) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้น ๆ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ (beliefs) ค่านิยม (Values) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) การสนับสนุนการสังคม (Social support) และเป้าหมายในชีวิต (Determination) โดยมีความคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้ง ปัญหาหรืออุปสรรค เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการ ซึ่งการที่บุคคลมีความรักต่อบุคคลอื่น พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือ และพบว่าเมื่อบุคคลมีกำลังใจและสามารถกระทำทุกวิถีทาง เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งดังกล่าวและการที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Interpersonal factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล

### ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

1) **ค่านิยม (Values)** ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

2) **ความเชื่อ (Beliefs)** ซึ่งความเชื่อจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้คุณดูแลหรือเชื่อว่าการให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น ความเชื่อดังกล่าวก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง (A hopeful future) มีการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี มีความคิดที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ (Abilities to care) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดี ตลอดจนความเชื่อในพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (Good high empower)

3) **เป้าหมายในชีวิต (Determination)** เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายโดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดจะส่งผลต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลทุกขั้นตอน

4) **ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience)** ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ (Educational contexts) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

### ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากหลาย ๆ แหล่งด้วยกัน คือ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงญาติ ซึ่งมีส่วนสนับสนุน ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา การได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลแล้วมีอาการเจ็บป่วยทุเลาลง การที่พยาบาลช่วยพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา การได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ ตลอดจนการได้รับการบริการส่งต่อใน ชุมชน หรือการดูแลที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกันเอง ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การได้เรียนรู้จากคนอื่น ๆ และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

### 2.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic process) มีความต่อเนื่องและไม่หยุดนิ่ง อาศัยกระบวนการการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ในการวางแผน กำหนดการแก้ไขเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การร่วมมือกัน (Collaboration) และการมีส่วนร่วม (Participation) ในการแสดงความรู้สึกความคิดเห็นและอยู่ภายใต้การยอมรับนับถือซึ่งกันและกันมีโอกาสได้แสดงความสามารถกับผู้ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในบุคคล (Intrapersonal) และระหว่างบุคคล (Impersonal)

ดังนั้น การเสริมสร้างอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นกระบวนการที่อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลมีการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม (Collaboration) ในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการวางแผนแนวทางการแก้ไข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกันจะมีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้นำเอากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1991) มาเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมี 4 ขั้นตอนดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)

การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริงทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (emotionally) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behaviourally)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ก็เกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อด้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจในการ ดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกกับข้อเท็จจริงที่คิดว่าจะตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากมีการเปลี่ยน

ความคิดโดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาที่จะมีอาการดีขึ้น ได้แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วย ซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความรู้สึกสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระบายนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและ สถานการณ์ต่าง ๆ

การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioural responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ขณะนี้ มองปัญหาที่เกิดในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดผู้ป่วยจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่าเป็นมาคิดในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

## ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้ออกมามองปัญหาประเมิน และคิดถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมด ในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A sense of personal control) จะทำให้คิดได้ว่าจากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้ออกมาพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการที่จะดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่าน ขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็งมีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น

### ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge)

การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกัน เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของบุคคล และจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่คิดว่าดีและเหมาะสมที่สุด โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคล และจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่คิดว่าดีและเหมาะสมที่สุด โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกัน โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ

- 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้
- 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
- 3) ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
- 4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ
- 5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้ป่วยคนอื่น ๆ จะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเองว่า

การปกป้อง (Advocating for) โดยคิดว่าการให้การดูแลเป็นการปกป้องตนเองเป็นภาวะหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นสิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็จะทำ

การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ

การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to persist) โดยจะไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจดูแลตนเอง พยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ตนเอง

การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (Driving negotiation in the hospital setting) โดยคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษา การได้นำศิลปะและความเข้าใจมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแล การได้นำปัญหาของผู้ป่วยมาประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพจัดเป็นสิ่งสำคัญ หากกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับและส่งผลให้ตนเองมีอาการดีขึ้น จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ (sense of power)

การสร้างความรู้สึกร่วมกัน (Establishing partnership) การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลรักษา และการตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัย เป็นประโยชน์จากบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ จากการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหาทีมสุขภาพ การทำงานเป็นทีม ช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

### ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วพยาบาล และผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็น ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการ

เสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการเลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิด ประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่แก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Gibson (1991) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล (The process of empowerment was largely interpersonal) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน และสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้พลังใจ พลังความคิดรวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนต่าง ๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้กล่าวไปแล้วในตอนต้น อย่างไรก็ตามเมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ

จะเห็นว่ากระบวนการของการเสริมพลังอำนาจในแต่ละระยะ น่าจะนำมาใช้ในการประยุกต์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม ตลอดจนสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งบุคคลกระทำการดูแลตนเองจะต้องผ่านกระบวนการพิจารณา ทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจเลือกแล้วจึงต้องตั้งเป้าหมาย และวางแผนนำสู่การกระทำโดยมีการควบคุม และประเมินผลการกระทำด้วยตนเอง

กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้วิธีการดังต่อไปนี้

### 2.3.1 การเยี่ยมบ้าน (Home visit)

ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน การเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการให้บริการและประเมินพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานการเยี่ยมบ้านจึงเป็นกิจกรรมที่ใช้ในการประเมิน การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านจึงมี หลายท่านให้ความหมายดังนี้

#### 1.2.3.1 ความหมาย

ทัศนี ดันติทวีโชค (2536) กล่าวว่า การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การบริการช่วยเหลือประชาชนตามบ้านด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ไปเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจดูอาการเจ็บป่วยและช่วยเหลือให้การพยาบาลติดตามโรคต่าง ๆ หรือ ไปเยี่ยมเพื่อตรวจดูสภาพท้องที่และความเป็นอยู่ตลอดจนขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและสังคม

ลำเจียรน หมายกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ (2545) กล่าวว่า การเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานเวชปฏิบัติครอบครัว กล่าวคือในโรงพยาบาลมีเตียงผู้ป่วยในให้แพทย์ได้ Round ward ในขณะที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีบ้านเสมือนหอผู้ป่วยได้ Round ward การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะได้อรรถ ผู้ป่วยในบริบทที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอย่างเดียว บริบทที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยก็คือ ครอบครัว การได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชนของผู้ป่วย ทำให้ได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสรุปได้ว่าการเยี่ยมบ้านหรือการติดตามผู้ป่วยเบาหวาน (Home visit) หมายถึง กิจกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับในการวินิจฉัยปัญหาและช่วยเหลือเป็นที่

ปรึกษาแก้ไข ปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือพัฒนาองค์ความรู้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยการตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้านเพื่อการศึกษาบริบทและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวสิ่งแวดล้อม สังคมชุมชน ในการแก้ไขและป้องกันการพิการต่างๆตลอดจนการช่วยจัดสภาพความเป็นอยู่ให้เหมาะสม รู้จักใช้แหล่งสนับสนุน ฝึกทักษะและให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้อย่างมีความสุข

