

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกจากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) พบว่าปี ค.ศ.2000 มีประชากรทั่วโลกเป็นโรคเบาหวานจำนวน 171 ล้านคน หรือร้อยละ 2.8 และคาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 366 ล้านคน หรือร้อยละ 4.4 ในปี ค.ศ.2030 (Wild et al., 2004) ในประเทศแถบตะวันตกที่มีจำนวนประชากรสูงอายุในอัตราส่วนที่สูง เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาจากการสำรวจ ปี ค.ศ.2010 พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 10.9 ล้านคนหรือร้อยละ 26.9 ของประชากรผู้สูงอายุในประเทศ (National Institutes of Health, 2010) และในประเทศแคนาดาจากการสำรวจ ปี ค.ศ.2005-2006 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 22 ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (Public Health Agency of Canada, 2008) สำหรับประเทศไทยในการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 เรื่องโรคเบาหวาน พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 6.9 หรือประมาณ 3.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2547 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549) และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 13.3 ในปี 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มสูงอายุนี้นับว่าตนเองเป็นโรคถึงร้อยละ 41 ในกลุ่มนี้มีผู้ที่รักษาและควบคุมโรคได้มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้น (นายศรีสุพรศิลป์ชัย และคณะ, 2550) จากข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลแม่แตง พ.ศ. 2553 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานที่อยู่ในวัยสูงอายุมียอดสูงจากสถิติปี พ.ศ. 2550-2553 ในจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 51.7, 54.2, 54.6 และ 54.40 ตามลำดับ

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเกิดจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อนทำให้เกิดภาวะขาดอินซูลินร่วมกับความไวของเนื้อเยื่อเป้าหมายได้แก่ กล้ามเนื้อลาย เนื้อเยื่อตับ และเนื้อเยื่อไขมันต่ออินซูลินลดลง หรือมีภาวะดื้ออินซูลิน(อภิศรี ศรีวิจิตรกมล และ สุทิน ศรีอัมภพพร, 2548; Stewen & Sally, 2006) ภาวะ

ดังกล่าวส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อหลอดเลือดขนาดเล็กและหลอดเลือดขนาดใหญ่เป็นผลให้เกิดความเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (เมตตากรณย์ พรพัฒน์กุล, 2551) พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ 3.2-4.9 เท่า โดยความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจะสูงขึ้นถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (Wei et al., 1998) ในกลุ่มผู้สูงอายุไทยโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 โดยมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงคือ 48.5 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2540 88.4 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ.2544 และ 71.3 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2549 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2551) นอกจากนี้ความเรื้อรังและความรุนแรงของโรคเบาหวานยังก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ต่อผู้ป่วย ได้แก่ เครียดวิตกกังวล กลัว ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Peyrot & McMurtry, 1992) พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่สามารถควบคุมโรคได้ (Ismail et al., 2004) และมีคุณภาพชีวิตต่ำลงโดยแปรผกผันกับระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น (Chuen-Yen et al., 2004) นอกจากนี้โรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคมต่อผู้ป่วยเนื่องจากอาการแสดงของโรคและวิธีการรักษาทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2548) สำหรับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลถึงแม้ในปัจจุบันผู้ป่วยจะได้รับการรักษาฟรีไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่จะต้องมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุซึ่งจะพบผลกระทบด้านต่างๆ ที่มากกว่าประชากรกลุ่มวัยอื่น

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้หากระดับน้ำตาลในเลือดสูง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีค่าใกล้เคียงเกณฑ์ปกติมากที่สุดจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีชีวิตที่ยืนยาว สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานการควบคุมโรคเบาหวานได้จะใช้เกณฑ์เดียวกับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วไป โดยตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2551 ควรมีฮีโมโกลบินเอวันซีน้อยกว่าร้อยละ 6.5 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) ซึ่งระดับฮีโมโกลบินเอวันซีที่ลดลงทุกหนึ่งเปอร์เซ็นต์จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กได้ร้อยละ 37 และลดการเกิดโรคหัวใจได้ร้อยละ 14 (Stratton et al., 2000)

