

แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self - Care)

โอเร็มและเทเลอร์ (Orem and Taylor 1991 : 44) ได้อธิบายทฤษฎีการดูแลตนเองไว้คือ “บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเองตลอดจนป้องกันควบคุม การกำจัดโรคและการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง” และได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติและเป็นพฤติกรรมที่สามารถเรียนรู้ได้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม การดูแลสุขภาพของตนเองนี้เป็นความรับผิดชอบของแต่ละคนเป็นการกระทำที่มีเป้าหมายและตั้งใจ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพของตนเองว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการปฏิบัติตนหลังรับบริการสุขภาพ

ธีรพร สติธอังกฤษ และกฤษดา แสงศิริ (2540 : 4) ได้วิเคราะห์ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่า บุคคลทุกคนมีศักยภาพมีความสามารถที่จะดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพของตนเองได้ และการดูแลสุขภาพตนเองนั้นเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้และการจัดบริการสาธารณสุขจะต้องเป็นไปในลักษณะของการให้บริการโดย

1. เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมเพียงพอมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ
2. แสวงหากลวิธีที่เหมาะสมในการสนับสนุนให้ประชาชนได้พึ่งพาตนเองเรียนรู้วิธีการรักษาสุขภาพ
3. สนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีดำเนินชีวิตให้เป็นผลดีต่อสุขภาพ

2. การดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้อง

กับปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้และการปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือพิการอาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วน หรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health State) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอดมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ส่วนการดูแลบุคคลอื่นนั้นหมายถึงการที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่มีส่วนในการส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของสมาชิกที่ต้องการการพึ่งพาจากแนวคิดของโอเร็มซึ่งมีความเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้มีเหตุผลมีความสามารถที่จะเรียนรู้ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540 : 23-24)

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่อยู่ในช่วงของการพิจารณาและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งจะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมจะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสมจึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ ดังนั้นจึงสามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและผลของการกระทำซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองซึ่งการกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการทำกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้นๆ บุคคลจะตั้งคำถามว่าตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกจะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องมีประสิทธิภาพหรือไม่ และต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูกต้องและถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใคร จะช่วยได้บ้าง แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมี

เป้าหมายเฉพาะแต่การดูแลตนเองนั้นจะเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ถ้าได้กระทำไประยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำที่ปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

การที่บุคคลมีความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องและจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเขา ความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่จะทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำตลอดจนการสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำดูแลตนเองตามที่ได้เลือก

จะเห็นว่าแนวคิดในเรื่องการดูแลตนเองของ โอเร็มนั้นสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ กล่าวคือการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามการรับรู้และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเอง หรือต่อบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาอย่างไรก็ตามโอเร็มได้ให้ข้อคิดว่า แม้ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคลคือเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพก็ตาม แต่กิจกรรมการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพได้ ซึ่งโอเร็มเรียกการดูแลตนเองนั้นว่าเป็น “Non Therapeutic” ดังนั้นการดูแลตนเองจะเป็น “Therapeutic” หรือการดูแลลักษณะเฉพาะของบุคคล (Therapeutic Self-care) ต่อเมื่อก่อให้เกิดผลแก่บุคคลดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและการทำหน้าที่ที่เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุม รักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือปรับชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองได้โดยพิจารณา 3 ด้านคือ พัฒนาการปฏิบัติและการเพียงพอในการดูแลตนเองในการวินิจฉัยความสามารถในการดูแลตนเองตัดสินจากสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. มีอะไรบ้างที่บุคคลได้เรียนรู้ที่จะทำและทำอย่างสม่ำเสมอ
2. มีอะไรบ้างที่บุคคลสามารถทำได้และทำไม่ได้ทั้งขณะนี้หรือในอนาคต
3. ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในขณะนี้และในอนาคต

เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้การให้การดูแลต้องพิจารณาถึงความพร้อมและความสามารถของบุคคลที่จะขยายและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้นหรือลึกซึ้งขึ้น เพราะภาวะสุขภาพไม่คงที่และเกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ การดูแลตนเองนั้นมีหลายระดับตั้งแต่ระดับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ การดูแลตนเองในระดับป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมการดูแลขั้นพื้นฐานสำหรับบุคคลที่ควรปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีซึ่งโอริเอมเรียกว่าเป็นการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนา ส่วนการรักษาและฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพจัดว่าเป็นการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพซึ่งการดูแลตนเองในแต่ละด้านมีรายละเอียด ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย การดูแลเพื่อให้ได้รับอากาศ น้ำ อาหาร อย่างเพียงพอมีการขับถ่ายที่เป็นปกติและจัดการกับสิ่งที่ขับถ่ายได้อย่างเหมาะสมการรักษาสัมดุลระหว่างการมีกิจกรรมกับการพักผ่อนและการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่ สวัสดิภาพและการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะการพัฒนา ประกอบด้วย การคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละช่วงชีวิตและการดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบต่อพัฒนาการ
3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บหรือเกิดความเจ็บป่วย ประกอบด้วย การยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การเรียนรู้ในการปฏิบัติตน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้และสนใจในพยาธิสภาพของโรคที่กำลังเป็นอยู่และการเรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่

3. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

- 3.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ การกระทำ การรับรู้ การเห็นคุณค่าในตัวเอง
- 3.2 พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง (Power Components : Enabling Capabilities for Self-care) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจมีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและ

ความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3.3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self-care Operations) การคาดการณ์ในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถและจะเป็นความสามารถในการกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นการลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์ (2552) ศึกษาผลของการเฝ้าระวังตนเอง ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับเอวันซี ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 และมีระดับเอวันซีหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

