

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ด้วยสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยอันเนื่องจากมีความเสื่อมของการทำงานในระบบต่างๆ ที่ร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคได้ง่ายและเมื่อเกิดโรคแล้ว การดำเนินโรคมักเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทำให้เป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ง่ายและฟื้นฟูยาก ปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในยุคปัจจุบันปัญหาหนึ่ง เนื่องด้วยประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ จากการคาดคะเนจำนวนประชากรผู้สูงอายุปี 2533 มีจำนวน 3.4 ล้านคน หรือร้อยละ 6.1 และคาดว่าในปี 2543 จะเพิ่มจำนวนเป็น 4-5 ล้านคน หรือร้อยละ 7.6 (กองสาธารณสุขต่างประเทศ, 2533 อ้างถึงในคณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคมวุฒิสภา, 2534) ด้วยปริมาณการเพิ่มของจำนวนประชากรดังกล่าว ทำให้ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุนั้นเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข จากการศึกษาของ Chayovan Wongsith, and Saengtienchai (1988 อ้างถึงในเสาวลักษณ์ แยมตรี, 2532) ที่ทำการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย และประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า อัตราชุกของโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชนบทสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง ผู้สูงอายุในชนบทเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 73 และผู้สูงอายุในเขตเมืองเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 64 โดยเฉพาะปัญหาเรื่องโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดมีผลกระทบต่องานเศรษฐกิจสังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนซึ่งการควบคุมโรคนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable disease หรือ NCD) ที่พบบ่อยทั่วโลกซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญมากในประเทศที่กำลังพัฒนาเพราะโรคเบาหวานเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะทุกระบบของร่างกาย เช่น ทำให้

เกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดและโรคหัวใจ และในขณะเดียวกันการเจ็บป่วยที่เรื้อรังทางกาย ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะมีความกลัวในเรื่องการถูกเปลี่ยนแปลงแนวการดำเนินชีวิต ต้องจำกัดอาหารต้องรับประทานยาเป็นประจำ และต้องปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ บางคนมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงต้องรักษาตัวเองตลอดชีวิต เหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดเบื่อหน่ายต่อการรักษาและท้อแท้ในชีวิต ไม่สนใจตนเอง ซึ่งมีผลทำให้อาการของโรคทวีความรุนแรงได้ การได้แนวคิดและวิธีการที่จะสามารถลดความเครียด มีสติที่จะยอมรับอาการของโรคได้ ทำให้สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างคนปกติ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2536) และ Baltimore (1987) อ้างถึงใน Narrow, 1987) กล่าวว่า ความเครียดมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะเพิ่มขึ้นด้วย Sudsuang (1991) ได้ศึกษาผลการนั่งสมาธิในกลุ่มคนทั่วไป พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และ Dorothy R. Bievin (1979) ได้ศึกษาว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการที่เรื้อรังจะทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า ในสิ่งที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับโรค ซึ่งการให้คำปรึกษาพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องโรคจะทำให้ผู้ป่วยสามารถรู้ตัวและเรียนรู้ เข้ากับโรคที่เป็นได้

ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร (2536) ได้ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด การดูแลตนเองโดยทั่วไปและการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี ส่วนการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอให้ควรมีการให้คำปรึกษา แนะนำการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและการออกกำลังกายนั้นจะช่วยให้ร่างกายสามารถใช้อินซูลินดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และยังช่วยป้องกันผนังหลอดเลือดแข็งตัวด้วย (เจริญทัศน์ จินตเสวี, 2529; สุนทร ตัณฑนันท์, 2530; วรณี นิธิยานันท์, 2532)

และจากการรายงานของ วรณี นิธิยานันท์ (2532) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มไม่พึ่งอินซูลินซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานควรได้ สันนิบาสนให้มีการออกกำลังกาย

จากการสรุปรายงานประจำปีเดือนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุดรราชธานี ปีงบประมาณ 2538 พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของ จังหวัดอุดรราชธานี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปีงบประมาณ 2536 พบผู้ป่วย เบาหวานที่มาับการรักษาจำนวน 17,686 คน ในปี 2537 ผู้ป่วยที่มาับบริการ 89,124 คน และในปี 2538 (6 เดือนแรกของปีงบประมาณ) มีผู้ป่วยใหม่ที่มา รับบริการถึง 5,867 คน จากปริมาณการเพิ่มของผู้มารับบริการดังกล่าว ส่งผล กระทบต่อการให้บริการด้านการพยาบาลมาก และการที่จะควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายให้มีผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นอยู่กับการดูแลตนเอง เป็นสำคัญ ด้วยระบบสาธารณสุขปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองความต้องการของ ประชาชนภายใต้ข้อจำกัดทางทรัพยากรได้เลย ดังนั้น รูปแบบใหม่ของระบบการ ให้บริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Service) จะมุ่งเน้นให้ ประชาชน ครอบครัว และชุมชน พึ่งตนเองด้วยวิธีการดูแลตนเองและดูแลกันเอง ภายใต้การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อเป็นการตอบสนองนโยบาย ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2534-2538) ที่ระบุเรื่องการดูแล ตนเองไว้ชัดเจน

จากการศึกษา ขององค์การอนามัยโลก (1985) และ Physicians of The Jaslin Diabetes Center (1986 อ้างถึงใน วรณี นิธิยานันท์, 2535) พบว่า การรักษาและควบคุมโรคเบาหวานต้องอาศัยองค์ประกอบ 4 ส่วน คือ 1) อาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การดูแลรักษาความสะอาดทั่วไป 4) การรับประทานยาลดน้ำตาล สำหรับเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ พยายามให้ระดับอินซูลิน การเผาผลาญสารอาหารและ ภาวะน้ำตาลในเลือดอยู่ในภาวะปกติ (Fajans and Arbor, 1972 อ้างถึงใน ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร, 2536)

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน สรุปได้ว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพในผู้ป่วยดังกล่าวมีประโยชน์ในการรักษาโรคทางแพทย์ ช่วยให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายดีขึ้น ช่วยลดระดับไขมันโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ช่วยป้องกันโรคเบาหวาน และทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีอาการดีขึ้น (วรรณิ นิธิยานันท์, 2536) และเป็นการหารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ช่วยลดภาระการบริการทางพยาบาลของทีมงานพยาบาล เพราะส่งผลให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุมีรูปแบบที่เหมาะสม ทำให้เกิดความรู้ ทักษะ และทัศนคติต่อการดูแลตนเองในเรื่องโรคเบาหวานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้การดำรงชีวิตความเป็นอยู่ร่วมกับครอบครัว สังคม เป็นไปอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติเพื่อลดภาวะความเครียดด้านจิตใจ การฝึกออกกำลังกายแบบแกว่งแขนเพื่อสุขภาพทางร่างกาย และการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มาเป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตามเป้าหมายสำคัญของนโยบายสาธารณสุขไทย

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ในการดูแลตนเองร่วมกับการให้สุขศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการให้สุขศึกษา
3. เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนร่วมกับการให้สุขศึกษา
4. เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังการได้รับการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียว

5. เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แบ่งสาระเป็น 4 ส่วน ดังนี้

3.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

3.1.1 สาเหตุของโรคเบาหวาน

3.1.2 ประเภทของโรคเบาหวาน

3.1.3 การเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

3.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

3.2.1 ทฤษฎีและแนวคิดการดูแลตนเอง

3.2.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

(1) การรับประทานอาหาร

(2) การรับประทานยา

(3) การออกกำลังกาย

(4) การรักษาสุขภาพทั่วไปและเท้า

(5) การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

3.3 กลยุทธ์ที่ช่วยส่งเสริมให้การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพ

3.3.1 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

3.3.2 การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

3.3.3 การฝึกออกกำลังกายแบบแกว่งแขน

3.3.4 การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การฝึกสมาธิในผู้ป่วยเรื้อรังและการฝึกการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ซึ่งรายละเอียดการศึกษามีดังต่อไปนี้

3.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus, DM.) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ เนื่องจากมีอินซูลินไม่เพียงพอทำให้ภาวะร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เมื่อตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงกว่า 140 มิลลิกรัม ในเลือด 100 มิลลิตร

3.1.1 สาเหตุของโรคเบาหวาน

สาเหตุของโรคเกิดจากการทำงานของตับอ่อนที่สร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้จำนวนน้อยหรือไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่ไม่สามารถออกฤทธิ์ในการทำงานได้เต็มที่ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมากๆ จะถูกไตกรองออกมาเป็นปัสสาวะออกมาแล้วมีมดตอม

สำหรับสาเหตุจะเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ คือผู้ที่มีพ่อแม่ หรือญาติพี่น้องเป็นโรคนี้นั้นมักจะป่วยเป็นโรคนี้ด้วย และสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ ส่วนสาเหตุอื่นที่พบคือ สาเหตุจากการอ้วน จากการไข้ยา เช่น สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ และจากการเกิดโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง มะเร็งของตับอ่อน ตับแข็ง ระยะสุดท้าย คอพอกเป็นพิษ

3.1.2 ประเภทของโรคเบาหวาน

การจำแนกประเภทต่างๆ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้เกณฑ์ของ National Institute of Health ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 1980) ได้รับรองสนับสนุนให้ใช้เป็นมาตรฐานขณะนี้ คือ

3.1.2.1 Clinical Class ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกของเบาหวาน

(1) Diabetes Mellitus (DM.) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน และมีอาการทางคลินิก คือ

ก. Insulin Dependent Type (IDDM) หรือ Type I เดิมเรียก Juvenile-Onset DM ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งต้องการอินซูลินรักษา เพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้ พบในเด็กวัยรุ่น สาเหตุเกิดจากพันธุกรรม ความผิดปกติของภูมิคุ้มกันหรือจากสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับไวรัส สารเคมี แล้วไปทำลายเซลล์

ทำให้ไม่สามารถสร้างอินซูลินได้

๓. Non Insulin Dependent Type (NIDDM) หรือ Type II เดิมเรียก Maturity-Onset DM ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่จำเป็นต้องพึ่งอินซูลิน ถ้าขาดอินซูลินไม่มากร่างกายยังสามารถสร้างเองได้แต่มีฤทธิ์ไม่ดี สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคเกิดจากพันธุกรรม แต่กลไกการเกิดที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด

๔. Other Type เดิมเรียก Secondary DM เป็นโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการหรือโรคบางอย่าง

(2) Impaired Glucose Tolerance (IGT) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง เบาหวานชนิดนี้ยังไม่มีอาการ และอาการแสดงให้เห็น จึงยังไม่ควรเรียกว่า เบาหวาน

(3) Gestational Diabetes (GDM) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่องในระหว่างตั้งครรภ์เท่านั้น

3.1.2.2 Statistical Risk Class ได้แก่ กลุ่มคน (อาจไม่ถือว่าเป็นผู้ป่วย) ซึ่งไม่มีอาการของโรค เมื่อทดสอบความทนต่อกลูโคสแล้วพบว่าปกติ ประวัติและผลการตรวจร่างกายปกติ แต่มีความโน้มเอียงและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานหรือ Impaired Glucose Tolerance ได้มากกว่าคนอื่นๆ ได้แก่

(1) Previous Abnormality Of Glucose Tolerance (PREV AGT) ได้แก่ กลุ่มคนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าคนปกติ หรือเคยมีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (IGT)

(2) Potential Abnormality Of Glucose Tolerance (POT AGT) เดิมเรียกว่า Prediabetic หรือ Potential DM ได้แก่ กลุ่มคนที่ไม่เคยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือไม่เคยมีความทนต่อกลูโคสบกพร่องเลย แต่มีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนอื่น

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Type)

3.1.3 การเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

กอร์ดอนและครอฟฟอร์ด (Gordon and Crofford อ้างถึงใน รายงานทางวิชาการของกรมการแพทย์, 2531) ได้รายงานเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จะทำให้เกิดพยาธิสภาพแทรกซ้อนที่รุนแรงแก่ผู้ป่วยคือ ตาเป็นต้อหิน ต้อกระจก และมีโอกาสเสี่ยงต่อการตาบอดถึง 25 เท่า ผลต่อหัวใจจะทำให้เกิดหัวใจวายหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งพบบ่อยถึง 2 เท่า และมีผลต่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงมือและเท้าเกิดอุดตันเนื่องจากมีไขมัน เกิดเนื้อตายจากการขาดเลือด (Gangreen) ซึ่งพบประมาณ 5 เท่าของคนปกติ สำหรับต่อไตจะเกิดกรวยไตอักเสบ ซึ่งพบมากกว่าคนปกติ 17 เท่า ส่วนอันตรายต่อระบบประสาทจะมีพยาธิสภาพทั้ง Motor, Sensory และ Autonomic Nerves สำหรับผิวหนังจะทำให้เกิดอาการคัน มีเชื้อรา (Myxosis) หรือมีไขมันเป็นก้อน (Xanthomadia Beticosum)

การหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง โดยไม่มีสารคีโตนมักพบในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคแทรกซ้อนปัจจุบันทันด่วนรุนแรง เช่น โรคติดเชื้อ เลือดมีน้ำตาลมากเกิดความเข้มข้น และน้ำตาลมีคุณสมบัติที่อุ้มน้ำได้ดีจึงทำให้ดูดน้ำจากเซลล์ต่างๆ เข้าสู่เลือดหรือน้ำระหว่างเซลล์ มากเกินปกติเป็นสาเหตุให้เซลล์ของร่างกายขาดน้ำโดยเฉพาะเซลล์ของสมองและทำให้หมดสติได้ สำหรับอาการที่พบก่อนหมดสติคือ หิวกระหายน้ำ ถ่ายปัสสาวะมาก การตรวจจะพบว่าปริมาณน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะสูง พบโซเดียมในเลือดสูงด้วย และพบว่า การหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงเกิดจากความเครียดทางด้านจิตใจ ด้วยเหตุนี้การวิจัยครั้งนี้จึงได้นำวิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ที่ยอมรับว่าช่วยลดความเครียดทางด้านจิตใจมาเป็นกลยุทธ์ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

การหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ ปกติน้ำตาลในเลือดมีอยู่ประมาณ 70-120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถ้าน้ำตาลลงครึ่งหรือต่ำกว่าร้อยละ 50 จะเกิดอาการหมดสติได้ พบได้บ่อยจากการฉีดอินซูลิน หรือรับประทานยาเม็ดรักษาโรคเบาหวานมากเกินไป อาการแสดงออกเริ่มต้น คือ รู้สึกหิว คลื่นไส้ กระอัก