### 1.2.3.2 วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน

- 1) เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและร่วมกับครอบครัวในการแก้ไขปัญหาและความต้องการ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม
- 2) เพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งสอนแนะนำให้สามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้
- 3) เพื่อให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอันจะทำให้สุขภาพสมบูรณ์
- 4) เพื่อให้คำแนะนำในการป้องกันโรค การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและการป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ
- 5) เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องในกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) เพื่อช่วยแนะนำการจัดระเบียบความเป็นอยู่ในครอบครัวให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของสมาชิกแต่ละคน
- 7) เพื่อแนะนำครอบครัวในเรื่องการสร้างสรรคบุคคล เช่นการศึกษา การประกอบอาชีพ อันจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น
- 8) เพื่อแนะนำให้ประชาชนรู้จักใช้แหล่งสนับสนุนและแหล่งประโยชน์อื่นๆของชุมชน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับความจำเป็น

### 1.2.3.3 ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

- 1) ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
- 2) ได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลรายครอบครัวตามสภาพปัญหาต่างๆที่แตกต่างกันตามความเหมาะสม
- 3) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวรู้สึกสะดวกและเป็นกันเองในการที่จะปรึกษาในปัญหาต่าง ๆ
- 4) ญาติที่ได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีที่ไม่จำเป็นต้องใช้เทคนิคเฉพาะได้ การสอนให้ญาติผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยจะต้องสร้างสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างคนไข้ ญาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีผลให้ครอบครัวตระหนักถึงการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้แนะนำช่วยเหลือ

5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลใกล้ชิดภายในบ้าน โดยไม่ต้องแยกตนเองออกจากครอบครัวทำให้เกิดความอบอุ่น เป็นการส่งเสริมทางด้านกำลังใจช่วยให้หายจากโรคเร็วขึ้น และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตัวเองดีขึ้น

**1.2.3.4 การจำแนกประเภทของการเยี่ยมบ้าน มีดังนี้ (สำเร็จ แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545)**

1) Illness home visit หมายถึง การลงไปเยี่ยมผู้ป่วยทั้ง Acute illness และ Chronic illness ซึ่งไม่สามารถมารับบริการได้หรือในรายที่แพทย์สั่ง Admitted อยู่ที่บ้านแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็จะมีการติดตามไปบริการที่บ้าน เช่น การตรวจน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ญาติไม่สามารถพาไปรับบริการได้ การไปทำแผลให้แก่ผู้ป่วยอัมพาตในรายที่มีแผลกดทับ

2) Dying patient home visit ในปัจจุบันประชากรที่เจ็บป่วยมีจำนวนมากแบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงจากการตายด้วยโรคติดเชื้อที่มักจะเป็นเฉียบพลันมาเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายครั้งมักพบว่าแพทย์ปัจจุบันหมดหนทางที่จะรักษาให้หายและมักจะหาทางออกโดยการให้ผู้ป่วยไปตายที่บ้าน โดยไม่ได้คำนึงถึงผู้ป่วยว่าต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพมีหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างไรทุกข์ทรมานและอยู่ท่ามกลางคนที่ตนรักรวมถึงการดูแลครอบครัวหลังจากสูญเสียสมาชิกไป

3) Assessment home visit เป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอาจทำให้เห็นสภาพผู้ป่วยไม่หมด การลงไปเยี่ยมบ้านจะทำให้เห็นสิ่งอื่น ๆ เช่น สภาพแวดล้อมในบ้าน ความสัมพันธ์ของคนภายในบ้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เครือข่ายทางสังคมซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรงและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้มองเห็นสาเหตุปัญหาและศักยภาพในการนำมาดูแลผู้ป่วย

4) Hospitalization follow up home visit เป็นการเยี่ยมบ้านในกลุ่มที่เกิดหลังจากเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล เช่น ประสบอุบัติเหตุ คลอดบุตรหรือการเจ็บป่วยที่สำคัญเป็นการเยี่ยมเพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

#### **1.2.3.5 กระบวนการเยี่ยมบ้าน**

1) ระยะก่อนเยี่ยมบ้านเป็นระยะของการวางแผนและกำหนดวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม การเตรียมความพร้อมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มอนามัยครอบครัว บัตรบันทึกสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลการเยี่ยมบ้านครั้งก่อนถ้ามีการรวมถึงการเตรียมอุปกรณ์ในการเยี่ยมและยานพาหนะที่จะไปเยี่ยม

2) ระยะขณะเยี่ยม ในขณะเยี่ยมผู้เยี่ยมจะต้องมีทักษะในการสื่อสาร เพื่อสร้างสัมพันธภาพในการค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ได้อย่างองค์รวมนอกจากความรู้ทางด้านชีวการแพทย์แล้วยังมีทักษะที่จำเป็นดังนี้

(1) ทักษะด้านจิตวิทยาสังคม

(2) ทักษะด้านการใช้เครื่องมือทางด้านมานุษยวิทยา เช่น ชีวประวัติ

Explanatory Model Illness episode record ผังครอบครัว (Family genogram)

ในการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งที่คุณศึกษาใช้เพื่อประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการประเมินความสามารถในการนำเอาแนวทางในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้จากการมีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัวพร้อมทั้งเป็นแหล่งความรู้และคำปรึกษาซึ่งเป็นการมุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำเนินชีวิตได้อย่างมีปกติสุข

### 2.3.2 แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการนับถือตนเอง (Self-esteem) หรือการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นพื้นฐานของสุขภาพจิต เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ตามทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow & Morgan, 1985 อ้างถึงใน วราภา จันทรโชติ, 2540) การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล เป็นการตัดสินใจคุณค่าของตนเอง และแสดงออกในรูปของเจตคติที่บุคคลมีต่อตนเอง การพิจารณาความหมายในแง่ปรัชญา จะมีลักษณะเป็นนามธรรมที่หมายถึงเอกลักษณ์ของบุคคล ซึ่งหมายรวมถึงลักษณะทางกายภาพ ความสามารถทางสติปัญญา แต่ในทางจิตวิทยาจะมองคนในแง่ของการเรียนรู้ตนเองในด้านต่าง ๆ ที่ได้จากการมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมและเป็นกระบวนการของประสบการณ์ทางด้านสังคม จะเกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย มีความปลอดภัย ความรัก และความเป็นเจ้าของแล้วบุคคลจะมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นคนมีประโยชน์ และต้องการแสดงความสามารถต่างๆที่มีอยู่ ซึ่งความสามารถที่จะทำบางอย่างเพื่อให้ตนเองพอใจ (Tolor, 1982)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ จากการศึกษาความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความหมายดังต่อไปนี้

Marslow (1970) ได้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองในตนเองว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆที่มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถ

Elder (1965) ได้ให้ความหมายว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากกระทำของตนเอง การมีความสามารถและการตัดสินใจของบุคคลอื่นที่ตนให้ความสำคัญด้วย

Rosenbeng (1965 cited in Pensiero & Adams, 1987) ได้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกยอมรับนับถือตนเอง และคิดว่าตนเองมีค่า

Coopersmith (1967 cited in Whall, 1987) ได้ให้ความหมายว่า การเห็นคุณค่าในตนเองคือขอบเขตที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของเขาว่า เขามีความสำคัญและมีคุณค่า โดยจำแนกคุณลักษณะพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 4 ประการ คือ

- 1) ความสำคัญ (Significance) เป็นวิถีทางที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองยังเป็นที่รัก ซึ่งพิสูจน์โดยการให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของตนเอง
- 2) ความสามารถ (Competence) เป็นวิธีการที่พิจารณาถึงความสำคัญ โดยการกระทำ

3) คุณความดี (Virtue) เป็นการบรรลุซึ่งมาตรฐานตามศีลธรรมจริยธรรม

4) พลังอำนาจ (Power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีชีวิตต่อตนเองและผู้อื่น