ปิยมาลัย อาชาสันติสุข (2551) ศึกษาผลการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี หลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่ต่ำกว่าระดับฮีโมโกลบินเอวันซีหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

ทิพย์สุภางค์ สุวรรณศรี (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

พรนภา ไชยอาสา (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนสังคม ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ < .001

จันทร์สม์ เหลือวงศ์ (2549) ศึกษาการวิจัยสร้างยุทธศาสตร์การเรียนรู้สู่อำนาจเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง เรื่องการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ลดลงสูงกว่ากลุ่มควบคุมและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่เพิ่มขึ้นต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

เดือนจิตร ภักดีพรม (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองจอก ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพความเชื่อทางศาสนา การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปราณี ลักณาจันทโชติ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าและมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม

แคลฮอน (Calhoun, et al., 2010 : 107-114) ศึกษาผลของการใช้แรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ราบประเทศอินเดียเกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยให้ผู้ป่วยรายงานผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงร้อยละ 89.6

สไตและคณะ (Stys, et al., 2007 : 55-58) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามวิถีชีวิตเพื่อลดความพิการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า สามารถภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 85

นอร์ริสและคณะ (Norris, et al., 2002) ศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดำเนินชีวิตทักษะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทักษะการปรับตัว และแนะนำวิถีคลาโยเทรียค พบว่า ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

กลาสโกว์ และคณะ (Glasgow, et al., 1996) ศึกษาเปรียบเทียบผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 206 คน ได้แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 108 คน กลุ่มควบคุม 98 คน กลุ่มทดลองได้รับความรู้ด้านการจัดการอาหารด้วยตนเองให้ผู้ป่วยร่วมตั้งเป้าหมายในการกำหนดการรับประทานอาหาร ได้รับสื่อการสอนวิดีโอเกี่ยวกับอาหารไปดูที่บ้าน และได้รับโทรศัพท์ติดตามที่บ้านเมื่อครบ 1 และ 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับบริการปกติเมื่อติดตามผล 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่คุณภาพชีวิตและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

จิลเด็น (Gilden, 1989) ศึกษาผลของการให้ความรู้ที่มีต่อระดับความรู้ ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะจิตใจและสังคม (คุณภาพชีวิต ความเครียด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม) ผลการศึกษาพบว่าหลังอบรมผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ระดับความเครียดลดลงโดยสัมพันธ์กับระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) เมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือนพบว่าระดับความรู้ คุณภาพชีวิตในด้านการควบคุมอาหาร และระดับความเครียดมีค่าดีกว่าก่อนเข้ารับการอบรม ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานเพศชายเท่านั้น จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิงได้

บลูมการ์เด็นและคณะ (Bloomgarden, et al., 1987 : 263-272) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในกลุ่มที่ได้รับการสอน 127 คน กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน 139 คน โดยกลุ่มที่ได้รับการสอนจะได้รับความรู้ใน 9 เรื่อง ได้แก่ ความรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน การรักษาสุขภาพอนามัย การใช้ยา อาการแสดงของน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การควบคุมโรคเลวลงได้แก่ ชนิดของอาหาร การปรับสัดส่วนของอาหาร การลดน้ำหนัก และการแลกเปลี่ยนอาหาร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่พฤติกรรมการดูแลและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะไม่แตกต่างกัน

แรบกินและคณะ (Rabkin, et al., 1983 : 50-56) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล กับการปรับพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน โดยผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลจะได้รับการกำหนดปริมาณอาหารที่ควรได้รับในแต่ละมื้อมีการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน และได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการปรับพฤติกรรมถูกจัดให้เข้ากลุ่ม กลุ่มละ 6-9 คน และได้รับการสอนให้คำนวณพลังงานที่ควรได้รับจากอาหาร เน้นการแก้อุปนิสัยในการบริโภค การจัดการกับอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่การรับประทานอาหารมาก ใช้วิธีการกระตุ้นตนเองจากบันทึกการรับประทานอาหาร ทั้ง 2 กลุ่ม นัดมาติดตามการรักษาในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 ผลการวิจัยพบว่า

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า น้ำหนักตัวและระดับไตรกลีเซอไรด์ดีขึ้นในสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม แต่แนวโน้มการคงพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องของผู้ป่วยกลุ่มได้รับการปรับพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจสามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองต่อเนื่องและสอดคล้องกับชีวิตประจำวันได้มากกว่า

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นเพื่อนำมาใช้เป็นหลักการสร้างยุทธศาสตร์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับผิดชอบ รับผิดชอบ และเรียนรู้ (LLSL)” ซึ่งสรุปได้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่แต่ละคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองอย่างจริงจังและมีเป้าหมายเพื่อการดำรงชีวิตที่ดีมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีความเป็นอยู่ที่ดีสามารถป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บและป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บทั้งปวง โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจจำเป็นต้องรับการรักษาและต้องดูแลสุขภาพของตนเองตลอดระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ต้องดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น ต้องเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง การออกกำลังกายที่เหมาะสม การผ่อนคลาย และการใช้ยา การควบคุมตัวเองดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ยุ่งยากในการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันและจะทำให้นำไปสู่การละเลยการดูแลสุขภาพตนเองทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดความพิการและเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างจริงจังและมีเป้าหมายโดยที่สุขภาพจะต้องดูแลด้วยความรักและฟังอย่างใส่ใจ ทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการเรียนรู้ด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ

ทฤษฎีว่าด้วยความรักและการฟังอย่างใส่ใจ

1. ทฤษฎีว่าด้วยความรัก

ฟรอม (Fromm, 1962 : 7-59) นักจิตวิทยาชาวเยอรมันผู้เขียนหนังสือศิลปะแห่งความรัก (The Art of Loving) โดยกล่าวว่าความรักต้องมีลักษณะ 2 ด้าน คือ ต้องมีทั้งการให้และการรับ บุคคลใดจะมีความสามารถที่จะมีความรักแบบใด ขึ้นกับว่าเขาถูกอบรมเลี้ยงดูมาอย่างไร เขาเติบโตมาภายใต้ครอบครัวยังไง เขาได้รับการเลี้ยงดูให้มีนิสัยใจคออย่างไร และกล่าวถึงพฤติกรรมที่แสดงความรักนั้น ต้องมีลักษณะ 4 ประการ คือ

1.1 ความเอาใจใส่ (Care) หมายถึง การให้การดูแลปกป้องรักษา ทะนุถนอม เอื้ออาทร ผู้ที่เรารักให้มีชีวิต ให้กำลังใจ ให้ความเข้าใจ ทั้งทางด้านการกระทำและคำพูด ให้เขาเจริญเติบโตอย่างมีความสุข การรักกันของสมาชิกในครอบครัวก็ต้องช่วยกันเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัว ทั้งระหว่างสามีภรรยา ระหว่างพ่อแม่และลูก พี่กับน้อง การเอาใจใส่ควรครอบคลุมถึงความเป็นอยู่ทุกอย่าง การเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของกันและกัน อาหารการกิน ชีวิตประจำวัน การเล่าเรียน ความสะอาด การใช้จ่ายเงิน การเดินทางไปโรงเรียน การคบเพื่อน เป็นต้น

1.2 ความรับผิดชอบ (Responsibility) เป็นการกระทำที่แสดงออกด้วยความสมัครใจ เป็นความสามารถและความพร้อมที่จะตอบสนองความต้องการของเพื่อนมนุษย์หรือคนที่เรารัก พร้อมทั้งจะทำทุกอย่างเพื่อคนที่รัก พร้อมทั้งจะร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วย

1.3 ความนับถือ (Respect) คือ ความสามารถที่จะยอมรับผู้อื่นอย่างที่เขาเป็นอยู่ โดยตระหนักถึงความเป็นตัวของตัวเขา ปรารถนาให้เขาเติบโตในแบบของเขาเอง และด้วยวิธีการของเขาเองไม่ใช่เติบโตขึ้นมาเพื่อผลประโยชน์ของเรา ต้องให้ความเคารพซึ่งกันและกัน เคารพในความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ให้ความสำคัญกับความแตกต่างระหว่างบุคคล เพราะคนเราไม่เหมือนกัน มีมุมมองที่ต่างกันได้ ซึ่งเป็นเรื่องปกติ การให้การยอมรับในการเป็นมนุษย์ของคนที่เรารัก จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

1.4 ความรู้ (Knowledge) และความเข้าใจ (Understanding) คือ ความรู้สึกนึกคิดซึ่งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลให้ความสนใจในเรื่องของคนที่เรารักในลักษณะที่เขาเป็นอยู่ และสามารถเข้าใจเขาได้ อย่างต้องแท้โดยไม่เข้าข้างตัวเอง ความรู้ในลักษณะนี้ก็คือ การมองอย่างเป็นกลาง และมองเขาตามที่เป็นจริงเพื่อไม่ให้เกิดความหลงผิด จะทำให้ได้เรียนรู้และเข้าใจบุคคลที่รักได้ดีขึ้นเพื่อจะได้ร่วมแรงร่วมใจกันแก้ไขปัญหาและเกิดทัศนคติในการสร้างชีวิตให้มีความสุขได้ และการที่บุคคลจะสามารถรู้จักคนที่รักได้อย่างลึกซึ้งได้ก็ต้องอาศัยความรักนั่นเอง ว่าเรามีความชอบหรือไม่ชอบอะไร ชอบเรียนวิชาไหน ถนัดอะไร จุดเด่น จุดด้อยเป็นอย่างไร ชอบอาชีพอะไร เป็นต้น

2. ทฤษฎีสามเหลี่ยมของความรักของสเติร์นเบิร์ก (Sternberg)

สเติร์นเบิร์ก (Sternberg, 1988 : 527-533) กล่าวถึงความรู้สึกแนบชิดใจใกล้ ซึ่งเป็นรากฐานของปรารถนาและความผูกพัน

2.1 ความคุ้นเคย (Intimacy) เป็นความรู้สึกแนบแน่นชิดใจใกล้ ซึ่งเป็นรากฐานของความปรารถนาและความผูกพัน

2.2 ความปรารถนา (Passion) คือ ความเข้มข้นของอารมณ์บวกที่มีต่อบุคคลใด บุคคลหนึ่งความปรารถนานี้เป็นลักษณะของการใช้เหตุผลที่ทำให้เกิดความดึงดูดใจมากกว่าการใช้

เล่าให้หลี่ยมทางอารมณ์ ถึงแม้ว่าความปรารถนาจะเป็นพื้นฐานของความรัก แต่ก็ใช้องค์ประกอบที่มีความสำคัญรองจากความคุ้นเคยและความผูกพัน