กระอ้วน อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หาวบ่อยๆ ความนึกคิดและความจำสูญเสีย ปวดศีรษะ การแก้ไขก็คือ รับประทานของหวาน เช่น ท็อฟฟี่ น้ำตาล น้ำหวาน โดยทันทีเมื่อเริ่มมีอาการและฉีดกลูคากอนที่ได้ผิวหนัง (Subcutaneous) แล้วส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที

ด้วยข้อมูลข้างต้น โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจ บั่นทอนชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งการช่วยเหลือให้มีความรู้ มีทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจะช่วยลดภาวะดังกล่าวได้ การวิจัยครั้งนี้จึงสนใจที่จะศึกษาวิธีการที่มีส่วนช่วยให้การดูแลตนเองได้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีเป้าหมายสำคัญคือ การพยายามทำให้ระดับอินซูลิน การเผาผลาญอาหารและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ในภาวะปกติซึ่งต้องดูแลด้านอาหาร การรับประทานยา ความสะอาดทั่วไป การออกกำลังกาย และที่สำคัญคือภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอถึงแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ ดังต่อไปนี้

3.2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ เริ่มมีการเคลื่อนไหวงานด้านนี้ ในปี ค.ศ. 1930 เป็นต้นมา เมื่อเดือนกรกฎาคม ปี ค.ศ. 1990 องค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมเชิงปรึกษาหารือ เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน ณ กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย โดยสนับสนุนให้สมาชิกประเทศต่างๆ ได้พัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองซึ่งเป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอีกวิธีหนึ่ง (สุริย์ จันทรโมฬี, 2535)

Orem (1985) ได้กล่าวว่า การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาชีวิตและความผาสุกของชีวิต และการดูแลตนเองที่มี

ผลในการรักษาจะมีลักษณะดังนี้

3.2.1.1 การระดับประคองกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ให้ปกติ

3.2.1.2 การดำรงรักษาการเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะตามปกติ

3.2.1.3 ป้องกัน ควบคุม รักษาการเกิดโรคและการบาดเจ็บ

3.2.1.4 ป้องกัน ควบคุมความพิการที่เกิดขึ้น หรือลดหย่อนความพิการที่เกิดขึ้น

เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการพิจารณากิจกรรมการดูแลตนเอง ที่ควรกระทำและเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน คือ มนุษย์ สิ่งแวดล้อม ชนบทธรรมเนียม ประเพณี และค่านิยมของการดำรงชีวิต อายุ และสุขภาพ Orem ได้แบ่งประเภทของการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประเภท คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

(1) ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพบุคคล ความต้องการนี้ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับระยะ พัฒนาการ จุดประสงค์ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่างๆ เป็นการเกี่ยวข้องกับกระบวนการชีวิตในการรักษา โครงสร้าง หน้าที่ สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลไว้ เพื่อให้บรรลุความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตแต่ละวัน

(2) ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตในระยะต่างๆ เช่น ระยะตั้งครรภ์ การคลอด การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา หรืออาจเป็นความต้องการโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ

(3) ความต้องการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเนื่องจากการเกิดโรค เจ็บป่วย บาดเจ็บ มีความพิการ ไร้ความสามารถ หรือ

ขณะที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้คือ

ก. แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้

ข. รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่

กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

ค. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพ

ง. รับรู้และสนใจการดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

จ. ปรับอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) และภาพลักษณ์เกี่ยวกับตัวเอง (Self-Image) ให้เหมาะสมยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยหรือความพิการของตน

ฉ. เรียนรู้ที่จะต่อสู้กับผลของสุขภาพที่เปราะบางไป เรียนรู้การดำรงชีวิตในสภาพที่เจ็บป่วย สภาพที่เป็นผลจากโรค และการรักษาเพื่อการพัฒนาการต่อเนื่อง

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีลักษณะการดูแลตนเองแบบความต้องการดูแลตนเองตามภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) ที่ดูแลตนเองเนื่องจากเกิดอาการเจ็บป่วยต้องได้รับการแนะนำที่เหมาะสมและมีการเรียนรู้ มีแนวคิดและแนวปฏิบัติที่ถูกต้องในการนำไปใช้เพื่อคงสภาพร่างกาย และจิตใจให้ปกติให้มากที่สุด ซึ่งส่งผลให้การดำรงชีวิตมีความสุขตามความเหมาะสมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จากการศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวานและแนวคิดในการดูแลตนเองของ Orem ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานควรต้องการมีความสามารถในการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาการออกกำลังกาย การดูแลเท้าและสุขภาพทั่วไป และการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.2.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3.2.2.1 การรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของ

ร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาโรคเบาหวาน การได้รับอาหารมากเกินไป โดยเฉพาะอาหารที่มีน้ำตาลมาก จะมีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดเปลี่ยนแปลงตีบแข็งก่อนระยะเวลาอันสมควร ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ แม้จะได้รับการรักษาด้วยยารับประทานหรือฉีดอินซูลินก็ตาม สถาบันโภชนาการแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Diabetic Association) ได้แนวคิดการควบคุมรับประทานอาหารเป็นหมวดๆ ดังต่อไปนี้

(1) คาร์โบไฮเดรต พบว่า การรับประทานคาร์โบไฮเดรตปริมาณสูง เช่น ข้าว ขนมปัง มันฝรั่ง ข้าวโพด ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น (Komindr S., 1985 อ้างถึงใน วลัย อินทร์พรชัย, 2535) เพราะจะกระตุ้นระดับเอนไซม์ในตับ ทั้งยังทำให้อินซูลินจับกับเซลล์ได้ดีขึ้น การรับประทานคาร์โบไฮเดรตควรได้ร้อยละ 50-60 ของพลังงานที่ได้รับ และร้อยละ 40-50 ควรมาจากคาร์โบไฮเดรตปริมาณสูง ส่วนคาร์โบไฮเดรตจำพวกน้ำตาล เช่น ข้าว กว๊ายเตี้ยว ขนมปัง ควรจำกัดรับได้ไม่เกินร้อยละ 15 ของพลังงานที่ได้รับ

(2) ไขมันและโคเลสเตอรอล ผู้ป่วยเบาหวานมักมีความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของไขมัน มีภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้มีอัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรได้รับไขมันเกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ โดยลดไขมันอิ่มตัวในอาหารให้น้อยกว่าร้อยละ 10 ซึ่งมีมากในไขมันสัตว์ น้ำมันมะพร้าว กะทิ เนื้อมัน เคี้ยวในสัตว์ ไข่แดงและให้รับประทานน้ำมันปลา (Fish Oil) ให้มากขึ้น

(3) โปรตีน สารอาหารโปรตีนนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเจริญเติบโตและซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอ ผู้ป่วยเบาหวานควรจะได้รับโปรตีนร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ได้รับ โดยเฉพาะในช่วงที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโตระยะมีครรภ์หรือให้นมบุตร ควรได้รับโปรตีนร้อยละ 20 สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในวัยสูงอายุจำเป็นต้องได้รับโปรตีนให้เพียงพอและควรมาจาก ไข่ น้านม เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เต้าหู้ ถั่วเมล็ดแห้ง ผู้ป่วยเบาหวานที่เริ่มมีปัญหาเกี่ยวกับไต ควรลดปริมาณโปรตีนที่ได้รับให้น้อยลง

(4) วิตามินและเกลือแร่ ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องได้รับวิตามินและเกลือแร่เพียงพอเพื่อช่วยให้สุขภาพแข็งแรง ซึ่งจะได้จากการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เพียงพอทุกวัน ผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานอาหารได้ตามปกติมักไม่ขาดวิตามินและเกลือแร่ นอกจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ท้องร่วงบ่อยๆ

(5) ใยอาหาร (Dietary Fiber) คือส่วนของพืชที่นำย่อยจากระบบทางเดินอาหารของคนไม่สามารถย่อยสลายได้ ร่างกายไม่สามารถดูดซึมไปใช้ได้ ใยอาหารประกอบด้วย 2 พวกใหญ่ๆ คือ ประเภทที่ไม่ละลายน้ำ เป็นชนิดที่เป็นกากใย ช่วยในการขับถ่ายและประเภทละลายน้ำ มีคุณภาพในการจับน้ำและน้ำตาลพองตัวเป็นวุ้นเหนียว ทำให้อัตราการดูดซึมกลูโคสช้าลง การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารปริมาณมากเป็นประจำ จะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือด และความต้องการอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานลดลง (Anderson Jr., 1977 อ้างถึงใน วลัย อินทรมพรรษ์, 2535)

(6) เกลือ คนไทยมักรับประทานเกลือในปริมาณที่สูงกว่าที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับการรับประทานอาหารรสเค็มจัด หรือมีเกลือมากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น สมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา จึงได้เสนอแนะให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับเกลือไม่เกินวันละ 7.5 กรัมต่อวัน ซึ่งทำได้โดยหลีกเลี่ยงอาหารหมักดองและอาหารที่มีรสเค็ม

(7) แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งในผู้ป่วยที่ได้รับยาลดน้ำตาลต้องระมัดระวังมาก ไม่ดื่มขณะที่ท้องว่างเพราะจะทำให้น้ำตาลในเลือดสูงได้

คณะกรรมการแห่งชาติเรื่องควบคุมโรคเบาหวาน กรมการแพทย์ (2531) ได้ให้วิธีคำนวณหาดัชนีน้ำหนักของร่างกาย (Body Mass Index) ซึ่งเป็นการทราบถึงขนาดของร่างกายว่า ผู้ป่วยอ้วน ผอม หรือน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งมีวิธีการคำนวณดังนี้ คือ

$$\text{ดัชนีน้ำหนักของร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (ตารางเมตร)}^2}$$

ผู้ที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติมีค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกายอยู่ระหว่าง 20-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยผู้ป่วยผู้ชายมีค่าดัชนีน้ำหนักระหว่าง 20-27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และผู้ป่วยหญิงมีค่าดัชนีน้ำหนักระหว่าง 20-24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถ้าผู้ป่วยมีเกณฑ์ต่ำหรือสูงควรควบคุมอาหารเพื่อให้น้ำหนักเป็นไปตามเกณฑ์ดังกล่าว

3.2.2.2 การรับประทานยา

ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่มีเบต้าเซลล์ทำงานน้อยลง จำเป็นต้องใช้ยาไปกระตุ้นเบต้าเซลล์ในตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมา การรับประทานอย่างสม่ำเสมอ และถูกต้องตามคำแนะนำของทีมพยาบาล จึงจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งขาดน้ำตาลที่ใช้แพร่หลายปัจจุบัน แบ่ง 2 กลุ่ม คือ

(1) ยาซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea)

เป็นยาที่ใช้กันมานานกว่า 30 ปี มีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือดได้ทั้งคนปกติและผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีฤทธิ์ไปกระตุ้นเบต้าเซลล์ของตับอ่อนให้มีการสลายของแกรนูลในเบต้าเซลล์และหลั่งอินซูลิน จะออกฤทธิ์ได้ดีเมื่อรับประทานก่อนอาหาร ถ้ารับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร การดูดซึมของยาจะลดลง ข้อบ่งใช้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่พึ่งอินซูลิน (NIDDM) ที่คุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายแล้วไม่ได้ผล ใช้ในผู้ป่วยเป็นเบาหวานมานาน้อยกว่า 10 ปี และมักใช้ได้ผลในผู้ใหญ่ที่เริ่มเป็นเบาหวานหลังอายุ 42 ปี สำหรับข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่ต้องการอินซูลินรักษา ส่วนใหญ่พบในวัยอายุน้อย ห้ามในผู้ป่วยซึ่งถูกตัดตับอ่อนออกหมด ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนของเบาหวานชนิดเฉียบพลัน มีภาวะติดเชื้อรุนแรง และอยู่ในระหว่างผ่าตัดใหญ่ ระยะตั้งครรภ์

(2) ไบกัวไนด์ (Biguanides)

ซากุ่มนี้ ใช้รักษาเบาหวานมานานกว่า 25 ปี ตัวยาที่ใช้ คือ เฟนฟอร์มิน (Phenformin) มีชื่อการค้าว่า ดีบีไอ (D.B.I.) ซึ่งสามารถออก

ฤทธิ์ลดน้ำตาลอยู่ได้นาน 6-8 ชั่วโมง ยาตัวนี้จะได้ผลลดน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานเท่านั้น สำหรับฤทธิ์ของยาจะช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลจากทางเดินอาหาร ทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้มากขึ้น ลดการสร้างน้ำตาลจากตับ ทำให้เป็นอาหาร ทำให้น้ำหนักลดลง ข้อบ่งใช้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่พึ่งอินซูลินที่อ้วน และไม่มีโรคแทรกซ้อนของตับและหัวใจ ข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งควบคุมได้ด้วยอาหาร การออกกำลังกาย ซัลโฟนิลยูเรียหรืออินซูลิน ผู้ป่วยที่ติดเชื้อรุนแรง ภาวะตั้งครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ความดันโลหิตสูง และยากลุ่มนี้สามารถใช้ร่วมกัน ซัลโฟนิลยูเรีย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยที่ใช้ ยาซัลโฟนิลยูเรียอย่างเดียวแล้วไม่ได้ผล

3.2.2.3 การออกกำลังกาย

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ และแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ Orem ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ควรต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไปและเท้า ซึ่ง ทวีญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (2536) ได้ศึกษาปัจจัยการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในระดับปานกลาง ควรจะมีการส่งเสริม โดยการให้คำปรึกษาอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

เป็นที่แน่ชัดแล้วว่าการออกกำลังกาย ทำให้กลูคาγον (Glucagon) และ นอร์อะดรีนาลิน (Noradrenaline) หลั่งมากขึ้นเป็นผลให้การหลั่งอินซูลินลดลง และเนื้อเยื่อไวต่ออินซูลินน้อยลง สำหรับอาหารที่รับประทานเข้าไปก็จะถูกนำมาใช้เป็นพลังงานในการออกกำลังกายหนัก ฉะนั้นปริมาณน้ำตาลในเลือดจึงไม่สูง สรุปแล้วว่า การออกกำลังกายเป็นผลดีต่อคนเป็นโรคเบาหวาน แต่การออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะต้องออกกำลังกายชนิดเบาถึงปานกลางเท่านั้น เช่น การเดิน การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน การออกกำลังกายแบบ

มวยจีน การออกกำลังกายแบบโยคะ (ในท่าที่ไม่อันตราย) และการวิ่งเหยาะๆ (เสก อักษรานูเคราะห์, 2525)

3.2.2.4 การดูแลสุขภาพทั่วไปและเท้า

ผู้ป่วยเบาหวานมักมีความต้านทานโรคต่ำ และวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่เสื่อมถอยลงจะยิ่งทำให้โอกาสป่วยมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งหลักการดูแลสุขภาพทั่วไปและเท้า มีดังต่อไปนี้