กล่าวโดยสรุปการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง กระบวนการตัดสินใจเห็นคุณค่าจากการตรวจสอบตนเอง ด้านผลงานความสามารถและคุณลักษณะต่าง ๆ โดยนำเอาคุณสมบัติดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับมาตรฐาน และค่านิยมส่วนบุคคล จากนั้นจึงตัดสินมาเป็นการเห็นคุณค่าของตนเอง เช่น ในด้านความทัดเทียมกับผู้อื่น ความเป็นคนที่มีคุณสมบัติที่ดีหลายอย่าง สามารถทำอะไร ได้สำเร็จเท่ากับคนอื่น มีความภาคภูมิใจในตนเองและคิดถึงตนเอง ในทางที่ดี คิดว่าตนเองมีประโยชน์กับตนเองและผู้อื่น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เป็นความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองจากการประเมินตนเองในด้านต่าง ๆ เพื่อการตัดสินคุณค่าของตนเอง

2.3.2.1 กระบวนการรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมี 2 ขั้นตอนดังนี้ (Talf, 1985)

1) การประเมินเจตคติและการกระทำหน้าที่ของสังคมที่มีต่อตน กระบวนการนี้มีรากฐานมาจากแนวคิดการมองตนของคุณเลย์ (วราภา จันทร โชติ, 2540) ที่กล่าวว่าบุคคลสามารถรู้จักตนเองได้โดยอาศัยการมองกระจกมองตน กระบวนการนี้เป็นการรับรู้คุณค่าของตนเอง ที่มีรากฐานมาจากการยอมรับของผู้อื่นเป็นความรู้สึกที่ได้รับจากภายนอกต่อคุณค่าที่มีต่อตนเอง (Outer-self-esteem)

2) ความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อภาวะแวดล้อม และผลที่ตนได้รับ กระบวนการนี้เป็นความรู้สึกภายใน ต่อคุณค่าของตนเอง (Inter-self esteem) เป็นความสัมพันธ์ของปัจเจกบุคคลที่แท้จริงในสังคม และผลกระทบของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม นั่นคือ เป็นความรู้สึกที่อยู่ภายในตนเอง ตามความสามารถในการปฏิบัติเพื่อควบคุมสิ่งต่างๆ เกิดจากความรู้ ทักษะรายได้และสถานภาพของบุคคล

2.3.2.2 ลักษณะของผู้มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ (วราภา จันทร โชติ, 2540)

จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงพบลักษณะดังต่อไปนี้ เป็นคนคล่องแคล่วว่องไว ชอบแสดงความคิดเห็น เป็นฝ่ายเปลี่ยน หรือชักนำคนอื่นมากกว่าจะเป็นเพียงผู้ตามหรือผู้ฟัง การอภิปราย การมองสิ่งต่าง ๆ ในแง่ดี โดยประเมินความสามารถทางสังคม และคุณสมบัติของตนเองอย่างรอบคอบ มากกว่าการคิดพินเอาเอง ไม่พะวงเรื่องของตน จนขาดความสนใจผู้อื่นหรือสิ่งต่าง ๆ ภายนอก นอกจากนี้ ยังมีเจตคติของความคาดหวังในสิ่งที่ดี กว้างขวางในหมู่เพื่อนฝูง มั่นใจในการกระทำของตนเอง กล้าแสดงออกแม้รู้ว่าโดนคัดค้าน ไม่มีความยุ่งยากในการสร้างมิตรภาพกับผู้อื่น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ยอมให้สังคมกำหนดพฤติกรรมตนเองน้อย ใช้ชีวิตอยู่อย่างยืดหยุ่น ช่างคิด สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

สำหรับผู้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ พบลักษณะดังต่อไปนี้ จะยึดมั่นในความด้อยของตนเอง ขาดความเชื่อถือตนเอง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากคนทั่วไป พยายามทำสิ่งที่สังคมยอมรับ ชอบเป็นสมาชิกกลุ่มแบบไม่แสดงตัว ให้เด่นมากกว่าการทำตัวเป็นผู้นำกลุ่ม หรือทำตัวเป็นจุดสนใจ ชอบเป็นผู้ฟังมากกว่าผู้แสดงบท ไม่กล้าเกี่ยวข้องกับภาระที่อาจได้รับการปฏิเสธหรือได้รับคำตำหนิ จึงไม่สามารถเป็นผู้นำสิ่งใหม่หรืออยู่ในตำแหน่งที่ต้องเผชิญกับปฏิกริยาหลายรูปแบบได้ กลัวการทำให้อื่นโกรธไวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ พะวงกับเรื่องของตนเอง ปิดกั้นตนเอง พอใจจะอยู่เงียบๆ ยอมรับสภาพที่เป็น จึงมักทำอะไรคล้อยตามคนอื่นเสมอ พร้อมจะเชื่อว่าคนอื่นจะมองตนในแง่ไม่ดี ยอมรับคำพูดของคนอื่นที่กล่าวถึงตนในแง่ลบ ขาดความมั่นใจที่จะปฏิเสธ คำวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น ไม่สามารถปกป้องตนเองจึงต้องเผชิญกับความด้อย ทั้งที่เป็นจริง

และคิดเอาเอง เหนงา โดดเดี่ยว คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอ จึงมักมีบทบาทน้อยในสังคม ทำให้โอกาสที่จะประสบความสำเร็จลดลงไปด้วย

สรุป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งจำเป็นต่อความปกติสุขของร่างกาย และจิตใจของบุคคล หากบุคคลใดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็จะสามารถเผชิญโลกอย่างมั่นใจ และมีความรู้สึกที่ตนเองมีค่า มีความสามารถ มีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลใดรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตคนอื่นๆ หรือของเขาสอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลงด้วย

### 2.3.3 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ได้มีผู้อธิบายความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้หลายประการดังนี้

กระบวนการกลุ่ม เป็นวิทยาการที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ของคน และกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ การแก้ไขปัญหาการตัดสินใจ และการพัฒนาดตนเอง (ทัศนาศา แชนนี, 2522 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

กระบวนการกลุ่ม เป็นที่รวมประสบการณ์ของบุคคลหลายๆฝ่ายมาพบประสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกถึงความพึงพอใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เรียกว่า การเกิดปฏิสัมพันธ์นี้เอง ช่วยให้ค้นพบวิธีการแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกันทำให้แต่ละคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์

กระบวนการกลุ่ม เป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้พัฒนาทางทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงเป็นการทำให้สมาชิกรู้จักตนเอง และผู้อื่นมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นสมาชิกยังยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง และพร้อมจะแก้ไขปัญหามีเหตุผลเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และรู้จักทำงานร่วมกับผู้อื่น (ชไมพร มุขโต, 2535 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

#### พัฒนาการของกลุ่ม

พัฒนาการกลุ่ม แบ่งเป็น 5 ขั้น ดังนี้

**ขั้นที่ 1 ก่อตัว (Forming)** เป็นระยะที่สมาชิกกลุ่มมารวมกันเป็นครั้งแรก จึงเป็นระยะที่เริ่มทำความรู้จักกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน มีบรรยากาศของความตื่นตัว และมีความกังวลและความสับสนอยู่ด้วย สมาชิกกลุ่มจะสุภาพ ออดทน ระวังระวังในการแสดงความคิดเห็น

**ขั้นที่ 2 ปะทะ (Storming)** เป็นระยะที่สมาชิกกลุ่มเริ่มมีความสนิทสนมกันมากขึ้น จึงเป็นระยะที่มีการแสดงความคิดเห็น การโต้ตอบ การโต้แย้ง ความร่วมมือยังไม่ดีนัก จึงอาจมีความขัดแย้งเกิดขึ้น จึงมักมีการละลายพฤติกรรม เพื่อลดความขัดแย้ง