2.3 การผูกพัน (Commitment) เป็นเครื่องหมายที่แสดงความมั่นคงทางจิตใจของคนที่ จะร่วมทุกข์ร่วมสุข ดังนั้นความผูกพันจึงมาพร้อมกับความรับผิดชอบด้วย ไม่ใช่เป็นเรื่องของอารมณ์และความรู้สึกเท่านั้น เพราะเป็นส่วนที่ส่งเสริมให้สัมพันธ์ภาพแน่นแฟ้นและดำเนินต่อไปได้จากองค์ประกอบ 3 ด้าน Sternberg เสนอว่า สามารถนำองค์ประกอบแต่ละด้านใน 3 ด้านมารวมกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความรักที่แตกต่างไป 7 ประเภท คือ

2.3.1 ความชอบ (Liking) มีองค์ประกอบเดียว คือ ความคุ้นเคย ความชอบด้วยความคุ้นเคยมีลักษณะเป็นมิตรภาพที่แท้จริง

2.3.2 รักแบบหลง (Infatuated Love) มีองค์ประกอบเดียว คือ ความใคร่ เป็นสิ่งที่คนรู้สึกเหมือนรักแรกพบ

2.3.3 รักว่างเปล่า (Empty Love) มีองค์ประกอบเดียว คือ ความผูกมัด ในวัฒนธรรมที่จัดให้มีการแต่งงานขึ้นมา ความสัมพันธ์ของคู่สมรสก็มักจะเริ่มต้น เช่น ความรักว่างเปล่าอันนี้

2.3.4 รักโรแมนติก (Romantic Love) เป็นการรวมกันระหว่างความใกล้ชิดและความใคร่ คู่รัก โรแมนติกจะผูกติดกันทางอารมณ์ และมีการกระตุ้นทางกายด้วยอารมณ์ใคร่

2.3.5 รักหลงตา (Fatuous Love) มีองค์ประกอบ คือ ความใคร่และความผูกมัด ความรักประเภทนี้มักพบในระยะเวลาการจีบและการแต่งงาน

2.3.6 รักเป็นเพื่อน (Companionate Love) ประกอบด้วย ความคุ้นเคยและการผูกมัด ความรักประเภทนี้มักพบในการแต่งงานที่ความใคร่ได้หายไป แต่ยังคงมีความรักและการผูกมัดกันอื่น ๆ

2.3.7 รักสมบูรณ์ (Consummate Love) เป็นความรักประเภทเดียวที่มีองค์ประกอบของความรักทุกด้าน รักสมบูรณ์เป็นรักในอุดมคติที่ผู้คนอยากได้ แต่มีเพียงไม่กี่คนที่ได้พบ

3. การบำบัดด้วยการถอด

การถอดเพื่อสุขภาพ ช่วยในระบบภูมิคุ้มกันด้านทานในร่างกาย ทำงานได้ดีขึ้น สุขภาพจะดีขึ้น รักษาภาวะซึมเศร้า ลดความตึงเครียด ทำให้มีชีวิตชีวาเป็นยาที่วิเศษ ไม่มีผลข้างเคียง การถอดเป็นเรื่องธรรมชาติ และเรื่องชีวภาพ เป็นความอ่อนโยน ความอ่อนหวานอย่างเป็นธรรมชาติ ไม่มีพิษภัย ทำให้เกิดความเข้าใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความผสมกลมกลืน การถอดเป็นวิธีปฏิบัติที่สมบูรณ์ มีพลังสูง พิสูจน์ได้ตลอดเวลา ไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่เกิดผลภาวะ กอดวันละครั้ง ทำให้ห่างไกลจาก

การพบแพทย์ (A Hug Day Keeps The Doctor Away) การกอดเป็นวิธีการเริ่มต้นวันที่ดี มีความจำเป็นในการสร้างภาวะสมดุลของอารมณ์ มีการทดลอง ที่แสดงผลว่าการกอดทำให้คนรู้สึกดีกับตนเองทำให้พัฒนาทักษะในการสื่อสารในเด็ก ช่วยปรับปรุงสุขภาพจิตของคนที่ถูกกอด กรณีตัวอย่างบทความเรื่อง “การกอดเป็นการช่วยชีวิต” เป็นเรื่องของเด็กแฝด 2 คน ที่คลอดออกมาในสัปดาห์แรก และให้อยู่ในตู้อบคนละตู้และเด็กแฝดคนหนึ่งอยู่ในภาวะที่ทุกคนไม่คิดว่าจะมีชีวิตรอด มีพยาบาลคนหนึ่งมีความคิดที่สงสารเด็ก จึงทำผิดระเบียบโดยนำเด็กแฝดที่ไม่คิดว่าจะมีชีวิตอยู่รอด ไปอยู่กับฝาแฝดพี่น้องในตู้อบเดียวกัน เมื่ออยู่ด้วยกันทั้งคู่ใช้แขนกอดกัน เป็นที่น่าอัศจรรย์ ที่เด็กแฝดที่อ่อนแรงมีการปรับเปลี่ยนของอัตราการหายใจและอุณหภูมิในร่างกาย และเข้าสู่ภาวะปกติในเวลาต่อมา บางคนอาจจะไม่เคยได้ยินว่าการกอดเป็นการบำบัดวิธีหนึ่ง แต่ทุกคนก็คงจะทราบว่าการกอดเป็นสัมผัสที่ดี การบำบัดด้วยการกอดนี้เป็นทฤษฎีที่พูดถึงการสัมผัส ซึ่งการสัมผัสนั้นไม่เพียงแต่ดี แต่เป็นเรื่องจำเป็น มีการวิจัยที่สนับสนุนทฤษฎีนี้ว่า การถูกกระตุ้นโดยการสัมผัส เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับสรีระร่างกายความสำคัญนี้ สำคัญพอๆกับภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจ การใช้ การสัมผัสบำบัด เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดทางการแพทย์ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการอบรมในหน่วยงานทางการแพทย์ใหญ่ๆในต่างประเทศ หลายแห่ง มีศูนย์ศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับการสัมผัสเช่น สถาบันการวิจัยเรื่องการสัมผัสที่มหาวิทยาลัยไมอามี (Touch Research Institutes at the University of Miami School of Medicine)