(1) หลีกเลี่ยงการพบปะผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ เช่น วัณโรค ไข้หวัดหรือโรคติดต่ออื่นๆ ถ้าไม่สบายเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ควรพักผ่อน รักษาร่างกายอบอุ่น และควรปรึกษาแพทย์

(2) รักษาความสะอาดช่องปากและฟันโดยแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง บ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง เพราะมีโอกาสเกิดเชื้อราตามลิ้นและเยื่อช่องปากได้ง่าย

(3) อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ทำความสะอาดบริเวณหลัง และซอกอับ เช่น รักแร้ ขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์เป็นพิเศษ แล้วพยายามรักษาให้แห้งอยู่เสมอเพื่อป้องกันการเกิดเชื้อรา

(4) เวลาอาบน้ำทุกครั้งควรล้างและฟอกสบู่ ตามซอกนิ้วมือ และนิ้วเท้าเป็นพิเศษ ไม่ถูแรงจนเกินไป เช็ดให้แห้งแล้วใช้แป้งโรย ถ้าผิวหนังแห้งจนเกินไปให้ใช้น้ำมันมะกอก หรือโลชั่นทาผิว เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ผิวหนัง และเล็บ

(5) เวลาตัดเล็บควรตัดเล็บตรงๆ เพื่อป้องกันการอักเสบของซอกเล็บ เพราะโอกาสเกิดแผลได้ง่าย

(6) การสวมรองเท้า ควรเลือกสวมพอดี ใส่สบาย ถ้าสวมถุงเท้าไม่ควรรัดแน่นจนเกินไป สะอาด และเปลี่ยนทุกวัน

(7) พยายามยกเท้าสูงเมื่อมีโอกาส จะทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น และป้องกันการคั่งของเลือดที่ขาและเท้า เมื่อตรวจพบบาดแผล การอักเสบ ตุ่มหนอง ควรปรึกษาแพทย์

(8) ควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง โดยพักผ่อนช่วงหลังมื้ออาหารกลางวันประมาณ 1-2 ชั่วโมง และช่วงกลางคืน

(9) การรับประทานอาหารที่มียาอาหาร ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและบรรยากาศของห้องน้ำ ควรปลอดภัย มีแสงสว่างเพียงพอ มีโอโซน และมีราวจับด้านข้าง

3.2.2.5 การดูแลตนเองด้านสุขภาพ

ตามที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆ ของร่างกายเกือบทุกระบบ ในลักษณะการเสื่อมถอยลงแล้ว ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจด้วย ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการดำเนินชีวิต ยิ่งเมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต จากเดิมมาเป็นบทบาทของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็น เรื่องการควบคุมอาหารที่ต้องต่างจากคนอื่น การรับประทานยาทุกๆ วัน การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ การดูแลทำอย่างพิถีพิถันต่างจากสมาชิกในครอบครัวเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นได้เสมอ นอกจากนั้นการที่ต้องป่วยเป็นระยะเวลานาน มีผลให้ผู้ป่วยท้อแท้และเบื่อหน่ายที่จะต้องเอาใจใส่กับสุขภาพของตนเอง (บุญทิพย์ สิริธรังศรี, 2527) ซึ่งในภาวะเช่นนี้ทำให้เกิดภาวะเครียดวิตกกังวลในสุขภาพของตน ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น เพราะภาวะความเครียดนั้นจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนอง โดยการกระตุ้นการทำงานของต่อมใต้สมอง (Hypothalamus) ให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรฟิค (Adrenocorticotrophic Hormone) ออกมาจากกระแสเลือด ซึ่งฮอร์โมนนี้จะกระตุ้นต่อมอะดรีนอลให้หลั่งกลูโคคอร์ตอยด์ออกมา ทำให้การหลั่งน้ำตาลออกมาในกระแสเลือดมากขึ้น (Baltimore, 1978 อ้างถึงใน Narrow, 1987) และในแง่ของความเครียด มีผลของน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin-Dependent Diabetes-Mellitus) ขณะที่ผลดังกล่าวไม่เกิดขึ้นในคนปกติ (Goetsch, 1993)

พริ้มเพรา ดิษยวนิช (2538) ได้สรุปว่า โรคทางร่างกายที่จะเกิดจากความเครียด มีโรคกระเพาะอาหารเป็นแผล ผื่นคัน ลมพิษ ปวดหลัง ท้องผูก

ความดันโลหิต โรคหัวใจและโรคเบาหวาน จึงกล่าวได้ว่าความเครียดมีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยขอขยายความเรื่องความเครียดดังต่อไปนี้

ความเครียด (Stress) หมายถึง สถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นประเมินว่ามีผลกระทบต่อความปกติของตนเอง ทำให้สูญเสียศักยภาพในการทำหน้าที่ของตนเอง ซึ่งมีผลทำให้เกิดอารมณ์ กระทั่งถึงสังคมรอบข้าง และภาวะความเครียดจะประกอบด้วยอารมณ์ของ ความวิตกกังวล ความโกรธ ความซึมเศร้า และภาวะท้อแท้ (Atkinson, 1990) และ Selye (1956 อ้างถึงใน วรธนา ศรีชัยรัตน์, 2532) ได้กล่าวถึง ความเครียดในลักษณะเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ของร่างกายที่มีต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งคุกคาม (Response of the body to the stimuli) ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง เช่น น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น และมีผลต่อจิตใจคือ เกิดภาวะวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Narrow (1987) ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุโรคเบาหวานก็เหมือนกับวัยอื่นๆ และโรคเรื้อรังอื่นๆ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ดังรายละเอียดนี้ (เกษม ต้นติผลชะวีระ, 2528)

(1) ความเครียดทางร่างกาย (Physical Stress) 2 ชนิด คือ

ก. ความเครียดฉุกเฉิน (Emergency Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มักเนื่องมาจากความเจ็บป่วยกระทันหัน โรคจากอุบัติเหตุ ซึ่งความเครียดเหล่านี้ผู้สูงอายุมักจะประสบ

ข. ความเครียดต่อเนื่อง (Continuing Stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของวัยผู้สูงอายุ ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวนาน ทำให้เกิดความท้อถอย ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานจะมีความเครียดอย่างนี้กันมาก

(2) ความเครียดทางจิตใจ (Psychological Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการที่คนต้องการตอบกับสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา เช่น การสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน การสูญเสียคนรัก การสูญเสียสมรรถภาพ

ร่างกาย การสูญเสียบทบาททางสังคม การตาย การสอบ เป็นต้น ความเครียดทางจิตใจนี้ต้องใช้กำลังใจอย่างมากในการปรับตัว และผลของความเครียดนี้จะก่อให้เกิดอารมณ์ต่างๆ เช่น วิตกกังวล โกรธ ก้าวร้าว ซึมเศร้าได้

(3) ความเครียดทางสังคม (Social Stress) นอกจากความเสื่อมของร่างกายและความเครียดทางจิตใจ จะเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต ความเครียดทางสังคมเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ก่อสภาพดังกล่าวขึ้น

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดแบ่งเป็น 4 ประการ คือ

ก. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม จากสังคมที่มีการยอมรับเคารพบูชาผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมที่มีการแข่งขันมากขึ้น การพึ่งพาอาศัยกันลดลง ผู้สูงอายุไม่มีบทบาท ขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับทั้งผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ตามลำพัง ทำให้โดดเดี่ยวขาดที่พึ่งทางจิตใจและก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้

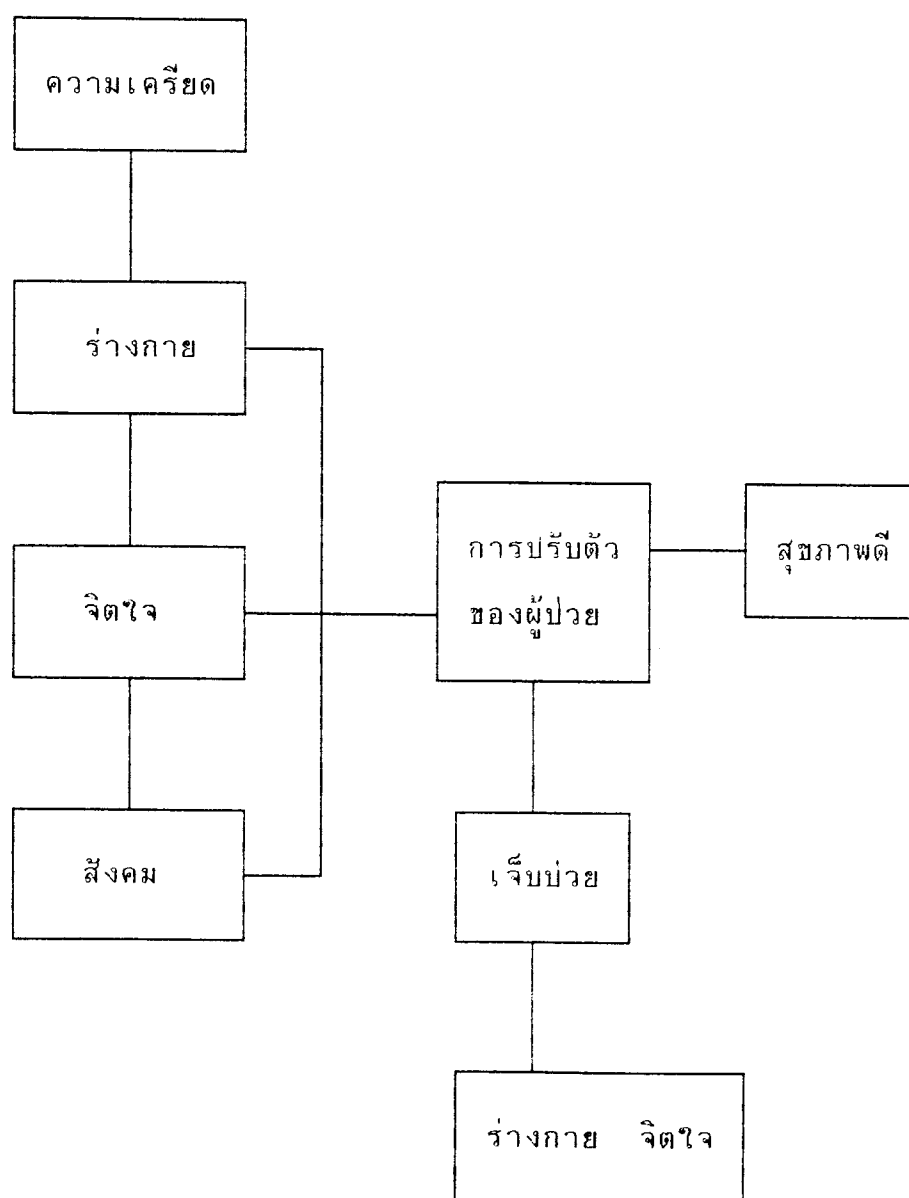
ข. ความคับข้องใจทางสังคม การเป็นผู้สูงอายุถูกปลดระวางจากงานต่างๆ จากสังคม เพราะด้วยความหวังดีของลูกหลาน สังคม แต่ผู้สูงอายุยอมรับในบทบาทนี้ไม่ได้จะรู้สึกน้อยใจ เสียใจ เพราะคิดว่าขาดประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงาน จึงเกิดผลต่อสุขภาพจิตได้

ค. การลดความสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งบทบาทของผู้สูงอายุจะถูกเปลี่ยนไป ยิ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความคิด ความรับผิดชอบ ความนับใจจะลดลง ทำให้เปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ที่คอยรับคำปรึกษา การยอมรับและการพิจารณาการมอบหมายงานจะน้อยลงตามลำดับ ทำให้ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยน้อยลงสาเหตุนี้จึงทำให้เกิดความเครียดได้

ง. การยอมรับของครอบครัว ด้วยการเปลี่ยนแปลงของระบบสังคมทำให้ส่งผลถึงระบบของครอบครัว ผู้สูงอายุจะถูกมองไม่เห็นคุณค่า ยิ่งมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การถูกมองในแง่การหาเงินมาจุนเจือครอบครัว การทำงานเพื่อประโยชน์ต่อครอบครัวมีน้อยลง ผู้สูงอายุยอมเป็นภาระและความรับผิดชอบของครอบครัวมากขึ้น และมีไม่น้อยที่ถูกเพิกเฉยไม่เลี้ยงดูหรือบางครั้งก็ถูกผลักไสออกจากครอบครัว ต้องไปพึ่งโรงพยาบาล สถานสงเคราะห์คนชรา ผู้ที่ปรับตัว

ไม่ได้จะมีผลทำให้เกิดความเครียดได้

สรุปได้ว่า ความเครียดมีผลจากสภาพร่างกาย จิตใจและภาวะสังคม
ดังจะสรุปเป็นรูปภาพดังนี้



ภาพที่ 1 ความเครียดกับการปรับตัวของคน

(อ้างอิงใน เกมม ต้นติผลชะว๊ะ และคณะ, 2528)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิชาการในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ทั้งด้านสุขภาพทางกายและด้านสุขภาพทางจิตใจ ผู้วิจัยจึงได้นำกลยุทธ์ที่จะช่วยส่งเสริมให้การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพขึ้น 4 วิธี คือ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ การฝึกออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3 กลยุทธ์ที่ช่วยส่งเสริมให้การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพ

3.3.1 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling)

3.3.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Gazda, Duncan and Meadows (1967) ได้สรุปความหมายของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มไว้ว่า เป็นกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเพื่อช่วยแก้ปัญหาที่สมาชิกในกลุ่มเผชิญอยู่ด้วยความเต็มใจให้ความไว้วางใจ การยอมรับและการสนับสนุนซึ่งกันและกันจนสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ในที่สุด

อาภา จันทรสกุล (2533) ให้ความหมายว่า เป็นการให้บริการปรึกษาต่างๆ ไป ประมาณ 6-12 คน ผู้รับบริการในลักษณะกลุ่ม นอกจากจะมีปฏิสัมพันธ์เชิงจิตวิทยากับผู้ให้บริการปรึกษาแล้ว จะต้องมียุติสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่มด้วย

วัชร ทรัพย์มี (2533) ได้สรุปไว้ว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลซึ่งมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือต้องการจะแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกันมาปรึกษาหารือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้บริการปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นแต่ละคนเป็นการได้ระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจได้สำรวจตนเองได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล่าวที่จะเผชิญปัญหาและได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง กับทั้งได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น และได้

ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีความรู้สึกขัดแย้งหรือความคิดเห็นเช่นเดียวกันไม่ใช่เขาคนเดียวที่มีปัญหา

จึงสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คือ กระบวนการให้คำปรึกษาแก่บุคคลที่มารับบริการตั้งแต่สองคนขึ้นไปในเวลาเดียวกัน เพื่อการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมอันเนื่องมาจากผู้รับการปรึกษาเกิดการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม

3.3.1.2 วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Corey (1981 อ้างถึงใน อภา จันทรสกุล, 2533) ได้เสนอแนะถึงวัตถุประสงค์ทั่วไปของการให้บริการการปรึกษาแบบกลุ่ม สรุปได้ดังนี้

- (1) เพื่อเรียนรู้การไว้วางใจตนเองและผู้อื่น
- (2) เพื่อรู้จักตนเอง และค้นหาเอกลักษณ์แห่งตน
- (3) เพื่อรับรู้ว่าคุณอื่นๆ ก็มีความต้องการและมีปัญหา และบางปัญหาล้ายคลึงกับเรา
- (4) เพื่อเพิ่มการยอมรับตนเอง เคารพตนเอง ความมั่นใจในตนเองซึ่งนำไปสู่การมีทัศนคติใหม่ต่อตนเอง
- (5) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหามองเห็นวิธีการลดความขัดแย้งภายในตนเอง
- (6) เพื่อเพิ่มความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และการรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม
- (7) เพื่อการรู้จักเลือก และตัดสินใจอย่างฉลาด
- (8) เป็นการกำหนดแผนปฏิบัติการในการเปลี่ยนพฤติกรรม
- (9) เป็นการเรียนรู้ทักษะทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ
- (10) เพิ่มความมั่นใจในการรับรู้ ความรู้สึก และความต้องการของผู้อื่น
- (11) เรียนรู้การเผชิญหน้าด้วยท่าทีเอื้ออาทร ห่วงใยและจริงใจ
- (12) เรียนรู้การดำเนินชีวิตตามความมุ่งหวังของตนเอง

(13) ช่วยให้ค่านิยมของตนเองชัดเจนและปรับพฤติกรรมไปตามค่านิยมนั้น

วิชรี ทรัพย์มี (2533) ได้ให้วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ดังนี้

- (1) ช่วยให้ผู้รับบริการเป็นคนเปิดเผย ไม่เก็บกดเสแสร้ง
- (2) ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลอื่น
- (3) ทำให้รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง และไม่มัวหวังว่าตนเองดีเลิศ

- (4) มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- (5) พัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย
- (6) ช่วยให้ไม่ตัดสินใจก่อนการพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างรอบคอบ
- (7) ให้รู้จักตระหนักว่าผู้อื่นต้องเผชิญหน้า และหาแนวทางแก้ปัญหาเหมือนกัน

- (8) มีโอกาสพิจารณาค่านิยมของตนเองอย่างเหมาะสม
- (9) ให้ตระหนักว่าวิธีแก้ปัญหาไม่มีเพียงวิธีเดียว
- (10) ทำให้รู้จักการสำรวจศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ที่แฝงอยู่

- (11) ฝึกให้เข้าใจต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่น

สรุปได้ว่า วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มคือ การช่วยให้บุคคลได้ระบายความรู้สึกของตนเองและเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อการพัฒนาปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น โดยอาศัยการร่วมมือจากกลุ่มที่มีบรรยากาศแห่งการยอมรับอบอุ่นเป็นกันเอง

3.3.1.3 หลักการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

หลักการเริ่มต้นให้บริการคำปรึกษาแบบกลุ่ม (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2533) องค์ประกอบที่จะต้องพิจารณามี 2 ประการ คือ

- (1) ความเหมาะสมของเวลา การให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม

ส่วนใหญ่มักไม่สามารถให้บริการได้ทันทีที่ผู้รับบริการต้องการ หรือจำเป็นต้องใช้ บริการ เพราะบริการให้คำปรึกษาอาจจะมีแต่กลุ่มชนิดปิด (Closed group) คือกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกแน่นอน และต้องเข้าร่วมกลุ่มตั้งแต่เริ่มแรก ไม่มีกลุ่มเปิด (Opened group) คือ กลุ่มที่เปิดรับสมาชิกใหม่เพิ่มเติมได้ แล้วแต่ดุลยพินิจของผู้ให้บริการปรึกษาและกลุ่มชนิดปิด ก็มีสมาชิกเต็มตัวตามจำนวนที่เหมาะสม ฉะนั้นการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจึงต้องมีการวางแผนระยะยาว กำหนดจำนวนครั้งของการเข้ากลุ่ม

(2) ความเหมาะสมของผู้รับบริการเป็นกลุ่ม ควรจะเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ อาจใช้แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้สมาชิกได้ประโยชน์เต็มที่และให้ประโยชน์แก่สมาชิกในกลุ่มได้อย่างเต็มที่เช่นกัน

กาญจนา ไชยพันธุ์ (2538) ได้ให้หลักการในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คือ

- ก. ควรพิจารณาความเหมาะสมของผู้รับบริการ มีการคัดเลือกสมาชิกจากสภาพปัญหาที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน ปัญหาเป็นจริงโดยการสำรวจ
- ข. มีการวางแผนการใช้บริการในเรื่องจำนวนครั้ง ระยะเวลา ช่วงเวลาที่เหมาะสม
- ค. การติดต่อและช่วยเหลือของสมาชิกในกลุ่มเป็นสิ่งที่จำเป็น
- ง. การให้สมาชิกสำรวจโอกาสและสิ่งแวดล้อมต่างๆ สำหรับตนเพื่อช่วยการตัดสินใจ
- จ. ผู้ที่มีความวิตกกังวลสูง ความแปรปรวนทางอารมณ์ และพฤติกรรมมาก มีข้อขัดแย้งในตนเอง การรับรู้ไม่อยู่ในสภาวะปัจจุบัน ควรแยกให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

3.3.1.4 วิธีดำเนินการจัดตั้งกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

(1) การเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม

ในการจัดตั้งกลุ่มให้คำปรึกษานั้นต้องคำนึงถึงสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้การดำเนินการของกลุ่มราบรื่น และสมาชิกในกลุ่มได้ประโยชน์จากกลุ่มมากขึ้น ดังนี้



วัชร ทรัพย์มี (2533) ได้เสนอองค์ประกอบในการคัดสรรสมาชิก
เข้ากลุ่ม คือ

- ก. สมาชิกในกลุ่มต้องมีอายุที่ใกล้เคียงกัน
- ข. การคัดสรรสมาชิกเรื่องเพศให้ขึ้นอยู่กับประเด็นของปัญหาที่จะให้คำปรึกษา เช่น ถ้าหัวข้อการปรับตัวกับเพื่อนต่างเพศ สมาชิกควรมีทั้งเพศชายและหญิง
- ค. สมาชิกในกลุ่มควรมีบุคลิกภาพต่างกัน เพราะสมาชิกกลุ่มจะได้เรียนรู้และมีประสบการณ์การสัมพันธ์กับบุคลิกซึ่งจำลองสภาพที่เป็นจริงในสังคม
- ง. สมาชิกควรมีปัญหาและความต้องการตรงกัน โดยใช้แบบสำรวจปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ

นอกจากนี้แล้ว Shertzer and Stone (1968) ได้กล่าวถึงบุคคลที่ไม่เหมาะสมกับการเข้ากลุ่ม คือ บุคคลที่ก้าวร้าว เหนียวอาย ปรับตัวยาก และไม่ควรจัดญาติหรือเพื่อนสนิทให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน

(2) ขนาดของกลุ่ม

สำหรับการจัดขนาดของกลุ่มในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้มีผู้เสนอแนวคิดไว้หลายท่าน เช่น Shertzer and Stone (1974) อ้างถึงในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2533) ประมาณ 6-12 คน Johnson (1982) อ้างถึงใน อุกุมพร ดุลยเกษม, 2536) ควรมีสมาชิกในกลุ่ม 5-15 คน และในขณะที่ วัชร ทรัพย์มี กล่าวว่า ควรมีสมาชิกประมาณ 6-8 คน แต่ถ้าเป็นเด็กเล็กควรมีสมาชิกน้อยกว่านี้

(3) เวลาและจำนวนครั้ง

เวลาที่ใช้ควรเป็นเวลาที่มีสมาชิกร่วมกันหรือส่วนใหญ่ว่างไม่มีกิจกรรมอื่น ซึ่งควรกำหนดวันเวลาที่แน่นอนในการทำกลุ่มและสิ้นสุดให้ตรงเวลา โดยทั่วๆ การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม จะใช้ระยะเวลา 90-120 นาทีต่อครั้ง และจำนวนครั้ง 5-25 ครั้ง แล้วแต่ความเหมาะสม (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2533) และ วัชร ทรัพย์มี (2533) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดเวลาและจำนวนครั้งขึ้นอยู่กับอายุของผู้รับบริการและความจำกัดของสถานที่สำหรับเด็กเล็ก

ควรใช้เวลาไม่เกิน 30 นาทีต่อครั้ง วิทยุใช้เวลา 60 นาทีต่อครั้ง และสำหรับผู้ใหญ่อาจใช้เวลามากกว่านั้น สำหรับจำนวนครั้งควรมีความถี่ประมาณสัปดาห์ละ 2 ครั้ง นอกจากนี้ Shertzer and Stone (1968) กล่าวถึงเวลาที่ใช้ในการเข้ากลุ่มครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และพบกันอย่างน้อย 10 ครั้ง

(4) การจัดที่นั่ง ควรจัดให้สมาชิกทุกคนได้เห็นหน้าซึ่งกันและกัน นั่นคือ การนั่งเป็นวงกลม Gazda (1987 อ้างถึงใน อมรรัตน์ พงศ์จรรยากุล, 2536) เพื่อให้กลุ่มมีความสัมพันธ์ต่อกันมากขึ้น สมาชิกได้เห็นการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกของกันและกัน

(5) ชนิดของกลุ่ม Rao (1981) และมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2533) มีความเห็นว่าชนิดของกลุ่มควรเป็นกลุ่มปิด คือไม่มีการรับสมาชิกใหม่อีกระหว่างการให้คำปรึกษาแม้จะมีสมาชิกลาออกไปแล้วก็ตาม เพราะการจัดเป็นกลุ่มเปิดจะทำให้สมาชิกมีปัญหาในเรื่องความไว้วางใจ และความสนิทสนม

(6) บทบาทของผู้ให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

สำหรับบทบาทโดยทั่วไปของผู้ให้การปรึกษาแบบกลุ่ม Corey (1981 อ้างถึงใน อาภา จันทรสกุล, 2533) ได้สรุปไว้ดังนี้

ก. ผู้ให้คำปรึกษาควรสร้างบรรยากาศที่พัฒนาปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้วิธีการรับฟังแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดอย่างเปิดเผย จริงใจและไว้วางใจต่อกัน

ข. ผู้ให้คำปรึกษาปฐมนิเทศให้กับสมาชิกกลุ่ม เพื่อดำเนินกลุ่มเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ค. สนใจสิ่งที่สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้สื่อสารมาและสามารถย้อนข้อมูลกลับไปยังสมาชิกกลุ่มได้ถูกต้อง

ง. กำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ ไป เพื่อสมาชิกได้ปฏิบัติและชี้แจงให้สมาชิกได้รับทราบในสิทธิและหน้าที่ต้องปฏิบัติ

จ. ปรับความสนใจของกลุ่มไปยังจุด หรือประเด็นที่สมาชิกจะได้รับประโยชน์มากที่สุด และช่วยในการวางแผนเพื่อปฏิบัติจริง

ส่วนสำคัญอีกส่วนหนึ่งนอกจากผู้ให้คำปรึกษาแล้ว บทบาทของสมาชิกในกลุ่มเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้การดำเนินการให้คำปรึกษาบรรลุตามวัตถุประสงค์

(7) บทบาทของสมาชิกในกลุ่ม

สมาชิกในกลุ่มมีบทบาทหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อตนเองและต่อกลุ่ม ในฐานะสมาชิกซึ่ง Nelson (1973 อ้างถึงใน กาญจนา ไชยพันธุ์, 2538) ซึ่งสรุปบทบาทสมาชิกไว้ดังนี้

ก. สมาชิกต้องตั้งใจฟัง สนใจเมื่อสมาชิกอภิปรายปัญหาของผู้ใดเพื่อช่วยให้เขาเข้าใจตนเอง

ข. ส่งเสริมให้สมาชิกคนอื่นๆ ได้พูดได้แสดงออก และสนใจความรู้สึกของบุคคลในกลุ่ม

ค. ควรให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้บุคคลได้ทราบถึงส่วนดีและส่วนบกพร่องของตนเอง

ง. ควรให้ความคิดเห็นแก่ผู้ที่กำลังวางแผนปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงตนเอง

จ. ควรรักษาความลับของสมาชิกในกลุ่ม

(8) ขั้นตอนการให้การปรึกษา Mahler (1969) ได้แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้คือ

ระยะริเริ่มการให้การปรึกษา (The Involvement Stage) ในระยะนี้ผู้ให้คำปรึกษามีหลักในการดำเนินการดังนี้

ก. ช่วยให้ผู้สมาชิกเข้าใจความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง และรู้จักเคารพสิทธิของบุคคลอื่นที่จะมีความรู้สึก ความคิดเห็น ทัศนคติเป็นของตนเอง

ข. สมาชิกแต่ละคนจะต้องตัดสินใจสำหรับตนเองในสิ่งที่ตนจะทำ

ค. สมาชิกแต่ละคนจะกระทำทุกสิ่งด้วยตนเอง ไม่ให้บุคคลอื่นกระทำ ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นเพียงผู้สร้างบรรยากาศให้บุคคลได้กระทำด้วยตนเอง

ง. สมาชิกทุกคนจะต้องถือว่าความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ หรือ

ปัญหาของกลุ่มเป็นเรื่องสำคัญมากกว่าสถานการณ์หรือตัวปัญหาของกลุ่ม คือ เน้นความรู้สึกมากกว่าเนื้อหา

ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ (The Transition Stage)

สมาชิกจะเริ่มพร้อม และตั้งใจที่จะศึกษาถึงความหมายต่างๆ จากพฤติกรรมที่แสดงออกสร้างความไว้วางใจต่อกัน ตรวจสอบความรู้สึกร่วมกัน ช่วยเหลือกันขณะเดียวกันก็เป็นระยะที่มักจะเกิดความตึงเครียด ความวิตกกังวล และการต่อต้านขึ้น

หลักสำคัญในการปรึกษาระยะนี้คือ

ก. ให้อำนาจสมาชิกเห็นข้อได้เปรียบจากการเปิดเผยตนเอง

ข. สมาชิกจะสามารถเข้าใจพฤติกรรมของตนเองดีขึ้น

ค. สมาชิกจะรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง

ทักษะของผู้ให้คำปรึกษาระยะนี้มี

ง. เข้าใจจังหวะคือ ต้องตระหนักถึงความพร้อมของสมาชิกในการมีส่วนร่วมในกลุ่ม ความพร้อมที่จะลดการป้องกันตนเองความพร้อมที่จะเผชิญกับความเปราะบางเป็นผลของพฤติกรรมและพร้อมที่จะอภิปรายถึงสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ

จ. การมองรูปแบบพฤติกรรมของสมาชิก เช่น จุดเด่น

จุดบกพร่อง เป็นต้น

ฉ. ประเมินความก้าวหน้าของสมาชิกกลุ่ม

ช. การปล่อยให้สมาชิกได้รับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง

ระยะปฏิบัติการ (The Working Stage)

เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้หาทางเลือกต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา สมาชิกได้กล่าวถึงข้อผิดพลาดต่างๆ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในระหว่างสมาชิกด้วยกัน

หลักสำคัญในการให้คำปรึกษาในระยะนี้คือ

ก. สมาชิกทุกคนมีความสามารถนำเอาสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ๆ ไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้

ข. การมีความตระหนักรู้และยอมรับตนเองมากขึ้นจะทำให้บุคคล

ลดการป้องกันตนเอง

(9) ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Gazda, Dducun and Measows (1967) ได้รวบรวม ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มดังนี้

- ก. สมาชิกในกลุ่มได้พบว่า คนอื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกับเขา
- ข. การยอมรับและการสนับสนุนจากสมาชิกในกลุ่ม ได้ช่วย กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาของเขา
- ค. กลุ่มเป็นตัวแทนของสังคม ทำให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสแสดง และทดลองพฤติกรรมต่างๆ เช่น การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
- ง. สมาชิกในกลุ่มสามารถแสดงพฤติกรรมและความรู้สึกของตน ตลอดจนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนได้จากการที่ตระหนักถึงความปลอดภัย ความไว้วางใจจากสมาชิกในกลุ่ม
- จ. สมาชิกได้เรียนรู้ที่จะให้ และรับความช่วยเหลือตามบทบาท ของตนในกลุ่ม
- ฉ. สมาชิกมีโอกาสเรียนรู้วิธีแก้ปัญหของสมาชิกคนอื่นโดยการ สังเกต
- ช. การให้คำปรึกษากลุ่ม เป็นการชักนำให้สมาชิกในกลุ่ม ต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือเป็นรายบุคคล
- ซ. ความเป็นกันเองภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกรู้สึกเหมือนเป็น ครอบครัวเดียวกัน นำไปสู่การเปิดเผยปัญหาทางครอบครัว
- ณ. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้ผลมากสำหรับวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัย ที่แสวงหาเอกลักษณ์ของตน และต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน
- ญ. ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาประหยัดเวลา และเปิดโอกาสให้ได้ใช้ สำหรับบุคคลอื่นได้ทั่วถึงยิ่งขึ้น

สำหรับกลยุทธ์การได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จะมีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาส พุดคุยปรึกษากันระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน และได้รับแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ด้านสุขภาพกายและจิตใจจากผู้รู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม อีกวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ คือ การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.3.2 การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

จากการศึกษาถึงผลของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ต่อภาวะสุขภาพจิตทำให้ทราบว่า การเจ็บป่วยที่เรื้อรังเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้อแท้เบื่อหน่าย เกิดภาวะเครียดต่อสุขภาพที่เป็นอยู่ และจากการทบทวนผลกระทบข้างต้นของการเกิดภาวะเครียดที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ คือ ทำให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งผลดังกล่าวไม่เกิดขึ้นในคนที่ภาวะปกติ (Goetson, 1993)

จะเห็นว่าความเครียด ความวิตกกังวลมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความจำเป็นที่ต้องจัดการความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานจึงมีมาก ซึ่งจากการทดลองฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานในการรักษาอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและอาการหวาดกลัว อาการกระวนกระวาย ตื่นเต้น พบว่า การฝึกสมาธิช่วยให้การรักษาอาการดังกล่าวเบาบางลงไปได้ (Jon Kobat-Zinn, 1992) และการใช้สมาธิเพื่อลดความวิตกกังวลในนักเรียนพยาบาลช่วยให้เกิดความรู้สึกสบายนอนหลับง่าย และเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง แต่ไม่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (Stephens RL., 1992)

Carrington (1975 อ้างถึงใน พริ้มเพรา ดิษขวนิช, 2538) ได้เสนอแนะ ให้มีการฝึกสมาธิเพื่อเป็นการช่วยเสริม (Adjunct) ในการบำบัดจิตบำบัด จากการศึกษาพบว่า เมื่อทำการฝึกสมาธิแล้วทำให้เครียด และความวิตกกังวลลดน้อยลง ความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ เช่น อาการเหนื่อยอ่อน หวาดกลัว ย้ำคิดย้ำทำและอาการซึมเศร้าลดลง แต่กลับมีความอดทนต่อความคับข้องใจดีขึ้น จากพุทธพจน์ (พระเทพเวที, 2532) ได้ตรัสไว้ว่า "ภิกษุทั้งหลาย สมัยใดจิตฟุ้งซ่าน สมัยนั้นมิใช่กาลสำหรับเจริญธรรมวิจยสัมโพชฌงค์" เห็นได้ว่าจิตจะสงบไม่ฟุ้งซ่าน การทำสมาธิจะมีส่วนช่วยได้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จึงได้นำเอาหลักการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

มาช่วยในการลดภาวะความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.3.2.1 ความหมายของสมาธิ

เสถียรพงษ์ วรรณปก (2527) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นความตั้งมั่นแห่งจิต ซึ่งเป็นภาวะที่จิตมีอารมณ์เป็นหนึ่งหรือการที่จิตแนบแน่นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งนาน ๆ

พระเทพเวที (2532) ได้แปลคำว่า สมาธิ คือความตั้งมั่นทางจิต หรือภาวะที่จิตแนบแน่นกับสิ่งที่กำหนด หรือภาวะที่จิตมีอารมณ์เป็นหนึ่ง การกำหนดจิตให้แนบแน่นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ฟุ้งซ่านหรือส่ายไป

ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ (2531) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการขยกระดับจิตใจไปสู่ภาวะความเป็นพุทธ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า สมาธิ หมายถึง การฝึกให้จิตอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อให้เกิดความสงบ มีสติ การฝึกฝนสมาธิจะช่วยให้สามารถควบคุมจิตใจให้อยู่ในอารมณ์สงบไม่ฟุ้งซ่าน สมาธิที่เกิดขึ้นมี 3 ระดับ (พระเทพเวที, 2532) คือ

(1) ชณิกสมาธิ สมาธิชั่วขณะ (Momentary Concentration) เป็นสมาธิขั้นต้น ซึ่งคนทั่วไปอาจใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่การงานในชีวิตประจำวันให้ได้ผลดี และจะใช้เป็นจุดตั้งต้นในการเจริญวิปัสสนาก็ได้

(2) อุปจารสมาธิ สมาธิเฉียดๆ หรือสมาธิจวนจะแน่วแน่น (Access Concentration) เป็นสมาธิขั้นระงับนิวรณ์ได้ ก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะแห่งญาณ หรือสมาธิในบุพภาคแห่งอัปปนาสมาธิ

(3) อัปปนาสมาธิ สมาธิแน่วแน่น หรือสมาธิที่แนบสนิท จิตรวมเป็นหนึ่ง (Attainment Concentration) เป็นสมาธิระดับสูงสุด ซึ่งมีในญาณทั้งหลายถือว่าเป็นผลสำเร็จที่ต้องการของการเจริญสมาธิ

3.3.2.2 ลักษณะของจิตที่เป็นสมาธิที่พระเทพเวที (2532) กล่าวไว้ว่า ต้องมีองค์ประกอบ คือ

(1) แข็งแรง มีพลังมาก ท่านเปรียบไว้ว่าเหมือนกระแสน้ำที่ถูกควบคุมให้ไหลพุ่งไปในทิศทางเดียว ย่อมมีกำลังแรงกว่าน้ำที่ถูกปล่อยให้ไหลพร่า

กระจายออกไป

(2) ราบเรียบ สงบซึ่งเหมือนสระหรือบ่อน้ำใหญ่ที่มีน้ำนิ่งไม่มีลมพัดก้องไม่มีสิ่งรบกวนให้กระเพื่อมไหว

(3) ใส กระจ่าง มองเห็นอะไรๆ ได้ชัดเหมือนน้ำสงบนิ่งไม่เป็นริ้วคลื่นและฝุ่นละอองที่มีก่อกตะกอนนอนก้นหมด

(4) นุ่มนวลควรแก่งานหรือเหมาะแก่การใช้งาน เพราะไม่เครียด ไม่กระด้าง ไม่วุ่นไม่ซุ่มซ่าม ไม่สับสน ไม่เร่าร้อน ไม่กระวนกระวาย

3.3.2.3 ประโยชน์ของการฝึกสมาธิ (พระเทพเวที, 2532)
ได้ประมวลเอาไว้ดังนี้

(1) ประโยชน์ที่เป็นจุดหมายหรืออุดมคติทางพุทธศาสนา
ซึ่งเป็นประโยชน์ที่แท้จริงของสมาธิ ตามหลักพุทธศาสนา คือเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งแห่งการปฏิบัติเพื่อบรรลุจุดหมายสูงสุด อันได้แก่ ความหลุดพ้นจากกิเลสและทุกข์ทั้งปวง

(2) ประโยชน์ในด้านการสร้างความสามารถพิเศษที่เหนือ
สามัญวิสัยเป็นผลสำเร็จอย่างสูงในทางจิตหรือเรียกว่า ประโยชน์ในด้านอภิญญา ได้แก่ การใช้สมาธิระดับฌานสมาบัติเป็นฐาน ทำให้เกิดฤทธิ์และอภิญญาชั้นโลกีย์
อย่างอื่นๆ คือ หูทิพย์ ตาทิพย์ทายใจคนอื่นได้ระลึกชาติได้ จ्ञาพวกที่ปัจจุบัน
เรียกว่า ESP (Extrasensory Perception)

(3) ประโยชน์ในด้านสุขภาพจิตและพัฒนาบุคลิกภาพ
ทำให้เป็นผู้มีจิตใจและมีบุคลิกลักษณะเข้มแข็ง หนักแน่น มั่นคง
สงบเยือกเย็น สุขภาพ นุ่มนวล สดชื่น ผ่องใส กระฉับกระเฉง กระปรี้กระเปร่า
เบิกบาน งามสง่า มีเมตตากรุณา มองดูรู้จักตนเองและผู้อื่นตามเป็นจริง เตรียม
จิตให้อยู่ในสภาพพร้อมและง่ายแก่การปลูกฝังคุณธรรมต่างๆ และเสริมสร้างนิสัยที่
ดี รู้จักทำใจให้สงบและสะกดขันธ์ ผ่อนเบาความทุกข์ที่เกิดขึ้นในใจได้มี ภูมิคุ้มกัน
ทางจิต การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ ตามดูรู้ทันพฤติกรรมทางกายวาจาความรู้สึก
นึกคิด และภาวะจิตของตนที่เป็นไปต่าง ๆ

(4) ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน

ก. ช่วยทำให้จิตใจอ่อนคลาย หายเครียด เกิดความสงบ หาย กระวนกระวาย หายจากความกลัดกลุ้มวิตกกังวล เป็นเครื่องพักผ่อนคลายให้ใจ สบายและมีความสุข

ข. เป็นเครื่องเสริมประสิทธิภาพในการทำงาน การเล่าเรียน และการทำกิจกรรมทุกอย่าง เพราะจิตที่เป็นสมาธิแน่วแน่นอยู่กับสิ่งที่กำลังกระทำ ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่วอกแวก ไม่เลื่อนลอย ย่อมช่วยให้เรียน ให้คิด ให้ทำงานได้ผลดี การงานก็เป็นไปโดยรอบคอบ ไม่ผิดพลาด และป้องกันอุบัติเหตุ

ค. ช่วยส่งเสริมสุขภาพกายและใช้แก้ไขโรคได้ ร่างกายกับจิตใจ อาศัยกัน และมีอิทธิพลต่อกันถ้าร่างกายป่วย จิตใจย่อมอ่อนแอไปด้วย การโกรธ วิตกกังวลทำให้เกิดโรคปวดศีรษะ หรือทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหาร เมื่อทำ จิตใจให้ดีด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งจะช่วยแก้ไขโรคเหล่านั้นได้

3.3.2.4 วิธีเจริญสมาธิ พระเทพเวที (2532) ได้กล่าวถึง วิธีการเจริญสมาธิไว้ดังนี้

(1) การเจริญสมาธิตามวิธีธรรมชาติ

เป็นการปฏิบัติตามหลักการเกิดขึ้นของสมาธิในกระบวนการที่เป็น ไปเองตามธรรมชาติ จะเกิดขึ้นได้จะต้องมีศีลเป็นฐานรองรับ ซึ่งสาระสำคัญของ กระบวนการคือกระทำสิ่งที่ดีงามอย่างใดอย่างหนึ่งให้เกิดปราโมทย์ขึ้น จากนั้นก็ จะเกิด มีปิติ ซึ่งตามมาด้วยปัสสัทธิความสุขและสมาธิในที่สุด

(2) การเจริญสมาธิตามหลักอิทธิบาท

อิทธิบาท แปลว่า ธรรมที่เป็นเหตุให้ประสบความสำเร็จ ซึ่ง ประกอบด้วยฉันทะ (ความพอใจ) วิริยะ (ความเพียร) จิตตะ (ความคิดจดจ่อ) และวิมังสา (ความสอบสวน ไตร่ตรอง) สำหรับสาระสำคัญของการสร้างสมาธิ ตามหลักอิทธิบาท คือ เอางาน สิ่งที่ทำหรือจุดหมายที่ต้องการเป็นอารมณ์ของจิต แล้วปลุกเร้า ระดม ฉันทะ วิริยะ หรือวิมังสาเข้าหาหนุ่น สมาธิก็เกิดขึ้น และมี กำลังแข็งกล้า ช่วยให้ทำงานอย่างมีความสุข และบรรลุผลสำเร็จด้วยดี

(3) การเจริญสมาธิอย่างสามัญหรือฝึกสมาธิโดยใช้สติเป็นตัวนำ

การฝึกสมาธิโดยอาศัยสติ แยกเป็น 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ

วิธีที่ 1 การฝึกเพื่อใช้งานทางปัญญาหรือมุ่งประโยชน์ทางปัญญา ได้แก่ การใช้สตินำทางให้แก่ปัญญาหรือทำงานร่วมกับปัญญา โดยคอยจับอารมณ์ ส่งเสริมให้ปัญญารู้หรือพิจารณา การฝึกแบบนี้ใช้ในการทำสติปัฏฐาน