**ขั้นที่ 3 ลงตัว (Norming)** เป็นระยะที่กลุ่มเริ่มเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการรับฟังเหตุผลมีการปรับตัวยอมรับบรรทัดฐานของกลุ่ม บทบาทของกลุ่มเริ่มชัดเจน ระยะนี้จึงเป็นระยะที่สามารถสร้างพลังกลุ่มได้

**ขั้นที่ 4 ได้งาน (Performing)** เป็นระยะที่สมาชิกกลุ่มเข้าใจจุดแข็งจุดอ่อนของตนเองมีความสัมพันธ์กันอย่างราบรื่น เป็นระยะที่กลุ่มลงมือปฏิบัติงานตามที่กลุ่มตกลงกันไว้เพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย

**ขั้นที่ 5** ก่อตัวใหม่ (Reforming) เป็นระยะที่กลุ่มมีสมาชิกใหม่เข้าร่วมกลุ่ม กำหนดเป้าหมายใหม่ของกลุ่มและพัฒนาการเป็นขั้นก่อตัวต่อไป

การให้ศึกษาโดยกระบวนการกลุ่ม เป็นการกระทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้ สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มย่อมมีบทบาทต่อกลุ่มของคนและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันการมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโดยใช้อิทธิพลของกลุ่ม (มาลี สนธิเกษตริณ, 2530 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)

การใช้กิจกรรมกลุ่มมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขสิ่งที่บุคคลเข้าใจผิด การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการได้รับฟังปัญหาจากผู้ที่มีปัญหาคล้ายกันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตหรือมีการปฏิบัติในทางที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพอนามัย

หลักการเรียนรู้ที่จัดกิจกรรมกลุ่มตามทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนทุกคนมีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยเรียนรู้สภาพอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในกลุ่มได้แนวคิดต่างๆเพื่อนำไปแก้ปัญหาที่ประสบอยู่ หรืออาจใช้เพื่อปรับปรุงตนเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ผลที่ได้รับจากการเรียนรู้แบบกลุ่มนั้น ได้ทั้งความรู้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ มีความรู้ลึกในด้านต่าง ๆ จากการเรียนสภาพความเป็นไปของกลุ่ม ทำให้เกิดการเรียนรู้ในแง่ต่าง ๆ มีโอกาสพัฒนาทางด้านอารมณ์และสังคมอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง มีความเข้าใจและรู้จักตนเองมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็จะช่วยให้เข้าใจผู้อื่นได้ดี มีคุณสมบัติและลักษณะต่าง ๆ มากขึ้น เช่น การยอมรับผู้อื่น การได้แสดงออก ความเชื่อมั่นในตนเอง และฝึกนิสัยในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

#### วิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม

วิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยการใช้กระบวนการกลุ่มนั้น เป็นการให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการในกลุ่มย่อย วิธีการให้ความรู้ในกลุ่มย่อยนั้นมักจะใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มซึ่งเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากที่สุด ช่วยให้ผู้รับบริการได้บรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย มีการพัฒนาด้านเจตคติ ความรู้ความเข้าใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้ากลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์รวมทั้ง ได้ฝึกฝนทักษะในการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น การอภิปรายกลุ่มเป็นการช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี สามารถเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต ความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่มและการที่บุคคลได้แสดงความรู้ ความคิดเห็น ซึ่งมีประสบการณ์มาก่อนเป็นกลุ่มย่อยนั้น ไม่ใช่เพื่อการอภิปรายเพียงอย่างเดียว แต่ยังหมายถึงการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อจุดประสงค์อื่นด้วย เป็นการจัดให้ผู้มีปัญหาหรือมีความสนใจคล้ายๆกันมาร่วมกันแล้วผู้สอนเนื้อหาวิชาได้ให้มีการอภิปรายซักถามหรือการจัดแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อเป็นแนวฝึกการซักซ้อมทบทวน (Rehearsal) ซึ่งเป็นการฝึกหัดร่วมกันเป็นกลุ่มเล็ก ๆ เหล่านี้ เป็นต้น

#### ลักษณะสำคัญของกระบวนการกลุ่มในการจัดกิจกรรมกลุ่ม มีดังนี้

1. สมาชิกทุกคนในกลุ่มจะต้องมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน
2. สมาชิกทุกคนจะต้องมีการโต้ตอบกันอย่างเสรี

3. สมาชิกทุกคนจะต้องมีพฤติกรรมแสดงบทบาทกระทำกิจกรรม เพื่อให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้

4. สมาชิกทุกคนจะต้องมีแนวคิดที่ร่วมกัน ซึ่งจัดเป็นแนวคิดของกลุ่ม

5. มีผลของการร่วมกันตัดสินใจในรูปของกลุ่มมิใช่สมาชิกคนใดคนหนึ่งตัดสินใจ

6. สมาชิกทุกคนจะต้องยึดมั่นในหน้าที่ของกลุ่มอย่างแข็งขัน และมีพฤติกรรมคล้อยตามในเรื่องนั้น

7. กิจกรรมของกลุ่มที่กำหนดให้สมาชิกกระทำ จะต้องมีส่วนที่จะช่วยลดความเครียดหรือช่วยบำบัดความต้องการของกลุ่มด้วย

8. สมาชิกทุกคนจะต้องมีความเข้าใจในวิถีทาง และปัจจัยที่จะทำให้กลุ่มเจริญก้าวหน้าไปสู่วัตถุประสงค์ที่วางไว้ จะช่วยให้สมาชิกมีความรับผิดชอบต่อกิจกรรมของกลุ่มมากขึ้นจากประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้ (Marram, 1978)

**ระยะที่ 1** ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (The Introductory Phase or Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกันผู้นำกลุ่ม จะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตรสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกของกลุ่ม ในการเริ่มต้นของกลุ่มผู้นำกลุ่มควรทำให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม ในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มสร้างความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นของตนออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์เรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มเห็นว่าสมาชิกทุกคนจะต้องสู้ปัญหาหรือสู้อุปสรรคเหมือนกัน

**ระยะที่ 2** ระยะดำเนินการ สมาชิกมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลง (The working phase : location responsibility in members) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิดหาทางแก้ไข และวิธีการแก้ปัญหาโดยมีเพื่อนสมาชิกคอยช่วยเหลือสนับสนุน การมีโอกาสคอยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะต้องทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้แก้ปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกในกลุ่มจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ ระยะนี้เป็นการระดมพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหา

**ระยะที่ 3** ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มจะต้องคอยช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของตน ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากจะใช้การประเมินผลด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจง ในการทำกลุ่ม เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกมีความรู้สึกที่ตนเองสามารถเผชิญปัญหา และจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ เป็นต้น ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำควรบอกสมาชิกกลุ่มให้ทราบล่วงหน้า และในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำจะต้องให้โอกาสสมาชิกกลุ่มได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำขั้นตอนของกระบวนการกลุ่มมาใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยคาดหวังว่าขั้นตอนในกิจกรรมดังกล่าว จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม เกิดการค้นพบสภาพการณ์จริง ทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์ ถึงปัจจัย สาเหตุของปัญหา เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้องในการเลือกวิธีปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม