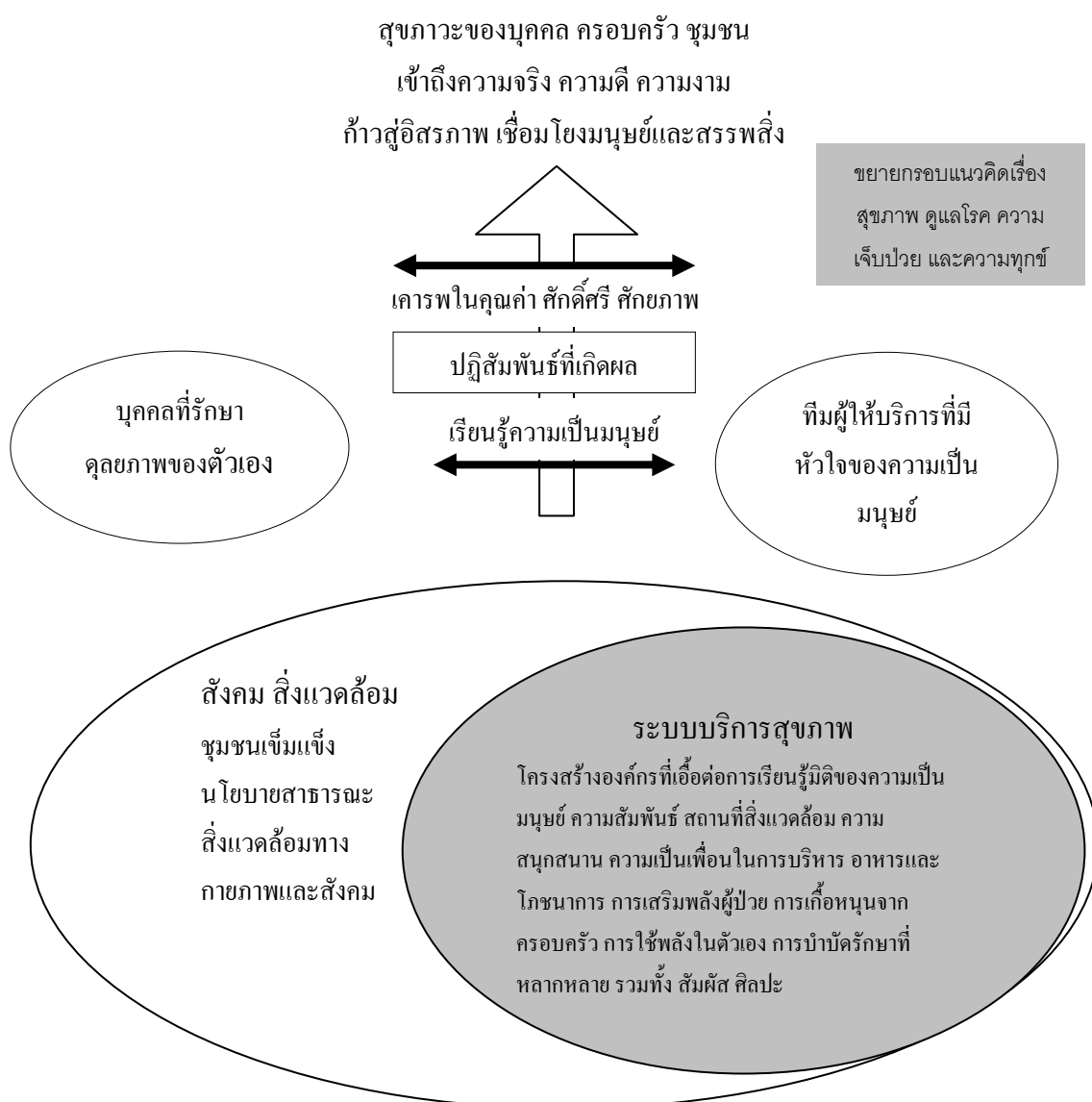
ดอเลออร์ (Dolores, 2008 : 727-867) เป็นศาสตราจารย์ทางการแพทย์ ที่ New York University และเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาการบำบัดด้วยการสัมผัส กล่าวว่าบุคคลที่ได้รับการกอดหรือกอดผู้อื่นจะทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของเม็ดเลือดแดง (Hemoglobin) ทำให้การลำเลียงของออกซิเจน ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ทำงานได้อย่างทั่วถึง ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา

งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้วิธีกอดในผู้สูงอายุ (อายุ 70 ปีขึ้นไป) พบว่า เมื่อใช้การกอดบำบัด ทำให้ผู้สูงอายุ มี ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มีความกระตือรือร้น มีความต้องการที่อยากจะมีชีวิตอยู่ต่อไป และมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆมากขึ้น การสัมผัสช่วยบรรเทาความเจ็บปวดซึมเศร้า และความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่ การสัมผัสช่วยให้เด็กคลอดก่อนกำหนดได้รับการชดเชยเหมือนอยู่ในตู้อบ ทำให้เด็กเติบโต มีทักษะในการดำเนินชีวิต ผลการทดลองทางวิทยาศาสตร์ หลายการทดลองเกี่ยวกับสัมผัสพบว่า ทำให้เรารู้สึกดีต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม เกิดผลด้านบวกของการพัฒนา IQ เด็ก และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระสามารถวัดผลได้ทั้งผู้ที่สัมผัสและผู้ถูกสัมผัส การสัมผัสมีหลายรูปแบบ แต่การกอดเป็นการสัมผัสที่เฉพาะและเป็นหนทางหลักที่บำบัดเพื่อสุขภาพและเป็นการแสดงออกซึ่งความรัก คาร์เตอร์ (Carter, 1998 : 779-818) โคนิสรัค (Konisaruk, 1998 : 927-44)

4. แนวคิดการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Healthcare Model)

แนวคิดการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์เป็นแนวคิดที่ทั้งกว้างและทั้งลึก กว้างในเชิงของความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับองค์ประกอบต่าง ๆ ลึกในเชิงของความคิดซึ่งในแนวคิด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจแง่มุมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ได้ครอบคลุมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แบบจำลองที่นำเสนอนี้เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของความพยายามที่จะประมวลแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ที่เป็นไปได้และควรจะเกิดขึ้น เพื่อจุดประกายให้เกิดการนำไปปฏิบัติและนำเสนอประสบการณ์ต่าง ๆ มาปรับปรุงแบบจำลองนี้ให้สมบูรณ์ขึ้น

ภาพที่ 2.9 แสดงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Healthcare Model)



องค์ประกอบภายในการดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Healthcare Model) เริ่มที่ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดผล (Productive Interaction) ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ซึ่งควรจะมีลักษณะสำคัญและเสนอไว้คือ

1. เคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรี และศักยภาพของผู้ป่วยซึ่งมีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกันทุกคน
2. เรียนรู้ความเป็นมนุษย์จากชีวิตที่สัมผัสชีวิต เรียนรู้จากความทุกข์ยากซึ่งเป็นเครื่องเร้าความเป็นมนุษย์ให้แสดงออก

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง จากการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์คือ สุขภาวะของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม สุขภาวะในที่นี้ครอบคลุมมิติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณ เป็นสุขภาพแบบองค์รวม นอกจากนั้นยังทำให้ทั้งสองฝ่าย คือ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ได้เข้าถึงศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ คือการเข้าถึงความจริง ความดี ความงาม ทำให้ก้าวพ้นจากความบีบคั้นคับข้องไปสู่อิสรภาพที่เชื่อมโยงมนุษยชาติและสรรพสิ่งให้เป็นหนึ่งเดียว ในส่วนของทีมผู้ให้บริการ ควรเป็นทีมที่สมาชิกมีหัวใจของความเป็นมนุษย์ มีอุดมคติของชีวิต เห็นคุณค่าของงานว่าเป็นการขัดเกลาชีวิตให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ถ้าวินิจฉัย ความเป็นมนุษย์ สุนทรียภาพและสุขภาพเป็นสิ่งหนึ่งอันเดียวกัน ขยายแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพว่ามีใช่ดูแลเพียงโรคเท่านั้น แต่ครอบคลุมไปถึงความเจ็บป่วยและความทุกข์ของผู้ป่วยด้วยเริ่มด้วยการใช้แนวคิดง่ายๆ ของการรักผู้ป่วยในฐานะเพื่อนมนุษย์ ควบคู่ไปกับการสร้างศรัทธาและความไว้วางใจ และการใช้กฎที่เรียบง่ายในส่วนของผู้รับบริการและบุคคลทั่วไป ควรเป็นผู้ที่รักษาคุณภาพของตนเอง ด้วยแนวคิดที่ว่า สุขภาพคือคุณภาพ คุณภาพเกิดจากความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบทั้งหมด สมดุลของสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อกาย จิต ปัญญา และสังคม มีความสัมพันธ์ต่อกัน ระบบบริการที่เอื้อต่อการดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. โครงสร้างองค์กรที่เอื้อต่อการเรียนรู้มิติของความเป็นมนุษย์ โครงสร้างในที่นี้มีได้หมายความว่าโครงสร้างที่เป็นการจัดหน่วยงานหรือสายการบังคับบัญชาเท่านั้น แต่หมายความรวมถึงการจัดการ การจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดระบบงานให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่นการลดความเป็นช่วงชั้นและลำดับชั้นการสั่งการ การส่งเสริมความสัมพันธ์แนวระนาบ การสร้างวัฒนธรรมการร่วมคิดร่วมทำแทนการสั่ง เป็นต้น
2. ความสัมพันธ์ของคนในองค์กรที่เอื้อต่อการทำงานและเรียนรู้ร่วมกันซึ่งต้องอาศัยมุมมองใหม่หรือแนวคิดอันแยกคางจืดที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อความสัมพันธ์
3. สถานที่สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเยียวยาบำบัด (Healing Environment) ซึ่งครอบคลุมทั้ง ภาพ แสง เสียง กลิ่น รส สัมผัส

4. ความสนุกสนาน ความเป็นเพื่อนในการบริหาร
 5. อาหารและโภชนาการ
 6. การเสริมพลังผู้ป่วย
 7. การเกี่ยวพันจากครอบครัว
 8. การใช้พลังในตัวเอง
 9. การบำบัดรักษาที่หลากหลาย เช่น การผ่อนคลาย ยา และกระบวนการกลุ่ม เป็นต้น
- (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2551 : 144-146, ประเวศ วะสี, 2550 : 7-10)

5. ปัจจัยสำคัญในการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิต

ในการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิตนั้นมีปัจจัยสำคัญที่พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องคำนึงถึงในขณะที่ทำให้การพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทูเวอร์ (Trower, 2010 : 19) เพื่อการบำบัดทางจิต ปัจจัยสำคัญ ได้แก่