วิธีที่ 2 การฝึกเพื่อสร้างสมาธิล้วนๆ หรือมุ่งลึกลงไปในทาง สมาธิเพียงด้านเดียว ได้แก่ การใช้สติคอยจับอารมณ์ไว้ให้อยู่กับอารมณ์นั้นโดยไม่คลาดจากกัน หรือตรึงจิตให้อยู่กับอารมณ์ที่กำลังกำหนดนั้นเรื่อยไป เป็นวิธีที่ เน้นสมาธิโดยตรง

(4) การเจริญสมาธิอย่างเป็นแบบแผน

วิธีฝึกอบรมเจริญสมาธิอย่างที่ได้ทำสืบทอดกันมาทางพุทธศาสนาซึ่ง วิธีการฝึกแบบนี้มีขั้นตอนคือ

ก. ตัดปณิโพบท คือข้อติดข้องหรือเหตุกังวล 10 ประการ (ที่อยู่, ลาก, คณะ, ตระกูล, กรรม, อัทธานะ, ญาติ, อาพาธ, คันถะ, อิทธิ)

ข. เข้าหากัลยาณมิตร คือ ครูอาจารย์ ผู้มีคุณสมบัติเหมาะที่จะ ให้กรรมฐาน

ค. รับเอากรรมฐาน (ที่ตั้งแห่งการทำงานของจิต อย่างใด อย่างหนึ่งใน 40 อย่างที่เหมาะสมแก่การเจริญสติ คือ กสิณ 10, อสุภะ 10, อนุสติ 10 ซึ่งประกอบด้วย พุทธานุสติ, ธัมมานุสติ, สังฆานุสติ, สีลานุสติ, จาคานุสติ, เทวตานุสติ, มรณสติ, กายคตาสติ, อุปสมมานุสติ และอานาปานสติ) อธิปัมมัญญา 4, อาหาเร ปฏิกูลสัญญา, จตุธาตุววัฏฐาน, และอรุณภาพ 4

ง. เข้าอยู่ในวัด ที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ปฏิบัติ ซึ่งเหมาะแก่ การเจริญสมาธิ และตัดปณิโพบท คือ ข้อกังวลเล็กๆ น้อยๆ เสียให้หมด

จ. ปฏิบัติตามวิธีเจริญสมาธิ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกใช้การฝึกเจริญสมาธิเป็นแบบแผนโดย การรับเอากรรมฐาน แบบอนุสติ 10 คือ การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ช่วยลด สภาวะจิตใจที่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดผลตามที่ศึกษา จากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรายละเอียดความหมายและวิธีการฝึกแบบ อานาปานสติ มีดังต่อไปนี้

3.3.2.5 อานาปานสติ คือ สติกำหนดลมหายใจเข้าออก หรือ การผูกจิตเอาไว้กับลมหายใจ เมื่อเกิดความเพลอขึ้นมาก็ตั้งจิตใจให้กลับมาอยู่ในที่เดิม (พระเทพเวที, 2532)

สำหรับเหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกใช้การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ เพราะ

(1) เป็นวิธีเจริญสมาธิที่ปฏิบัติสะดวกยิ่ง เพราะใช้ลมหายใจซึ่งเนื่องอยู่กับตัวของทุกคน ใช้ได้ทุกเวลา สถานที่ทันทีที่ต้องการ ไม่ต้องเตรียมวัตถุหรือเครื่องมือใด ๆ

(2) พอเริ่มต้นจะได้รับผลทันที กล่าวคือ ภาวใจผ่อนคลายได้ พักจิตสงบสบายลึกซึ้งลงไปเรื่อยๆ ทำให้อกุศลธรรมระงับและส่งเสริมให้อกุศลธรรมเกิดขึ้น

(3) ไม่กระทบกระเทือนต่อสุขภาพ ในทางตรงข้ามอานาปานสติกรรมฐานกลับเกื้อกูลสุขภาพให้ร่างกายได้พักผ่อน ระบบการหายใจได้รับการปรับให้เรียบเสมอ ปราณีต ทำให้อวัยวะใช้พลังงานน้อยที่สุด ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อทำกิจกรรมในเวลาต่อไป

(4) เป็นกรรมฐานข้อหนึ่งในจำนวนเพียง 12 อย่างที่สามารถให้สำเร็จผลในด้านสมณะได้จนถึงขั้นสูงสุด คือ จตุตถฌาน และส่งผลให้อรูปฌานกระทั่งนิโรธสมาบัติก็ได้

3.3.2.6 วิธีฝึกแบบอานาปานสติ

(1) สถานที่ สิ่งแวดล้อมเงียบสงัด ไม่ให้เสียงและอารมณ์อื่นรบกวน เพื่อให้บรรยากาศแวดล้อมช่วยเกื้อกูลแก่การปฏิบัติ

(2) ท่านั่ง หลักการอยู่ที่อิริยาบถใดที่ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะผ่อนคลายสบายที่สุด ช่วยให้หายใจคล่องสะดวก แต่ที่ได้ผลคือการขัดสมาธิตั้งกายตรงลมหายใจเข้าออกสะดวกเป็นท่าที่มั่นคง แต่ท่านอนเป็นท่าที่ไม่ถูกต้องเพราะจะทำให้หลับได้

(3) เวลา ควรกำหนดช่วงเวลาที่สม่ำเสมอ เวลาควรใช้ประมาณครั้งละ 20-30 นาที

(4) ขึ้นปฏิบัติ ควรปรับสัณฐานจิตใจ ปลดอวาทภาวระหนาคี

การงาน ตัดความวิตกกังวล ซึ่งอาจให้ไว้พระสวมนต์ตามหลักพุทธศาสนาก่อนหรือ ตั้งใจระลึกแผ่เมตตา ทำให้ทุกชีวิตมีความสุขและกำหนดลมหายใจเข้าออก พร้อม ทั้งเอาสติกำหนด ณ จุดที่ลมกระทบคือปลายจมูกหรือริมฝีปากบน แล้วให้มีการนับ (คณนา) คือ นับที่หายใจเข้าออกอย่างสบายๆ เป็นคู่ๆ คือ ลมเข้าว่า 1 ลม ออกว่า 1 ลมเข้าว่า 2 ลมออกว่า 2 อย่างนี้เรื่อยไปจนถึง ลมเข้าว่า 5 ลมออกว่า 5 แล้วตั้งต้นใหม่เป็น 1, 1 จนถึง 6, 6 แล้วตั้งต้นใหม่ โดยเพิ่มขึ้น ทีละคู่จนครบ 10 คู่ จะทำให้จิตไม่ฟุ้งซ่าน

(5) ขั้นติดตาม เมื่อสติอยู่ที่ลมหายใจแล้ว คือ ลมหายใจจะ ละเอียดยิ่งขึ้น ร่างกายผ่อนคลายสงบเต็มที่ เมื่อถูกกระทบจะไม่ส่าย มีความ ตระหนักรู้ในขั้นนี้อาจมีนิมิตเกิดขึ้น นิมิตก็จะจับสติดำรง จิตตั้งแน่ว นิมิตนั้น ปรากฏแก่ผู้ปฏิบัติไม่เหมือนกัน บ้างก็รู้สึกเหมือนยุ่นนุ่นบ้าง เหมือนปุยฝ้าย บ้าง เหมือนสายลม หรือเหมือนดวงดาว เหมือนเม็ดมณีไข่มุก เหมือนพวงดอกไม้ เปลวควัน ขี้แมงมุม แผ่นเมฆหรือดอกบัว ตลอดจนเหมือนวงพระจันทร์ หรือวง พระอาทิตย์ ที่เป็นเช่นนั้นก็เพราะว่าเกิดจากสัญญาที่ต่างกันของแต่ละบุคคล (พระเทพเวที, 2532) และบางคนอยู่ในขั้นอัปปนาสมาธิ หรือเรียก ว่า ฌาน (Absorption) ประกอบด้วย

ก. รูปฌาน 4 คือ 1) ปฐมฌาน คือ วิตก วิจาร ปีติ สุข เอกัคคตา 2) ทุตติยฌาน คือ ปีติ สุข เอกัคคตา 3) ตติยฌาน คือ สุข เอกัคคตา 4) จตุตถฌาน คือ อุเบกขา เอกัคคตา

ข. อรูปฌาน 4 คือ 1) อากาสัมภวญาณ (ญาณที่กำหนด อากาศ) 2) วิญญานัญญาณ (ญาณที่กำหนดวิญญานอันอนันต์) 3) อาภิญญญาณ (ญาณที่กำหนดภาวะที่ไม่มีสิ่งใดๆ) 4) เนวสัญญานา สัญญาตนะ (ญาณที่เลิก กำหนดสิ่งใดๆ ทั้งปวง) ซึ่งมีการตื่นตัวเต็มที่ หายสงสัย เข้าใจในสภาวะที่เกิดขึ้น

(6) ขั้นสุดท้าย ควรมีความตั้งใจ คือ การแผ่เมตตา

สรุปได้ว่า การฝึกแบบอานาปานสติมีความสำคัญในการลดภาวะ เครียด อันมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ คือความวิตกกังวลความซึมเศร้า และบทบาทหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้ ตามเอกสารทาง

วิชาการที่กล่าวข้างต้น และการฝึกออกกำลังกายด้วยวิธีแกว่งแขนเป็นวิธีการที่จะควบคุมภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานอีกวิธีหนึ่งซึ่งผู้วิจัยขอนำเสนอ ดังต่อไปนี้

3.3.3 การฝึกออกกำลังกายแบบแกว่งแขน

การออกกำลังกายในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีผลทำให้ กลูคาγον (Glucagon) และนอร์อะดรีนาลิน (Noradrenaline) หลังอินซูลินลดลง และมีผลทำให้ต้องการอินซูลินน้อยลง เมื่อรับประทานอาหารเช้าจะถูกนำไปใช้เป็นพลังงานในการออกกำลังกาย จึงทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดต่ำ (เสก อักษรานุเคราะห์, 2525)

ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำการฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสม และมีผลต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน คือ การฝึกออกกำลังกายด้วยวิธีการแกว่งแขน ซึ่งการออกกำลังกายวิธีนี้เป็นารออกกำลังกายแบบแอโรบิค (เสก อักษรานุเคราะห์, 2525) ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายที่เป็นการลำเลียงออกซิเจนเพื่อใช้ในการกระบวนการทำงานของร่างกาย ที่กระทำติดต่อกันนานพอที่จะกระตุ้นการทำงานของระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ ซึ่งมีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงในร่างกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

3.3.3.1 ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ มีดังต่อไปนี้

(1) ผลทางร่างกาย การออกกำลังกายมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทั้งขณะพัก ทั้งในช่วงออกกำลังกายลดลงซึ่งเป็นผลมาจากโลหิตที่ถูกสูบฉีดออกจากหัวใจในการเต้นแต่ละครั้งมีปริมาณที่มากขึ้น (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2533) และยังพบว่า กระดูกมีความหนาแข็งแรงขึ้น โดยเฉพาะบริเวณที่กล้ามเนื้อเกาะกระดูกจะมีแคลเซียมมาเกาะกระดูกมากขึ้น ทำให้ความเสื่อมช้าลงในส่วนข้อต่อที่ใช้เป็นการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะข้อต่อที่มีน้ำไขข้อ มักจะเป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่สะดวกมีการยึดขมับออกกำลังกาย และที่สำคัญในระบบประสาทอัตโนมัติการทำงานจะดีขึ้น เช่น การหลั่งเหงื่อ การย่อยอาหาร การ

ทำงานของลำไส้ การทำงานของต่อมไร้ท่อที่ผลิตสารอินซูลิน มีระบบการทำงานที่ดีขึ้น (ดำรง กิจกุศล, 2527 อ้างถึงใน สุพัตรา คำสอน, 2534)

(2) ผลทางสภาพจิตใจ การออกกำลังกายแบบแอโรบิคจะมีการหลั่งสารเอนโดฟิน ซึ่งมีฤทธิ์เหมือนมอร์ฟินหรือฝิ่น จะทำให้กล้ามเนื้อหายเกร็ง คลายเครียด ผ่อนคลาย (เสก อักษรานุเคราะห์, 2525) ดังนั้นจึงช่วยให้ร่างกายได้ผ่อนคลายสิ่งที่กักตันภายใน ลดความวิตกกังวล ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น ลดความซึมเศร้า นอกจากนี้ยังทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง สามารถเผชิญภาวะความเครียดได้ดีขึ้น ยอมรับในความจำกัดด้านบุคลิกภาพของตนเองได้มากขึ้น

กฤษฎา บานชื่น (2527) และอุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2528) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย สรุปได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายในเวลาเดียวกันของแต่ละวันให้สัมพันธ์กับเวลารับประทานอาหาร และเวลาฉีดอินซูลิน คือ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายระหว่างช่วงเวลาที่อินซูลินออกฤทธิ์สูงสุด เพราะเวลาน้ำตาลในเลือดต่ำอยู่แล้ว เนื่องจากฤทธิ์ของยาในระยะที่เหมาะสมกับการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ เวลาประมาณ 15-30 นาที หลังอาหารและกระทำอย่างสม่ำเสมอทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง กระทำติดต่อกันนานครั้งละ 30-60 นาที จึงจะทำให้ร่างกายแข็งแรงได้ ซึ่งจากการศึกษา ซีเกิล และคณะ (Sigel, et al 1985, อ้างถึงใน วชิรา เลิศกิตติกุลโยธิน, 2533) ว่าการออกกำลังกายจะช่วยระบายความตึงเครียด ทำให้ร่างกายได้คลายในสิ่งที่มีความกดดันอยู่ให้หมดไป ทำให้สุขภาพจิตดี ลดความวิตกกังวลและป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ George (1982)

3.3.3.2 หลักเกณฑ์การออกกำลังกาย

สำหรับการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานที่ดี และเหมาะสมควรมีหลักเกณฑ์การออกกำลังกาย (Croodman JM, 1985 อ้างถึงใน วรณีนินิยานันท์, 2535) คือ

(1) ความสม่ำเสมอ (Frequency) ในกรณีที่สามารถทำได้ ควรออกกำลังกายทุกวันถ้าไม่ได้ก็ควรทำเว้นวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

(2) ความนาน (Duration) ในการออกกำลังกายควรทำ ครั้งละ 20-30 นาที เป็นอย่างน้อย และค่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

(3) การอุ่นเครื่องและการผ่อนคลาย เป็นการเตรียมกล้ามเนื้อ ข้อ และระบบหมุนเวียนโลหิตสำหรับเข้าสู่การทำงานหนัก และชะลอลงช้าๆ ก่อนหยุดการทำงาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้มีโรคประจำตัวจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ในการอุ่นเครื่องและการผ่อนคลายใช้เวลานานช่วงละ 3-5 นาที สำหรับการอุ่นเครื่องและการผ่อนคลายจะใช้ท่ากายบริหารหรือการเดินช้าๆ ก็ได้