อย่างไรก็ตามแม้ในประเทศแถบตะวันตกที่มีความก้าวหน้าทางการแพทย์อย่างมาก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ก็ยังพบว่าผู้ที่ที่เป็นโรคเบาหวานส่วนหนึ่งยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการสำรวจข้อมูลของ National Health and Nutrition Examination Survey [NHNES] ระหว่างปี 2542-2543 พบว่ามีผู้ที่เป็นเบาหวานเพียงร้อยละ 37 ที่สามารถควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดที่ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีน้อยกว่าร้อยละ 7 (ADA, 2008) และยังพบผู้ที่เป็นเบาหวานถึงร้อยละ 37.2 ที่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่าร้อยละ 8 (Saydath et al., 2004) นอกจากนี้การศึกษาโดยแพทย์สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งสหรัฐอเมริกา (American Association of Clinical Endocrinologist [AACE]) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นเบาหวาน 157,000 คนใน 39 มลรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 66 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (American Association of Clinical Endocrinologist, 2005)

สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ในช่วงพ.ศ. 2546-2547 พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมโรคไม่ได้ร้อยละ 24.1 ในเพศชายและร้อยละ 33.9 ในเพศหญิง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549) โดยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ยของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 8.6 (Chuang et al., 2002) มีรายงานว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่ไม่ควบคุมชนิดและปริมาณอาหารอย่างเหมาะสม ออกกำลังกายไม่มีประสิทธิภาพและไม่ต่อเนื่อง (อภิรดี ปลอดในเมือง, 2542; จิราพร กันบุญ, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มักใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่ถูกต้อง ไม่สามารถรักษาสมดุลของภาวะจิตใจและอารมณ์ มีความเครียดจากโรคและปัญหาในครอบครัว จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวิธีการให้ความรู้และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไว้หลายวิธี ได้แก่ การสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (ชูชีพ โพชะจา, 2550; พูนศิริ อรุณนตร, 2541) การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (จากุพจน์ เอี่ยมศิริ, 2549; พรนภา ไชยอาสา, 2550; พิมพ์กา ปัญญาใหญ่, 2551; นภัทร์ ยาอินตา, 2551) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (บุษกร อ่อนโนน, 2547; วัชรินทร์ หอมจันทร์, 2545) การให้สุขศึกษา (ทิพยวดี ไชยณรงค์, 2545; นฤทธิ์ เชื้อน้อย, 2542 : วิภาดา ศิริจันทร์โท, 2548) เป็นต้น ซึ่งผู้ศึกษาพบว่าวิธีการดังกล่าวล้วนแต่สามารถเพิ่มพูนความรู้และส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีวิธีการดังกล่าวในการจัดบริการสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน แต่จากข้อมูล

ที่พบว่าผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ยังมีจำนวนที่สูง และผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่าวิธีการที่ใช้อยู่ในปัจจุบันอาจไม่มีประสิทธิภาพพอ และเป็นความจำเป็นที่พยาบาล ต้องหาวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการตนเอง(self-management) เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดอย่างยั่งยืน เป็นกระบวนการของบุคคลที่จัดกระทำกับตนเอง อย่างตั้งใจเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดย อาศัยคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพและความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย (Bartholomew et al., 2002; Bennett et al., 2000; Browder & Shapiro, 1985; Clark et al., 1991; Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองเป็นรูปแบบของพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วย ของบุคคลซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเอง สิ่งสำคัญประการหนึ่งของ แนวคิดการจัดการตนเองคือ ความเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติการจัดการตนเองที่มี ประสิทธิภาพ (Embrey, 2006; Holroyd & Creer, 1986) โดยบุคคลต้องรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือมี ความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามเป้าหมาย (efficacy beliefs) และรับรู้ว่าการปฏิบัติที่ตนเองปฏิบัตินั้นจะส่งผลตามที่ต้องการ (outcome expectation) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยแหล่ง (source) ต่างๆ ได้แก่ การ ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience), การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ ของผู้อื่น (vicarious experience), การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และสภาวะด้านร่างกาย และอารมณ์ (physiological and effective states) (Bandura, 1997)

ลอริกและฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) กล่าวว่า การจัดการตนเองประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) เช่น การควบคุม อาการ การใช้ยา การรับประทานอาหารเฉพาะโรค 2) การจัดการกับบทบาท (role management) เป็นการคงไว้ การปรับเปลี่ยนและการสร้างบทบาทให้เหมาะกับภาวะการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการ กับอารมณ์ (emotional management) ซึ่งเป็นการจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วย เช่น อารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า เครียด นอกจากนี้จากรายงานของมูลนิธิโรเบิร์ต วู้ด จอห์นสัน (The Robert Wood Johnson Foundation, 2001) ได้เสนอว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้อง อาศัยทักษะ 6 ประการ ได้แก่ 1) การแก้ปัญหา (problem solving) 2) การตัดสินใจ (decision making) 3) การใช้แหล่งประโยชน์ (resource utilization) 4) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากร สุขภาพ (forming of a patient/ health care provider partnership) 5) การลงมือปฏิบัติ (taking action) และ 6) การปรับทักษะ ความรู้ในการจัดการตนเอง ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (self-tailoring)

การจัดการตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีโรคหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังได้มีผลการศึกษาหาวิธีการสนับสนุนว่าการจัดการตนเองที่ดีทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคสูงขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตาย ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Dongbo et al., 2005; Goudswaard et al., 2004; Loric, 2001; Nodhurft et al., 2000; Swerissen, 2006) ในโมเดลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model:CCM) ที่แวกเนอร์ และคณะ (Wagner et al., 1996) ได้พัฒนาขึ้นและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันได้กำหนดการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นมโนทัศน์หลัก ซึ่งปัจจุบันมีผู้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด (Stanford University Chronic Disease Self-Management Program) ที่พัฒนาขึ้นโดย ลอริก และคณะ (Lorig et al., 2001) และรูปแบบการจัดการตนเองของฟลินเดอร์ (The Flinder Model of Chronic Condition Self-management) (Jordan & Osborne, 2007) สำหรับประเทศไทยการสนับสนุนการจัดการตนเองยังมีจำกัด มีเพียงการศึกษาของชดช้อย วัฒนะ (2006) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคเบาหวานผู้ใหญ่ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2 แห่งในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งผลการศึกษายืนยันว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เนื่องจากการจัดการตนเองจะต้องอาศัยสมรรถนะทางกายและสติปัญญาในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการลงมือปฏิบัติต่างๆ ซึ่งดูเหมือนว่าการจัดการตนเองจะทำได้ในผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และสติปัญญาการรับรู้ เมื่อพิจารณาในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการสูงอายุหลายประการ เช่น มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การรับรส การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเป็นข้อจำกัดในการจัดการตนเอง ดังนั้นแม้ว่าที่ผ่านมาผลการวิจัยจะพบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้นแต่ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถอ้างอิงถึงประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้สูงอายุได้คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่หรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นความรู้พื้นฐานที่สำคัญสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวในการกำหนดวิธีการดำเนินงานเพื่อควบคุมโรคเบาหวานสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮิโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับฮิโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับฮิโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ระดับฮิโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
4. ระดับฮิโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

นิยามศัพท์

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง หมายถึง รูปแบบกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวการจัดการจัดการตนเองและโปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเองในผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นโดยลอริก และคณะ (Lorig et al., 2001) ประกอบด้วยกิจกรรมการสอนและให้ความรู้ฝึกทักษะและการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการดูแลตนเองในด้านการจัดการทางการแพทย์ การจัดการรบบบาท และการจัดการทางอารมณ์ เป็นการสอนแบบกลุ่มๆ ละ 10-15 คน โดยผู้วิจัย เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ๆ ละ 2-2.5 ชั่วโมง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การตั้งเป้าหมายและการกำหนดผลการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง 6 อย่าง ได้แก่ (1) การแก้ไขปัญหา (2) การตัดสินใจ (3) การใช้แหล่งข้อมูล (4) การสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ (5) การลงมือปฏิบัติ และ (6) การปรับทักษะการปฏิบัติให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูดและสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์

พฤติกรรมจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดจากโรคเบาหวานในด้าน (1) การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อคงไว้หรือเพิ่มความแข็งแรงและความทนทาน (2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (3) เทคนิคการจัดการอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ (4) การใช้ยาที่เหมาะสม และ (5) การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ โดยประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย

ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี หมายถึง ค่าของระดับน้ำตาลสะสมที่เกาะฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ด้วยเครื่องโคบาส มีรา (Cobas Mira) โดยวิธีอินมูโนเทอร์ปีดิเมตริก (immunotubidimetric method) หน่วยวัดเป็นเปอร์เซ็นต์

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยการให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ

โรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดำเนินการโดยพยาบาลประจำ
คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่แตง