5.1 ความรักในเพื่อนมนุษย์ (Love) ในการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิตพยาบาลจะต้องมีความรักในเพื่อนมนุษย์และให้ผู้ป่วย ซึ่งในที่นี้หมายถึงความห่วงใย (Care) และความเอาใจใส่ (Concern) ซึ่งพยาบาลจะพึงมีต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ถ้าปราศจากสิ่งเหล่านี้แล้วสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิตจะไม่เกิดขึ้น ความห่วงใย หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งได้ใช้ตนเองเข้าไปเกี่ยวกับบุคคลอื่น โดยความรู้สึกมุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือ สละเวลาและความรู้ความสามารถในการที่จะช่วยผู้อื่นด้วยความเต็มใจ พร้อมทั้งจะแลกเปลี่ยนความเป็น “ตนเอง” ของกันและกันให้เกิดประโยชน์ในการแก้ปัญหาเป็นการช่วยแบ่งเบาความรู้สึกทุกข์ทรมาน และความไม่สุขสบายต่าง ๆ ความเอาใจใส่ เป็นการแสดงออกซึ่งความนับถือที่จะพึงมีต่อบุคคลอื่นในฐานะบุคคลแสดงออกซึ่งความเคารพในคุณค่าของบุคคลโดยการให้ความสนใจ ให้ความเป็นกันเองและการแสดงออกซึ่งผู้อยู่ใกล้รู้สึกผ่อนคลาย

เมื่อพยาบาลแสดงออกถึงความรู้สึกห่วงใยและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกในความมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวนี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นเชื่อมั่น เกิดกำลังใจและความคาดหวัง ความไว้นับถือเชื่อใจจะตามมาอีกด้วยมอร์เรนี (Mullaney, 2010 : 1-6)

การแสดงออกในความรัก ความห่วงใยที่พยาบาลจะพึงมีต่อผู้ป่วยนั้น แสดงออกได้ตั้งแต่สิ่งเล็ก ๆ น้อยๆ และง่ายๆ จนกระทั่งถึงสิ่งที่ซับซ้อนดังตัวอย่างพฤติกรรม ได้แก่ การยิ้มให้ผู้ป่วย ไอวี (Ivey, 2007) การแสดงการยอมรับโดยการพยักหน้าในขณะที่เจอ หรือพูดคุย การเรียกชื่อผู้ป่วย ได้ถูกต้อง รู้จักขอโทษเมื่อมีโอกาสอันจะพึงกระทำ ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และจำเป็นตอบคำถามหรือข้อสงสัยด้วยความจริงใจ เวสเซ็นฟิลด์ (Wiesenfeld, 2009 : 24) เอาใจใส่ว่าผู้ป่วย

ชอบอะไรและไม่ชอบอะไรให้เวลาในการอธิบายสิ่งต่าง ๆ โดยความเต็มใจ รับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยระบายได้ แม้จะต้องฟังซ้ำหลายเที่ยว (เกษม คันดิผลชีวะและกุลยา คันดิผลชีวะ, 2540 : 209-240) และรอกเจอร์ส (Roggers, 1997 : 125-140) แสดงออกถึงความห่วงใยในความสุขสบาย เช่น การห่มผ้าให้ผู้ป่วย แสดงกิริยาสุภาพ และมั่นคงต่อผู้ป่วย เสาะแสวงหาแหล่งขอความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหาและรักษาคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วย พฤติกรรมดังกล่าวเป็นเครื่องแสดงถึงความห่วงใย เอาใจใส่ที่พยาบาลจะแสดงออกได้ในการให้การพยาบาลในกิจกรรมประจำวัน และการแสดงออกในลักษณะเช่นนี้เองที่ทำให้งานกิจวัตรของพยาบาลกลายเป็นการบำบัดไปด้วย (ทัศน บุญทอง, 2547 : 942-946 และวรรณวิไล จันทราภา, 2551 : 41-66)

5.2 การเข้าถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น (Empathy) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งสามารถเข้าถึง (Enter) ความรู้สึกและอารมณ์ของอีกบุคคลหนึ่ง เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการพยาบาลจิตเวช ที่พยาบาลจิตเวชใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจิตเวช ในหลายโอกาสผู้ป่วยทางจิตประสาทไม่สามารถอธิบายหรือบอกถึงความรู้สึกของตนได้ดีเท่าที่ควร การเข้าถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลได้รับทราบถึงความหมายและความรู้สึกตามความเป็นจริงที่ผู้ป่วยมีอยู่ เป็นความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนา และการเข้าถึงความรู้สึกนี้เป็นความเข้าใจที่เกิดจากความรู้สึก “ภายใน” ของตัวพยาบาลเองมากกว่าความรู้สึกที่ได้จากส่วนประกอบ “ภายนอก” ของตัวพยาบาล