(4) ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity) เป็นสิ่งสำคัญที่จะเสริมสร้างความอดทน (Aerobic fitness) ความหนักของการออกกำลังกายสามารถวัดโดยอัตราการใช้ออกซิเจน

(5) ความเหมาะสม การเลือกออกกำลังกายจะต้องดูความเหมาะสมกับวัย สุขภาพ อาชีพ ผู้ออกกำลังกายควรที่จะเลือกการออกกำลังกายที่ตนเองชอบ และสามารถปฏิบัติได้จริง ผู้ที่ไม่มีเวลาอาจัดแปลงหรือเสริมงานประจำให้มีการออกกำลังกายได้ เช่น เดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟท์ การเดินไปทำงานไปตลาด แทนการใช้รถ (ถ้าระยะทางพอเหมาะ)

การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนนั้น เป็นการออกกำลังกายที่มีประโยชน์มากวิธีหนึ่งทำได้ง่าย หัดง่าย และเป็นเร็ว ซึ่งเดิมทีเคยมีชื่อว่า "ตะหม้อจีนจีน" แปลว่า คัมภีร์แก้ไขเลือดลมของอาจารย์โพธิธรรม เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพราะทำให้เกิดบาดเจ็บได้น้อย และเป็น การฝึกสมาธิด้วย (เสก อักษรานเคราะห์, 2525)

3.3.3.3 หลักสำคัญของการฝึกออกกำลังกายแบบแกว่งแขน

(1) ยืนตรง เท้าทั้งสองข้าง แยกออกจากกันให้มีระยะห่าง เท่ากับช่วงไหล่

(2) ปล่อยมือทั้งสองข้างลงตามธรรมชาติ อย่าเกร็งให้นิ้วมือ ชิดกัน หันอุ้งมือไปข้างหลัง

(3) ท้องน้อยหดเข้า เอวตั้งตรง เขยียดหลัง ผ่อนคลาย กระดุกกล้าคอ ศีรษะ ควรปล่อยไปตามธรรมชาติ

(4) จิกปลายนิ้วเท้ายึดเกาะพื้น ส่วนนิ้วเท้าก็ให้ออกแรงเหยียบลงบนพื้นให้แน่นให้แรงจนรู้สึกว่าการล้ามนิ้วที่โคนเท้าและท้องตึงๆ เป็นใช้ได้

(5) สายตาทั้งสองข้าง ควรมองตรงไปยังจุดใดจุดหนึ่งแล้วมองอยู่เป้าหมายจุดนั้นจุดเดียว โดยไม่คิดฟุ้งซ่าน

(6) การแกว่งแขนยกมือแกว่งไปข้างหน้าอย่างเบาๆ หรือใช้คำว่าว่างและเบาแกว่งแขนไม่ต้องออกแรง ความสูงของแขนที่แกว่งให้อยู่ในระดับธรรมชาติ คือให้ทำมุมกับลำตัวประมาณ 30 องศา แล้วตั้งสมาธิ นับ หนึ่ง สอง สาม ไปเรื่อยๆ ในขณะที่เดินก็ต้องระวังการออกแรงสั่นเท้าและลำตัวด้วย เมื่อมือห้อยตรงแล้วก็แกว่งขึ้นไปข้างหลังต้องออกแรงเล็กน้อย ตรงกับคำว่าแน่นหรือหนัก แกว่งจนรู้สึกว่าการล้ามนิ้วไม่ยอมให้สูงขึ้นไปกว่านั้นอีก ก็ปล่อยให้แขนแกว่งกลับไปข้างหน้า

3.3.3.4 วิธีฝึกแกว่งแขน

ยืดตรง ขาทั้งสองข้างยืดตรง เข่าอย่าให้งอ ให้ออกแรงนิ้วเท้าทั้งสองข้างออกแรงยึดกับพื้น ให้เท้าทั้งสองข้างมีระยะห่างกันเท่ากับความกว้างของช่วงไหล่แล้วแกว่งแขนทั้งสองข้างไปข้างหน้าและข้างหลัง ขณะที่แกว่งแขนไปข้างหลังให้ออกแรงมากหน่อย ส่วนแกว่งไปข้างหน้าไม่ต้องออกแรงแขนจะเหวี่ยงกลับไปเอง ให้แขนทั้งสองข้างเหยียดตรงจะงอไม่ได้ สายตามองไปข้างหน้า ทำจิตใจให้เป็นสมาธิ อย่างอ่อนแอ ตั้งใจนับหนึ่ง... สอง... สาม... อยู่อย่างเดียว เริ่มแรกที่ทำการบริหารควรเริ่มทำตั้งแต่ 200-300 ครั้งก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มจำนวนครั้งขึ้นตามลำดับจนกระทั่งถึง 1,000-2,000 ครั้ง ใช้เวลาในการบริหารประมาณครึ่งละชั่วโมง วันละ 3 ครั้ง เข้า กลางวัน และค่ำ อัตราการแกว่งประมาณนาทีละ 50 ครั้ง

3.3.3.5 ประโยชน์ของการออกกำลังกายแบบแกว่งแขน

(1) ทำให้มีการออกกำลังกายทั้งการเคลื่อนไหวของข้อและไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อ ซึ่งเป็นการเพิ่มความอดทนของกล้ามเนื้อ

(2) ทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดดี

(3) ในผู้ที่มีปัญหาหัวใจล้มติดย จะเป็นตัวกระตุ้นให้การเสื่อมของ

ข้อเอ็นแพ้งผิด เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และกล้ามเนื้อ เร็วขึ้น และมากขึ้น

(4) เป็นการฝึกสมาธิไปในตัว

สำหรับการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนนั้น จัดเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ซึ่งใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจเป็นไปในทางที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งจะมีผลในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ดังรายละเอียด คือ

3.3.4 การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องที่จะดูแลตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ดี และมีชีวิตอยู่อย่างสุขสบายตามสมควร การให้สุขศึกษาของทีมพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้น เพื่อมุ่งหมายให้เกิดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

สุนทร ตัณฑนันท์ (2535) ได้กล่าวว่า การให้สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นมีจุดมุ่งหมาย คือ เพื่อบรรเทาอาการ เพื่อเสริมส่งคุณภาพชีวิต ป้องกันโรคแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ลดอัตราการตาย และเพื่อบรรเทาอาการของโรคที่เกิดร่วมกับโรคเบาหวาน และการให้สุขศึกษาจะมีผลต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

3.3.4.1 ในด้านความเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะได้ควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดให้ดี ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ลดระดับไขมันในเลือดไม่ให้สูงเกินปกติที่กำหนด ให้ระวังดูแลรักษาเท้ามิให้เกิดแผล ซึ่งอาการชาของประสาทมีส่วนทำให้มีความรุนแรงเกิดขึ้น

3.3.4.2 ในด้านจิตใจ ช่วยคลายความกังวล ความหวาดกลัวโรคเบาหวานและโรคแทรกซ้อน ช่วยให้ยอมรับสภาพความเป็นโรคนี้ รวมทั้งการได้รับความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นด้วย

3.3.4.3 ในด้านสังคม ผู้เป็นโรคเบาหวานสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคม รู้จักปรับตัวในงานต่าง ๆ ให้เข้ากับสังคมได้

สำหรับเนื้อหาการให้สุศึกษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
(ไพบูลย์ จาตุรปัญญา, 2537) ประกอบด้วย

(1) อาหารและโภชนาการ การควบคุมการรับประทานอาหารเพื่อให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดอยู่ในสภาวะที่รับได้รวมทั้งระดับไขมัน ให้ทราบถึงหลักการทางโภชนาการเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน ทั้งในโอกาสเข้าสังคม และการออกกำลังกาย

(2) การออกกำลังกาย ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอ รวมทั้งให้มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารการจัดขนาดอินซูลินให้เหมาะสมกับการออกกำลังกาย

(3) ยารักษาเบาหวาน การให้ความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา การรับประทานยา และผลข้างเคียงฤทธิ์ของยา

(4) การติดตามผลการรักษา การตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด การตรวจปัสสาวะหาคีโตน และความรู้เกี่ยวกับค่าปกติและผิดปกติ

(5) โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ รวมถึงวิธีการปฏิบัติตัว

(6) การปรับตัวในทางจิตวิทยา ในเรื่องความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความแค้นที่เป็นโรคนี้

(7) การปฏิบัติสุขอนามัยในเรื่องผิวหนัง ฟัน เหงือก การดูแลเท้า

(8) โรคแทรกซ้อนเรื้อรังระยะยาว ให้รู้จักการป้องกันการดูแลเมื่อเกิดอาการเหมาะสมและถูกวิธี

เพื่อการให้สุศึกษาของทีมพยาบาลแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีความถูกต้องและชัดเจน สุนทร ตันพนันท์ (2535) ได้กล่าวถึงขั้นตอนและการให้สุศึกษา ดังต่อไปนี้

ขั้นแรก ให้การศึกษาเบื้องต้น คือ สอนให้ทราบเมื่อพบในระยะโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน สอนให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสม

ขั้นที่ 2 สอนให้รู้จักพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน การเปลี่ยนแปลง

ซึ่งเกิดขึ้น โรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา การปฏิบัติป้องกัน และการรักษาเมื่อเกิดโรคแทรกซ้อน

ขั้นที่ 3 เป็นการให้สุขศึกษาต่อเนื่อง ย้ำเรื่องอาหาร การใช้ยา กินภาวะแทรกซ้อนฉับพลันและเรื้อรัง และการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและให้มีการประเมินผลจากการสังเกตการซักถามการตอบปัญหา

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการได้รับสุขศึกษาจากทีมพยาบาลของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และได้แนะนำเอกลักษณ์การให้สุขศึกษามาใช้กับกลุ่มควบคุม

จากการทบทวนถึงกลยุทธ์ที่ช่วยในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีประสิทธิผล ทั้ง 4 วิธี ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตในทางที่ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดที่จะนำเสนอต่อไปนี้

4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ผู้วิจัยขอนำเสนอ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับการดูแลตนเองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

วนิดา ชูกลิ่น (2534) ได้ศึกษา ผลการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้ การปฏิบัติตนในการควบคุมโรคและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุม และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีร้อยละ 91.4 และระดับปานกลางร้อยละ 8.6 ส่วนกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 74.3 ระดับไม่ดีร้อยละ 17.1

กรองจิตร ช่มสมุท (2535) ได้ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุที่คลินิก

โรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 38 คน ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนจากญาติเป็นลักษณะการเข้ากลุ่มที่คล้ายกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และพบว่าภายหลังการได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ ผู้ป่วยมีทัศนคติและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานดีกว่าการทดลอง และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แต่แรงสนับสนุนของญาติไม่มีผลต่อความรู้ทัศนคติของผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยต่างๆ ที่กล่าวอ้างมาแล้วข้างต้นนี้ สามารถตั้งสมมติฐานได้ดังนี้ คือกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

4.4.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกสมาธิ

Yu-SH (1994) ได้ศึกษาถึง การบำบัดด้วยวิธี Qigong กับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและร่างกาย โดยวิธีการบำบัดแบบนี้ทางตะวันตกเรียกว่า การฝึกสมาธิ (Meditation) ในประเทศอินเดีย เรียกว่า โยคะ (Yoga) ซึ่งในญี่ปุ่นเรียกว่า เซน (Zen) ผลของการฝึกวิชานี้จะมีการเปลี่ยนแปลงในการจัดข้อมูลย้อนกลับมีผลต่อกระบังลม มีการตอบสนองต่อร่างกายสภาพผิวหนัง การปรับอุณหภูมิของผิวหนัง และยังมีผลต่อการทำงานของระบบย่อยอาหาร การเผาผลาญอาหาร การทำงานของต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกันและผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้ผู้ที่ฝึกมีความสามารถด้านพลังจิต สามารถเข้าใจสภาพจิตใจของผู้อื่นได้ง่าย

Sudsuang-R (1991) ได้ศึกษา ผลของการนั่งสมาธิทางพุทธศาสนา ต่อค่าคอร์ติซอล (Cortisol) และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ ความจุของปอดและปฏิกิริยาโต้ตอบ พบว่า กลุ่มทดลองที่นั่งสมาธิ จำนวน 52 คน โดยมีอายุระหว่าง 20-25 ปี หลังนั่งสมาธิมีค่าคอร์ติซอล และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับโปรตีนในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความจุของปอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและปฏิกิริยาโต้ตอบลดลงร้อยละ 22 ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มควบคุมที่ไม่นั่งสมาธิ จำนวน 30 คน โดยมีอายุระหว่าง 20-25 ปี เหมือนกัน หลังการฝึก พบว่า ปฏิกิริยาโต้ตอบเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 จึงสรุปได้ว่า การฝึกทางพุทธศาสนานี้มีผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงสารเคมีในกระแสเลือด และจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและด้านพฤติกรรมวิทยาต่อไป

พริ้มเพรา ดิษยวนิช (2538) ได้ศึกษาผลของวิปัสสนากรรมฐานที่มีต่อความเครียดและความวิตกกังวลโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากการฝึกวิปัสสนากรรมฐาน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 100 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 50 คน โดยก่อนและหลังการฝึกมีการทดสอบด้วยแบบทดสอบ SCL-90-R ซึ่งสะท้อนถึงกลุ่มอาการทางจิต 9 ชนิด โดยใช้เวลาฝึก 7 วัน พบว่า ระดับของความวิตกกังวล และความเครียดลดลง 8 ชนิด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ยกเว้นอาการทางร่างกาย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังไม่พบว่ามีเพศชาย-หญิง ไม่มีผลกระทบต่อดัชนีแปรกลุ่มอาการทางจิต 9 ชนิด คือ เพศ ไม่มีผลต่อการฝึกวิปัสสนากรรมฐาน

ผลการศึกษามีพื้นฐานในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการวิตกกังวลของ Jon Kabat-Zinn (1992) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เน้นผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลจำนวน 22 คน ซึ่งคัดเลือกโดยการตรวจตามเกณฑ์ของแบบ DSM-III-R และนำกลุ่มตัวอย่างไปฝึกการนั่งสมาธิ พร้อมกับการใช้โปรแกรมผ่อนคลาย โดยใช้เวลา 3 เดือน และหลังจากนั้นจึงมีการติดตามผล โดยใช้เครื่องมือ วัดความวิตกกังวล คือ SCL-90 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการวิตกกังวลและอาการตกใจเบาบางลง

จากรายงานวิจัยที่กล่าวข้างต้น สามารถสร้างสมมติฐานได้ว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิ จะมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพหลังการทดลองได้ดีกว่าก่อนการทดลอง