#### 2.4 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจและการวัดผล

เนื่องจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยหลายวิธีการแล้วแต่ความเหมาะสมในการมาใช้ ทำให้เกิดความยุ่งยากและสับสน ในการวัดผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแต่ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานครั้งนี้ได้มีการวัดผลโดยการประยุกต์การวัดผลตามแนวคิดพอสรุปได้ดังนี้

Gibson (1991) สรุปว่าการวัดผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นสามารถทำได้แต่ต้องอาศัยการสังเกตและมีความชำนาญเพราะการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีในธรรมชาติและยากที่จะอธิบาย สำหรับการดูแลผู้ป่วย เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แล้วถ้าต้องการเข้าใจต้องอาศัยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษาปรากฏการณ์ หรือการศึกษาชาติพันธุ์วรรณะ

Mason et al. (1991 cited by Rodwell, 1996) สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการยืนยันถึงคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่เป็นเหมือนความฝันหรือความหวัง ดังนั้น การวัดผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำได้ โดยวัดผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการตั้งเป้าหมาย ความรู้สึกที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และความรู้สึกมีหวังในอนาคต

Werllerstein and Bernstein (Werllerstein and Bernstein, 1988) ได้เสนอแนะการวัดผลการเสริมสร้างพลังอำนาจ สรุปไว้เป็น 3 แนวทาง ดังนี้

1) การมีส่วนร่วม (Collaboration) หรือการมีกิจกรรมร่วมกันในกลุ่มหรือชุมชนซึ่งเป็นการช่วยส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ในคุณค่า และความสามารถของตน ตลอดจนทำให้เกิดความเชื่อว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาที่ประสบได้ ดังนั้นตัวแปรที่ใช้วัด คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตน สภาพของปัญหาหมดไปหรือลดลง

2) ผลพลอยได้จากการรวมกลุ่มซึ่งอาจวัดจาก เครือข่ายทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการปฏิสัมพันธ์ หรือการรวมกลุ่มกันในชุมชน

3) ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กับสิ่งแวดล้อมหรือภาวะสุขภาพดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นยังไม่สามารถสรุปได้ว่าวิธีใดดีที่สุด แต่ควรจัดให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละการศึกษาควรกระทำอย่างต่อเนื่องในระยะยาวและใช้การวัดเชิงคุณภาพมาร่วมด้วยจะช่วยให้เกิดความเข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้น



### 3. แนวคิดเกี่ยวกับ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

#### 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางสังคม และจิตวิทยา ซึ่งพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้น จะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคล ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเรตลอดเวลา ซึ่งเป็นการแสดงถึงปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร หรือด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้เกิดความผูกพัน เชื่อว่ามีคนรักเอาใจใส่ และยกย่องมองเห็นคุณค่าว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ได้มีผู้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

Cobb (1976 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้าง โดยกล่าวว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Kahn (1979 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) มองการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิกริยาแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลทั้งในด้านความรู้สึกที่ดีต่อกัน การยอมรับหรือการเห็นพ้องต่อพฤติกรรมของกันและกัน การรับรู้ถึงการแสดงออกซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงมองว่า การสนับสนุนทางสังคมต้องประกอบด้วยองค์ประกอบหนึ่งหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้ (Kahn and Antonucci, 1980 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

1) ความรัก (Affect) หมายถึง ความรัก ความพอใจ การยอมรับนับถือ การยกย่อง

2) การเห็นพ้อง (Affirmation) หมายถึง การเห็นพ้อง การยอมรับความคิดเห็นในเรื่องที่ถูกต้องเหมาะสมต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น

3) การช่วยเหลือ (Aid) หมายถึง การให้บริการโดยตรงหรือการให้วัสดุสิ่งของจากบุคคลซึ่งอยู่ในเครือข่ายของบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกันและมีคุณสมบัติคือเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

House (1981 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Norbeck (1982 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้คนมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

Thoits (1982 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูล ซึ่งเกิดจากมีการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

Pender (1987 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของ

บุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั้นนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุน ด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม คือ การช่วยเหลือที่ให้อุปถัมภ์บุคคลหรือกลุ่มต่าง ๆ ที่มาจากภายในชุมชนเอง ซึ่งลักษณะจะก่อให้เกิดเป็นเกราะกำบังภัย อันอาจเกิดจากความพลัดถิ่นของชีวิตหรือสภาพความเป็นอยู่ และเป็นชุมพลที่ดีสำหรับการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคมอาจจะรวมถึงการช่วยให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ไปจนถึงการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการต่าง ๆ

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม แล้วได้รับการประคับประคองด้านอารมณ์ และความรู้สึก การประเมินตัดสินหรือสนับสนุนเห็นพ้องกับพฤติกรรม การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ที่จำเป็น และการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของ เงินทอง หรือ แรงงาน

### 3.2 เครือข่ายทางสังคม (Social network)

จุฬารัตน์ โสตะ (2546) ให้คำจำกัดความของเครือข่ายทางสังคมว่าหมายถึง โยงใยหรือโครงสร้างของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น เครือข่ายทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตของแต่ละคน และเครือข่ายทางสังคม จะเป็นเหตุให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมขึ้นมา ซึ่งเครือข่ายทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่งจะได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บุคคลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมนั้น ซึ่งจะเกี่ยวโยงกัน โดยตรงกับเครือข่ายทางสังคม เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของเครือข่ายทางสังคมทั้งด้าน โครงสร้าง เช่น ขนาด (จำนวนสมาชิกในเครือข่าย) ความหนาแน่น (ความรู้สึกสนิทสนมกันระหว่างสมาชิก) ความเกี่ยวข้องกัน เป็นต้น และด้านความสัมพันธ์เช่น ความถี่ของการติดต่อ ระยะเวลาของความสัมพันธ์และความรู้สึกคล้ายคลึงกันของสมาชิกในเครือข่าย เป็นต้น จะเห็นได้ว่า เครือข่ายทางสังคมไม่ใช่สิ่งที่ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองในด้านต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือในด้านเงินทอง คำแนะนำ การยอมรับ เป็นต้น ซึ่งลักษณะของเครือข่ายทางสังคมจะเป็นสิ่งที่กำหนดความมั่นคงของแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเป็นตัวกำหนดชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ มักเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์แบบเสมอภาค (Mutual and Reciprocal Relationship)

### 3.3 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม (Source of Social Support)

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สมาชิกในเครือข่ายทางสังคม ที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคล แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม จะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่มีการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้น แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ยังสามารถบอกถึงขนาดและเครือข่าย (Network size) ทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย ซึ่งมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ต่างกัน ดังนี้

Mac Elveen, 1979 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) แบ่งกลุ่มของบุคคลที่เป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มเครือข่าย เป็นกลุ่มที่มีความผูกพันมาก มีปฏิสัมพันธ์กันหลายชนิด และสม่ำเสมอ ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ร่วมกัน และมีการติดต่อสัมพันธ์กันบ่อยครั้ง

2) กลุ่มที่ไม่ใช่เครือข่าย เป็นกลุ่มที่บุคคลเลือกติดต่อกับเหตุผล ส่วนใหญ่มีความสนใจและคำนึงที่เหมือนกัน กลุ่มนี้มักจะเป็นกลุ่มเพื่อน ซึ่งมีอายุใกล้เคียงกัน รวมทั้งการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกัน

House, 1981 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แหล่ง คือ

1) แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (Informal source) ได้แก่ กลุ่มสมรส ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน และบุคคลที่คุ้นเคยกัน เป็นต้น

2) แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (Formal source) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพหรือวิชาชีพและกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดย House and Cobb 1981 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) เน้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ โดยให้เหตุผลว่า แหล่งดังกล่าวเป็นแหล่งที่คนทั่วไปนิยมระบุว่าเป็นผู้ให้การสนับสนุน และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน และเป็นแหล่งที่ช่วยป้องกันบุคคลได้ดีที่สุด ซึ่งถ้าแหล่งดังกล่าวมีประสิทธิภาพ บุคคลจะไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากแหล่งที่เป็นทางการ และเสนอแนะว่า แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการจะมีประสิทธิภาพมาก ในการลดภาวะเครียด ส่งเสริมภาวะสุขภาพและลดซับซ้อนของภาวะเครียดต่อสุขภาพ

Pender (1996 อ้างถึงใน เจริมพล ดันสกุล และคณะ, 2546) ได้แบ่ง แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ประเภทดังนี้

1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ได้แก่ ครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดา และมารดา คอยดูแลช่วยเหลือบุตร ให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่บุตรหรือสมาชิกของครอบครัว

2) กลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) คนกลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบต่อรุนแรงในชีวิตประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกิดขึ้นในตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกันกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมากับเพื่อนได้

3) กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized Religious Support Systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้น ๆ

4) กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรวิชาชีพ (Organized Support Systems of Care Giving or Helping Professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอ หรือแรงสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ และพยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้ได้

5) กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support Groups Not Directed by Health Professional) ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่

ให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลง ชีวิตความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคล ที่คิดเชื่อเอคส์เหมือนกัน

### 3.4 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

หลักสำคัญของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้ (Pilisuk, 1982 อ้างถึงใน สมทรง รัศมีเผ่า และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540)

3.4.1 จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” แรงสนับสนุน

3.4.2 ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้น จะต้องประกอบไปด้วย

3.4.2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า มีความสนใจ เอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีต่อตนอย่างจริงใจ

3.4.2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

3.4.2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3.4.3 ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุน อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของหรือด้านจิตใจ

3.4.4 จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

### 3.5 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb, 1985 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) นักพฤติกรรมศาสตร์ ได้แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

3.5.1 ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้าน เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอคส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้าน เกษตรกร เป็นต้น

3.5.2 ระดับกลุ่มหรือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิด เสมือนญาติ ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้คือ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนด้านอารมณ์และการยกย่อง

3.5.3 ระดับแคบหรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความสำคัญมากกว่า

ปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือ โครงสร้างของเครือข่าย แหล่งของแรงสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ คู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

### 3.6 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม (Type of Support)

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความต้องการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทสำคัญเพิ่มมากขึ้น เมื่ออยู่ในภาวะเครียด มีความขัดแย้งและอยู่ในระยะวิกฤติ บุคคลแต่ละคนมีความต้องการและได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน ดังนั้นจึงได้มี ผู้ศึกษาและแบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายแบบดังนี้

Cobb (1979 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
- 2) การสนับสนุนทางด้านยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า ผู้อื่นให้การยอมรับและเห็นคุณค่าด้วย
- 3) การสนับสนุนทางด้านแสดงว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or network) เป็นการแสดงออกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมหรือมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

- 1) ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ และด้วยความรัก
- 2) การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วยการยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล
- 3) การให้การช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลืออาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา

Caplan (1979 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด คือ

- 1) การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของการช่วยเหลือทางการเงิน หรือการช่วยเหลือด้านร่างกาย (Financial or physical assistance)
- 2) การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (Intangible support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางอารมณ์

Weiss (1974 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีความอบอุ่นช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบ ในคู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

2) ด้านความรู้สึกรู้ว่ามีส่วนร่วมในสังคม (Social Integration) ทำให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ข้อมูล ข่าวสาร มีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3) ด้านโอกาสที่จะได้โอportunumเลี้ยงดู (Opportunity for Nurturance) ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของคนอื่นและสามารถพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย

4) ด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of Worth) ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับ พฤติกรรมการแสดงออก และตระหนักถึงบทบาทของตนเองในสังคม ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5) ด้านความรู้สึกรู้ว่าเป็นมิตร (A Sense of Reliable Alliance) หมายถึง สัมพันธภาพจากครอบครัว สายตรง เครือข่าย ซึ่งบุคคลหวังว่าจะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

6) ด้านการได้รับคำแนะนำ ชี้แนะ ปลอดภัยและให้กำลังใจ (The Obtaining of Guidance) ทำให้บุคคลนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา ผ่อนคลายความตึงเครียด

House (1981 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแล เอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรักความผูกพันต่อกัน การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกัน

2) แรงสนับสนุนทางด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) หมายถึง การได้รับข้อมูล ป้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องและให้การยอมรับพฤติกรรมผู้อื่น (Affirmation) เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจและทำให้รู้สึกเปรียบเทียบกับผู้อื่น

3) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ชี้แนะ ชี้แนวทาง การให้ข้อมูล การกระตุ้น และการให้คำปรึกษาที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4) แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

Pender (1996 อ้างใน เฉลิมพล ตันสกุลและคณะ, 2546) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในสภาวะซึมเศร้า

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไร จึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3) การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือช่วยดูแลบุตรให้ เพื่อให้มารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

4) การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับจะช่วยให้แต่ละบุคคลเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าชนิดของการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทำหน้าที่เป็นสิ่งที่ตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่ทุกคนต้องการ ซึ่งจะบรรลุได้จากการติดต่อกับสัมพันธ์กับคนในสังคมนั้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ควบคู่กันกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน

สุขปราณี นรารมย์ (2552) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินในตำบลหนองคูม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ที่มารับบริการที่สถานีอนามัยหนองคูมและกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ที่มารับบริการที่สถานีอนามัยบึงเนียม อำเภอเมือง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น กว่าก่อนการทดลองและมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า กลุ่มผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานที่ 2 โดยใช้กิจกรรมบัดดี้ (เพื่อนช่วยเพื่อน) เพราะจะมีอิทธิพลในการทำให้การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อารมณีย์ อร่ามเมือง (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ชุมชนกระดังงา จังหวัดสมุทรสงคราม แบ่งเป็นผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 44 คน ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ โปรแกรมเป็นการประยุกต์ทฤษฎีการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

กัญณิกา โคตรบรรเทา (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ความรู้และพฤติกรรมสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ มาใช้ในการศึกษา โดยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2549 ถึง มีนาคม 2550 ผู้เข้าร่วมโครงการประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิด

ที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 10 คน และผู้ดูแลใน 10 ครอบครัว ในเขตรับผิดชอบ ของ PCU โรงพยาบาลเขียงคาน ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวตามโปรแกรม ผลการศึกษาสรุปว่า โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น ครอบครัวมีความรู้และพฤติกรรมสนับสนุนดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ดี

ข้อผูก จิระกาล (2550) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่พึ่งพาในผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูกระดึง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่เลือกผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน 10 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -15.99, p < 0.001$  และ  $t = -7.304, p < 0.001$ ) ตามลำดับ 2) หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวที่ไม่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -28.95, p < 0.001$  และ  $t = -8.948, p < 0.001$ ) ตามลำดับ

อรุณีย์ ศรีนวล (2548) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ยกเว้นด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานที่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานดีขึ้น

ธีระ ภักดิ์จรุง (2548) ได้ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนช่องสามหมอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน กลุ่มควบคุม 29 คน โดยผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และรับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคอนสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคมที่คล้ายคลึงกัน ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการ

ทดลองไม่แตกต่างกันภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ส่งผลให้หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผู้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 58.6 และ 3.4 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ด้านภาวะโภชนาการพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงเอวลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

จุฑารัตน์ ลมอ่อน (2548) ได้ศึกษาผลโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเพ็ญ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน ผลการวิจัยสรุปว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ในความสามารถตนเองในการดูแลตนเองเรื่องการควบคุมน้ำหนักและการมารับบริการตรวจตามนัด ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการดูแลตนเองเรื่องการควบคุมน้ำหนักและการมารับบริการตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในด้านการควบคุมน้ำหนักและการมารับบริการตรวจตามนัดมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.01$ )

กัญญา เลียนเครือ (2546) ศึกษาผลของการออกกำลังกายโดยการปฏิบัติสมาธิแบบซิงก์ต่อระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับการรักษาคลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาวินิจฉัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการ และอาการแสดง ความรู้สึก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์ (2544) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในคลินิกพิเศษโรคเบาหวานของโรงพยาบาลพิมาย อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2542 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2543 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสัมภาษณ์และศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการทดลอง ( $d = 12.66$ ) แตกต่างจากค่าคะแนนของกลุ่มควบคุม ( $d = 0.47$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p < 0.001$ ) ส่วนผลการวิจัยต่อระดับน้ำตาลในเลือดนั้น พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ( $d = 19.30$ ) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนของกลุ่มควบคุม ( $d = 16.24$ )

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Paterson (2001) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการตัดสินใจดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 22 รายทำการศึกษาระยะยาวเป็นเวลา 2 ปี ใช้กรอบแนวคิดการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในการทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยถูกมองข้ามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ในขณะที่บุคลากรทีมสุขภาพมีทัศนคติว่าได้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยแล้ว แต่ในขณะเดียวกันยังคงปฏิบัติต่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการอาหารและการดูแลตนเอง หรือให้ผู้ป่วยเป็นส่วนในการรักษาและดูแลสุขภาพ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวได้ สามารถใช้ผลงานวิจัยมาใช้ใน โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัว ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง โดยนำกระบวนการเสริมพลังอำนาจมาปรับใช้กับการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

Zerwekh (1990 & 1991 cited in Zerwekh, 1992) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน จากการบันทึกการเยี่ยมบ้าน 95 ครอบครัวพยาบาล 16 คน ซึ่งมีวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการตั้งศักยภาพของครอบครัวมาใช้ แก้ปัญหาเพื่อครอบครัวสามารถดูแล และสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับเด็กได้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน กล่าวคือ 1) ต้องเชื่อว่าเราสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ 2) พยาบาลต้องรับฟังสิ่งที่เขากังวลใจ และต้องเข้าใจว่าบุคคลที่สูญเสียพลังอำนาจต้องการเวลา เมื่อพยาบาลต้องการช่วยเหลือให้ครอบครัวเกิดพลังอำนาจต้องลดการเป็นผู้มีอำนาจลง 3) ควรให้พวกเขาได้เข้าใจถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงและ 4) ให้พวกเขาสะท้อนชีวิตที่ผ่านมาเพื่อเป็นแนวทางในการเลือกและตัดสินใจ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี ครอบครัวผู้ป่วยได้รู้จักแหล่งประโยชน์ในชุมชนได้ดี โดยมีพยาบาลเป็นที่ปรึกษาและเป็นผู้ให้ข้อมูล

ภัทรา แสนธรรมมา (2552) ศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวต่อการมีพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1991, 1995) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้สูงอายุหญิงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและครอบครัวผู้สูงอายุหญิงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีคุณสมบัติตามกำหนดและเข้ารับการรักษาที่ตึกอายุรกรรมหญิง ชั้น 3 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างเดือน มกราคมถึง มีนาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 30 ครอบครัว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยการมีพลังอำนาจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไม่ทราบสาเหตุ ด้านบทบาทของครอบครัว ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านความพึงพอใจในบทบาท ของกลุ่มทดลอง หลังทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) คะแนนเฉลี่ยการมีพลังอำนาจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ด้านบทบาทของครอบครัว ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านความพึงพอใจในบทบาทหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศศิวิญช์ ไพโรเขียว (2552) ศึกษาผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gipsion (1995) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้

เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ดูแลในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และเข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โนนแดง ระหว่างเดือนสิงหาคม 2551 ถึง เดือน ตุลาคม 2551 จำนวน 20 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วย สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธนวันต์ ศรีอมรรตกุล (2551) ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมการเพิ่มพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตนเพื่อลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจรายกลุ่ม มีความคาดหวังในความสามารถตนเอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลองเสร็จสิ้น 8 สัปดาห์ และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจรายบุคคล มีความคาดหวังในความสามารถตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 8 สัปดาห์ และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม มีความคาดหวังใน ความสามารถตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลองเสร็จสิ้น 8 สัปดาห์ และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 12 สัปดาห์ ไม่ แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจรายกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจรายบุคคล มีความคาดหวังในความสามารถตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลองเสร็จสิ้น 8 สัปดาห์ และ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน และพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความคาดหวังในความสามารถตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกๆระยะหลัง การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุพร มหารวากร (2551) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกาดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้และพฤติกรรมที่วัดและวิเคราะห์ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธิดา สิริ (2551) ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการสร้างพลังร่วมกับการตั้งเป้าหมายเพื่อปรับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประยุกต์แนวคิดการสร้างพลังร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม และการตั้งเป้าหมายเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดกิจกรรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกพิเศษ โรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 40 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 ราย ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมในการดูแลตนเองดีมากกว่าก่อนการทดลอง และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

สิริอร ข้อยุ่น (2550) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว ต่อการรับรู้ความมีพลังอำนาจ ในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วยและความสามารถในการควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGipson (1991; Gipson, 1995) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพศหญิงและผู้ดูแลในครอบครัว และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านคุง อำเภอบ้านคุง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนเมษายน 2550 ถึง เดือน กรกฎาคม 2550 จำนวน 26 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

ภัศราพร เจริญศักดิ์ขจร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัวต่อระดับ HbA1c การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการสูญเสียพลังอำนาจและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gipson (1995) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ้านไผ่และผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 10 ครอบครัว เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานมีระดับผลเลือด HbA1c มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.008$ ) และจำนวนการกลับมารักษาซ้ำลดลง ซึ่งแสดงว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัว ผู้ดูแลมีระดับความรู้ที่สูญเสียพลังอำนาจลดลงโดยใช้สถิติค่ามัธยฐานและการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test พบว่า ค่ามัธยฐานความรู้ที่สูญเสียพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลองการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ แตกต่าง จากหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.063$ ) และพบว่า การดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวม ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.009$ )

ประภัสสร สมศรี (2549) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 30 คน 15 คนแรกเป็น กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 15 คน หลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลเป็นรายบุคคลเพื่อสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน คนละ 45 – 60 นาทีต่อครั้ง คิดต่อกันเป็นเวลา 6 – 8 วัน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปรับตัว สูงกว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.000$ ) 2) ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังจากได้รับการสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัว สูงกว่าก่อนการได้รับการสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $p\text{-value} = 0.000$ ) แสดงให้เห็นว่าการสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศุภัญญา ไหมงวงค์ (2546) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างพลังผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน ใช้เวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าจากการเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวาน

โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุมกลุ่มย่อยและการติดตามสนับสนุนผู้ป่วยที่ครอบครัวและชุมชนทำได้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถวิเคราะห์ วางแผน และนำไปปฏิบัติ ในการควบคุมและออกกำลังกายด้วยตัวผู้ป่วยเอง และมีครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนสำคัญ และส่วนใหญ่ตระหนักในคุณค่าตนเองในด้านการควบคุมอาหารและออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูง การปฏิบัติในด้านการควบคุมอาหารที่ปฏิบัติถูกต้อง อยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยความตระหนักในคุณค่าตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติในด้านการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  และหลังการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  นอกจากนี้ ยังพบว่า การดูแลครอบครัว และการปรับเปลี่ยนของสถานบริการมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยิ่งขึ้น

บุญกร โนนอ่อน (2547) ศึกษาผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 30 ราย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือน มีนาคม 2547 ถึง มิถุนายน 2547 ผลการศึกษาพบว่าคะแนนที่วัดภายหลังการเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสามารถส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างพลัง พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่สามารถทำให้บุคคลเกิดการวิเคราะห์ รับรู้ปัญหาของตนเองและ เกิดความเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคและสามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ก็เพื่อให้ครอบครัวรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในการจัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gipson (1991) เป็นแนวทางหลักในการศึกษาครั้งนี้ โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ป่วย ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่พัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ว่าคุณสามารถจัดการกับความเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นอันจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้ป่วยเบาหวานต่อไป นอกจากนี้ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ด้วย

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม

กัณณิกา โคตรบรรเทา (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานความรู้และพฤติกรรมสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ มาใช้ในการศึกษา โดยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2549 ถึง มีนาคม 2550 ผู้เข้าร่วม โครงการประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิด

ที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 10 คน และผู้ดูแลใน 10 ครอบครัว ในเขตรับผิดชอบ ของ PCU โรงพยาบาลเชียงคาน ได้เข้าร่วม โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวตาม โปรแกรม ผลการศึกษาสรุปว่า โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น ครอบครัวมีความรู้และพฤติกรรมสนับสนุนดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ดี

อรุณีย์ ศรีนวล (2548) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาหวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพ โดยการให้ความรู้ แจกเอกสาร กระตุ้นเตือนและการให้คำปรึกษา แล้วพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธีระ ภัคต์จรัส (2548) ได้ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนช่องสามหมอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน กลุ่มควบคุม 29 คน โดยผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และรับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคอนสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคมที่คล้ายคลึงกัน ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ส่งผลให้หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผู้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 58.6 และ 3.4 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ด้านภาวะโภชนาการพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงเอวลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ในการที่จะช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนหรือแปลความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ไปสู่พฤติกรรมนั้น การกระตุ้นเตือน การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การสนับสนุนทางอารมณ์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคคล มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคคล

จากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ ซึ่งแนวคิดนี้สนับสนุนและให้แนวทางในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะเลือก หรือ

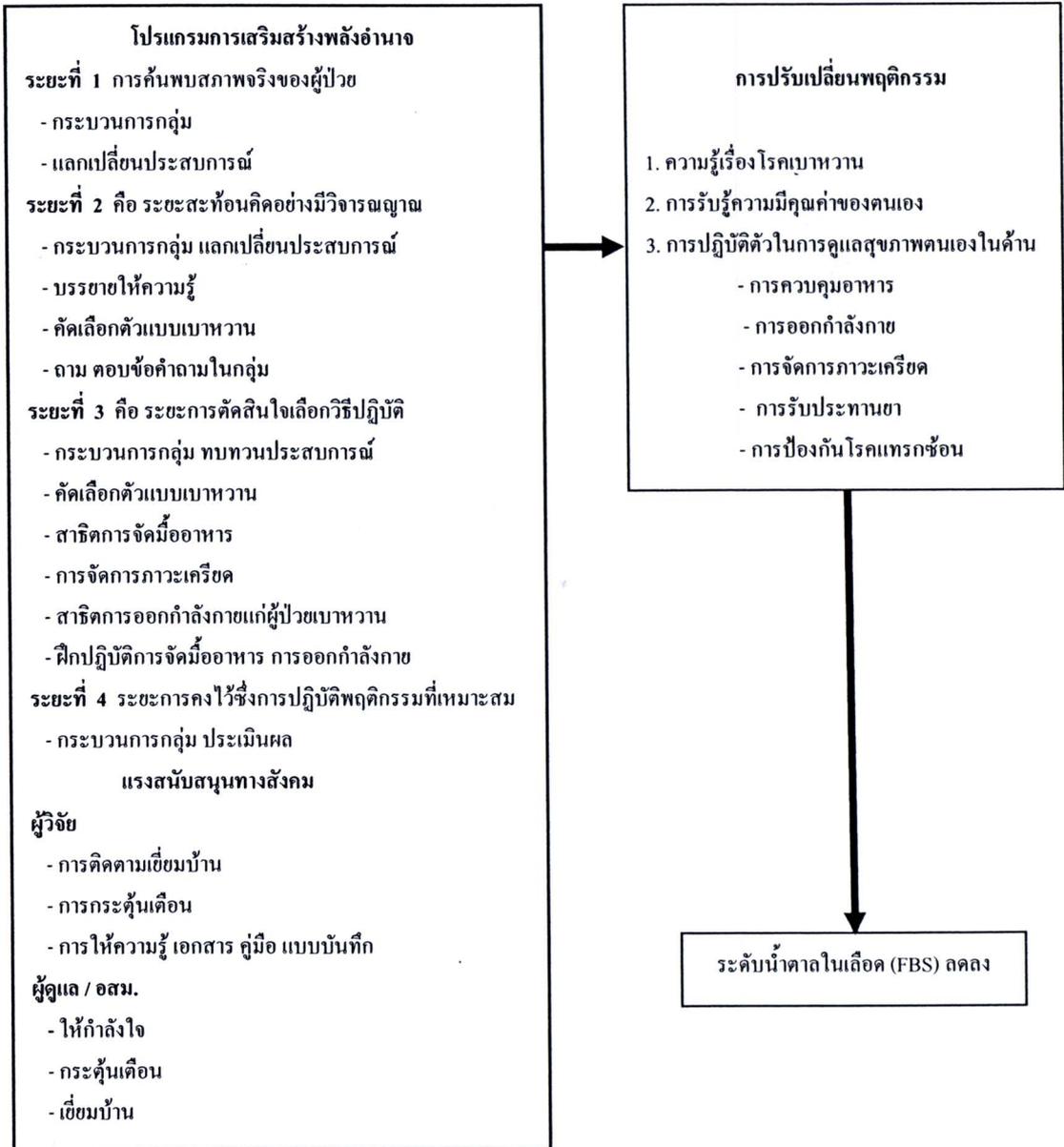
ตัดสินใจในการเลือกดำเนินการตามที่วางแผนไว้ และเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและยั่งยืนได้

## 5. กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1991) ซึ่งประกอบไปด้วย ระยะเวลาของการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย 4 ระยะ คือ ระยะการค้นพบสภาพการณ์จริง ระยะการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ระยะการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติ และระยะการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งประกอบไปด้วย แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ทางด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง มีระยะเวลาในการให้โปรแกรมสุขศึกษา 3 สัปดาห์ และติดตาม ประเมินผล เป็นเวลา 9 สัปดาห์ โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยไว้ดังนี้

## ตัวแปรต้น (Independent Variable)

## ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)