4.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

เสาวลักษณ์ แยมตรี (2532) ได้ศึกษาผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในกลุ่มชุมชนชนบท โดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายรวมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง 30 คน โดยออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จำนวน 18 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

การเรียนรู้ด้านทัศนคติ และด้านทักษะการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม

Paillarid and Nowale (1988 อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ แยมตรี, 2532) รายงานการจัดโปรแกรมในสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีอายุเฉลี่ย 64 ปี ใช้เวลาฝึก 12 ถึง 16 สัปดาห์ พบว่า สามารถปรับปรุงแรงจูงใจในการดูแลตนเอง มีความรับผิดชอบต่อนตนเองปรับปรุงการเข้าร่วมในสังคมและพัฒนาสติปัญญา นอกจากนั้นการออกกำลังกายเป็นการบำบัดทางการแพทย์ในการดำรงและส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับสภาพต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรง ข้อต่อมีการยืดหยุ่น กล้ามเนื้อกระบังลมทำงานได้ดี ลดไขมันในร่างกาย และชะลอความชรา นอกจากนั้นโปรแกรมการออกกำลังกายแบบเบาๆ สำหรับผู้สูงอายุภายในเวลา 10 สัปดาห์ สามารถเกิดผลดีต่อร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายสามารถเพิ่มความอ่อนตัวของข้อไหล่ ข้อเข่า และข้อสะโพก

Parent (1984) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับความรู้สึกนึกคิดในคุณค่าตนเองและภาวะซึมเศร้า จากกลุ่มผู้สูงอายุอาสาสมัครที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คนพบว่า ภายหลังการออกกำลังกายเกิน 1 เดือนติดต่อกัน คะแนนความรู้สึกนึกคิดในคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้นและคะแนนความซึมเศร้ามลดลง

Karamanose, et al (1982) ได้ศึกษาผลของการเผาผลาญอาหารในร่างกาย และการทำงานของหัวใจจากการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 13 คน อายุระหว่าง 23-73 ปี ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 1-11 ปี ดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) 23.5-26.7 ให้ออกกำลังกายโดยใช้แรงระดับเล็กน้อย ด้วยการขี่จักรยานตั้งอยู่กับที่ ที่ระดับงาน 25 วัตต์ เป็นเวลา 30 นาที ภายหลังจากการรับประทานอาหารเข้าและได้รับยา ซัลโฟนิลยูเรียแล้วนาน 3 ชั่วโมง แล้วเจาะเลือดตรวจหาระดับกลูโคส 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนออกกำลังกาย 30 นาที ระยะที่ 2 เมื่อเริ่มต้นการออกกำลังกาย ระยะที่ 3 เมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกายทันที และระยะที่ 4 ภายหลังการออกกำลังกาย 30 นาที พบว่าระดับกลูโคสในเลือดมีดังนี้ ระยะก่อนออกกำลังกาย 30 นาที เท่ากับ 179 ± 21

มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระยะเริ่มต้นการออกกำลังกายเท่ากับ 175 ± 22 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระยะสิ้นสุดการออกกำลังกายทันทีเท่ากับ 155 ± 24 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และระยะภายหลังออกกำลังกาย 30 นาที เท่ากับ 146.5 ± 23 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับกลูโคสในเลือดจากระยะเริ่มต้นของการออกกำลังกายจนถึงระยะสิ้นสุดของการออกกำลังกายทันที มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

Grigorescu, et al., (1982) ได้ศึกษาผลของการตอบสนองของการเผาผลาญของร่างกายและฮอร์โมน เมื่อออกกำลังกายใช้แรงระดับกลางในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน 7 คน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว 5 คน และกลุ่มคนปกติ 3 คน จัดให้ตัวอย่างทั้งหมดนี้ออกกำลังกายโดยการขี่จักรยานชนิดตั้งอยู่กับที่โดยใช้แรงในระดับ 60 เปอร์เซ็นต์ ของความสามารถในการใช้ออกซิเจนของร่างกาย การออกกำลังกายแบ่งเป็น 4 ครั้ง โดยแบ่ง 2 ครั้งในตอนเช้า และอีก 2 ครั้งในตอนบ่าย ใช้เวลาครั้งละ 20 นาที ทำการตรวจหาระดับกลูโคส การตรวจกรดแลคเตต อีกทั้งการตรวจเบต้า-ไฮดรอกซีบูไทเรต (B-Hydroxybutyrate) ทำติดต่อกันเป็นเวลา 6 ชั่วโมง ซึ่งครอบคลุมเวลาระหว่างออกกำลังกายไปจนถึงระยะพักหลังออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่ม ซึ่งมีระดับกลูโคสในเลือดก่อนออกกำลังกายอยู่ในระหว่าง 5.5-18.5 มิลลิโมลต่อลิตร ($99-333$ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) ภายหลังออกกำลังกายจะมีระดับกลูโคสลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มควบคุมจะมีระดับกลูโคสในเลือดคงที่ และภายหลังออกกำลังกายทั้ง 4 ครั้ง ระดับกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 กลุ่มลดลงในระดับที่ไม่แตกต่างกันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีระดับกลูโคสลดลง 2.7 ± 0.6 มิลลิโมลต่อลิตร (48.6 ± 10.8 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) และผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่ามีระดับน้ำตาลกลูโคสลดลง 2.5 ± 0.4 มิลลิโมลต่อลิตร (45 ± 7.2 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) จากผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่าการออกกำลังกายโดยใช้แรงระดับกลางซ้ำ ๆ กัน จะช่วยควบคุมระดับกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 ชนิดได้

ธีรนนท์ วรณศิริ (2532) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังการเดินบนสายพานเลื่อน ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพศหญิงจำนวน 20 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับกลูโคสในเลือดก่อนการออกกำลังกายอยู่ระหว่าง 143-343 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 251.85 ± 63.37 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และภายหลังการออกกำลังกายแล้ว ระดับกลูโคสในเลือดอยู่ระหว่าง 104-349 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โดยมีค่าเฉลี่ย 227.2 ± 76.07 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับกลูโคสในเลือดภายหลังการออกกำลังกายลดลงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.65 ± 27.52 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ระดับกลูโคสในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากรายงานที่อ้างมาข้างต้น สามารถสร้างสมมติฐานได้ว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกออกกำลังกาย ภายหลังการทดลองจะมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพได้ดีกว่าการทดลอง

4.4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้สุขศึกษาโรคเบาหวาน

สุรีย์ จันทรโมฬี (2535) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 168 ราย ที่คลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ภายหลังการทดลอง พบว่า โปรแกรมสุขศึกษามีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อมั่นในความสามารถดูแลตนเองและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 และระดับน้ำตาลฮีโมโกลบิน 60 วันลดลง และนอกจากนี้ พบว่า ระดับการศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้เรื่อง การดูแลตนเองและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 47, 21, และ 15 ตามลำดับ

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรีของ โฉมยง เหลาชาติ (2537) พบว่า ภายหลังการทดลองโปรแกรมสุขศึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ความคาดหวังในความสามารถดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P น้อยกว่า .001) และดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P น้อยกว่า .001) แต่ไม่พบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง นอกจากนี้ยัง พบว่า ตัวแปรเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความรู้ความสามารถดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความสามารถดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=.009$ และ $P=.034$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง อายุมี ความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=.01$)

สุดาพร ดำรงค์วานิช (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร โดยทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 50 คน ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ห่างกันครั้งละ 1 เดือน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน ความคาดหวังในความสามารถตน ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติและพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลงจากก่อนที่ได้รับโปรแกรมและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ วัฒนะ คล้ายดี (2530) ในเรื่องประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการสอนผู้ป่วยร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทาง

สังคมจากญาติผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 35-65 ปี จำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม ๆ ละ 40 คน กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ได้รับการสอนสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ป่วย กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 ผู้วิจัยทำการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างเดี่ยว ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจต่อบริการของเจ้าหน้าที่ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการดูแลแผลที่เท้า การสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการมาพบแพทย์ตามนัด กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ดีกว่ากลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุพัตรา ภูมิแดนดิน (2534) ได้ศึกษาประสิทธิภาพ การสอนอย่างมีแบบแผนต่อการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาในด้านความรู้ ความเชื่อ การดูแลตนเอง และการควบคุมโรคเบาหวาน ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน โดยการบรรยายประกอบภาพพลิก จำนวน 2 ครั้ง จากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสอนตามปกติ ได้แก่การให้ความรู้ตามปกติของเจ้าหน้าที่ ที่คลินิกโรคเบาหวาน ประเมินผลโดยใช้ค่าน้ำตาลสะสมใน Fructosamine ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเชื่อ การดูแลตนเองและการควบคุมโรค ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากรายงานข้างต้นสามารถสมมติฐานได้ว่า กลุ่มที่ได้ให้สุขศึกษาหลังการทดลองจะมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพได้ดีกว่าก่อนการทดลอง

สำหรับสมมติฐานที่ว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ฝึกออกกำลังกายจะมีผลในการดูแลตนเอง แตกต่างกันและกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม จะมีผลในการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งไม่มีใครทำวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดลองขึ้นในครั้งนี้

1.3 สมมติฐานในการวิจัย

1.3.1 ผลการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

1.3.2 ผลการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

1.3.3 ผลการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มฝึกออกกำลังกายแบบแกว่งแขน หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

1.3.4 ผลการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มที่ได้รับการให้สุศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

1.3.5 ผลการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ กลุ่มฝึกออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและกลุ่มที่ได้รับการให้สุศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังการทดลองมีผลแตกต่างกัน

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 การวิจัยครั้งนี้ ต้องการศึกษเปรียบเทียบผลที่เกิดจากการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ การฝึกออกกำลังกายแบบแกว่งแขน และการให้สุศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

1.4.2 การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.3 การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น

การดูแลตนเองในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเป็นลักษณะการรักษาควบคุมป้องกันการเกิดโรคที่บุคคลสามารถจะปฏิบัติตัวได้ เมื่อมีความรู้ ทักษะ และสามารถประเมินผลได้โดยใช้การตรวจสุขภาพทั่วไป และแบบทดสอบสุขภาพจิต

1.6 นิยามปฏิบัติการในการวิจัย

1.6.1 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการตั้งแต่สองคนขึ้นไป ในเวลาเดียวกัน และมีปัญหาในการดูแลตนเอง เพื่อเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ ด้านความรู้สึกรู้สึกคิด และพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสมาชิกในกลุ่ม และข้อมูลที่ต้องการจากผู้ให้คำปรึกษา

1.6.2 การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ หมายถึง วิธีการทำให้จิตใจมีความตั้งมั่นอยู่กับการกำหนดลมหายใจเข้าออก มีผลทำให้จิตใจสงบ และเป็นการเตรียมจิตที่จะต่อสู้กับภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานจะกระทำในแบบแผนการดำรงชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตให้คงสภาพดีที่สุด และมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย

1.6.3 การฝึกออกกำลังกายแบบแกว่งแขน หมายถึง กิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ประเภทการแกว่งแขนที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะสุขภาพจิตให้คงสภาพดีที่สุด และส่งผลถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1.6.4 การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หมายถึง กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในด้านการควบคุมโรค อาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพทั่วไปและเท้า และการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตจากทีมพยาบาล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานบรรเทาอาการ ป้องกันโรคแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย และส่งเสริมให้มีการควบคุม

สภาวะสุขภาพจิตและระดับน้ำตาลในเลือด

1.6.5 ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

1.6.6 การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและเท้า ด้านการออกกำลังกาย และรวมถึงการดูแลด้านสุขภาพจิตที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน กระทำในแบบแผนดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ทั้งนี้เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตตามสภาพเป็นจริงอย่างมีคุณภาพที่สุด และมีการวัดผลการดูแลตนเองด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ 2 วิธี คือ วิธีที่ 1 เป็นการตรวจสุขภาพร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต อัตราการหายใจอัตราการเต้นของชีพจร การวัดอุณหภูมิของร่างกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเส้นเลือด (ระดับโคเลสเตอรอล ระดับไตรกลีเซอไรด์ และการทำงานของไต (ระดับปัสสาวะ ระดับครีตินิน) และวิธีที่ 2 เป็นแบบทดสอบสุขภาพจิต โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger เป็นมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

1.6.7 กลุ่มควบคุม หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลปกติ และได้รับการให้สุศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่ทีมพยาบาล

1.6.8 กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน 3 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และได้รับการให้สุศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานเหมือนกัน แต่กลุ่มที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มที่ 2 ได้รับการฝึกแบบอานาปานสติ กลุ่มที่ 3 ได้รับการฝึกออกกำลังกายแบบกว้างแขน

1.7 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1.7.1 ตัวแปรต้น คือ

1.7.1.1 โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

1.7.1.2 โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

1.7.1.3 โปรแกรมการฝึกออกกำลังกายแบบแกว่งแขน

1.7.2 ตัวแปรตาม คือ ผลการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1.7.2.1 ผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของชีพจร การวัดอุณหภูมิของร่างกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเส้นเลือด (ระดับโคเลสเตอรอล, ระดับไตรกลีเซอไรด์ และการทำงานของไต (ระดับปัสสาวะ ระดับครีตินีน)

1.7.2.2 ผลการทดสอบสุขภาพจิต ซึ่งใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.8.1 เพื่อนำผลที่ได้จากการเปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ไปปรับปรุงใช้ให้กับการให้บริการด้านพยาบาล แก่กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการดูแลตนเองด้านสุขภาพต่อไป

1.8.2 เพื่อนำผลที่ได้จากการเปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการได้รับการฝึกแบบอานาปานสติ ไปปรับใช้ให้กับการให้บริการด้านพยาบาลแก่กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการดูแลตนเองด้านสุขภาพต่อไป

1.8.3 เพื่อนำผลที่ได้จากการเปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการได้รับการฝึกออกกำลังกายแบบแกว่งแขน ไปปรับใช้ให้กับการให้บริการด้านพยาบาล แก่กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการดูแลตนเองด้านสุขภาพต่อไป

1.8.4 เพื่อนำผลที่ได้จากการเปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการได้รับการให้สุศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไปปรับปรุงใช้กับการให้บริการด้านพยาบาลแก่กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในการดูแลตนเองด้านสุขภาพต่อไป

1.8.5 เมื่อทราบผลการเปรียบเทียบการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มที่ได้รับการฝึกแบบอานาปานสติ กลุ่มที่ได้รับการฝึกออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและกลุ่มที่ได้รับการให้สุศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานจะได้นำไปส่งเสริมให้การบริการด้านพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น