การเข้าถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น พยาบาลต้องมีความตระหนักในตนเองเป็นอย่างดี และสามารถแยกความรู้สึก ค่านิยมของตนเองได้คนละส่วนไม่นำไปปะปนกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีอยู่ การเข้าถึงความรู้สึก ของบุคคลอื่นจึงมิใช่เพียงเข้าใจความหมายที่ผู้ป่วยบอก หากจะต้องเข้าใจและตระหนักต่อความรู้สึกจริงของผู้ป่วยโดยอาศัยความไวต่อการรับรู้ความรู้สึก (Sensitivity) ของพยาบาลเอง ทั้งนี้พยาบาลไม่จำเป็นต้องใส่ความรู้สึกนั้นกลับเข้าไปปะปนกับความรู้สึกของพยาบาลนี้เอง ที่เรียกว่า “Internalized” ซึ่งจะทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกและอารมณ์เช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยกลับเป็นอยู่ และการเกิดความรู้สึกดังกล่าวนี้จะไม่เป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือ หากแต่พยาบาลจะต้องสามารถ “ตระหนัก” ในความรู้สึกตามความเป็นอยู่ที่ผู้ป่วยมีอยู่นั้นได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ซึ่งเรียกว่า “การเข้าถึงความรู้สึก” โดยที่ไม่ได้นำความรู้สึก ค่านิยมของพยาบาลเข้าไปเกี่ยวข้อง การเข้าถึงความรู้สึกจึงมีความเป็นปรนัย (Objectivity) และพยาบาลสามารถฝึกการเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยได้โดยไม่จำเป็นที่พยาบาลผู้นั้นจะต้องเคยมีปัญหาย่างเดียวกันหรือคล้าย ๆ กันกับปัญหาของผู้ป่วยมาก่อน หากแต่เครื่องมือสำคัญที่พยาบาลจะต้องฝึกคือ ความไวใน

การรับความรู้สึก และการพัฒนาความตระหนักในตนเอง หรือการรู้สึกในตนเอง ไมเออร์และชาสัน (Myers and Shason, 2000 : 148-173)

5.3 ความเห็นอกเห็นใจ (Sympathy) ในการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิตนั้น พยาบาลจำเป็น ต้องมีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยด้วย แม้ว่าคนเห็นอกเห็นใจที่มากเกินไปจะนำไปสู่ผลเสียทางการบำบัดทางจิตได้ กล่าวคือ พยาบาลจิตเวชที่เห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากเกินไปมักจะแปลความหมายพฤติกรรมและให้ข้อวินิจฉัยปัญหาอย่างขาดความเป็นกลางได้ เพราะการเห็นอกเห็นใจคือ ความรู้สึกที่พยาบาลได้นำตนเองเข้าไปใส่ในความเป็นผู้ป่วยด้วยไม่มากก็น้อย และความรู้สึกดังกล่าวนี้ที่ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดความรู้สึกให้พยาบาลหรือผู้รักษา หากพยาบาลขาดความตระหนักหรือการรู้สึกในตนเองแล้ว พยาบาลจะใส่ความรู้สึกนั้นกลับเข้าสู่ตนเองได้โดยง่าย และในสถานการณ์เช่นนี้ พยาบาลผู้นั้นจะมีความรู้สึกและอารมณ์เช่นเดียวกับผู้ป่วยเอง คือ มีความทุกข์ไปด้วยนั่นเอง

ความเห็นอกเห็นใจซึ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลจิตเวชที่จะใช้ตนเองเป็นสื่อในการบำบัดทางจิตนั้น เป็นความรู้สึกชั่วขณะหนึ่งที่พยาบาลสามารถเข้าใจถึงความทุกข์ ความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน หรือความบิบบคั้นที่ผู้ป่วยได้รับจากเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง เป็นความรู้สึกที่พยาบาล “ตระหนัก” ในความทุกข์นั้น และอยากจะช่วยเหลือแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นออกจากสถานการณ์นั้น ๆ โดยทันที การเห็นอกเห็นใจจึงมีใจความสำคัญที่พยาบาลจะต้องใช้อย่างถูกต้อง และจะต้องตัดสินใจอย่างรอบคอบและเป็นกลาง และจะต้องระมัดระวังที่จะไม่ให้กลับกลายเป็นความสงสารเวทนา (Pity) เพราะหากกลายเป็นความสงสารเวทนาขึ้นมาเมื่อใด พฤติกรรมการสร้างสัมพันธภาพจะไม่ใช่การบำบัดอีกต่อไป หากแต่จะเป็นเครื่องทำลายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย (Self-worth) ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการบำบัดทางจิตใจ

5.4 ความเข้าใจ (Understanding) ความเข้าใจเป็นทั้งระดับของความรู้สึกของบุคคล (Feeling State) และความสามารถทางสติปัญญาของบุคคลด้วย (Intellectual Function) ความเข้าใจเป็นความสามารถทางสติปัญญาของบุคคล หมายถึง ความสามารถผสมที่บุคคลแสดงออกและเป็นเครื่องชี้ถึงความตระหนักในตนเอง รวมทั้งการตระหนักในสิ่งต่างๆ รอบตัว โดยตระหนักว่าสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ตนกำลังปฏิบัติอยู่

ความเข้าใจเป็นระดับของความรู้สึก หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรู้สึกตระหนักในความคิด ความรู้สึกและการกระทำของบุคคลอื่นทั้งยังสามารถแสดงออกในความรู้สึกตระหนักนั้นให้ปรากฏโดยการยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล และเคารพในเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ทั้งยังแสดงออกต่อบุคคลด้านความเหมาะสมตามความ “เป็นบุคคล” นั้น ๆ ซึ่งไม่เหมือนกันทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ความต้องการและปัญหา ระดับความเข้าใจที่พยาบาลแต่ละคน

จะมีได้นั้นขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะรักเพื่อนมนุษย์เข้าถึงความรู้สึกของบุคคลอื่นและความสามารถที่จะเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่นได้ขนาดไหน พยาบาลจิตเวชที่สามารถใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิตจะแสดงออกซึ่งความเข้าใจผู้ป่วย โดยการรับฟังผู้ป่วยด้วยความสนใจ (Wiesenfeld, 2009 : 24, วัชร ทรัพย์มี, 2551 : 1-293 และกรมสุขภาพจิต, 2545 : 10-12) จะต้องทำความเข้าใจในความเป็นบุคคลซึ่งไม่เหมือนบุคคลอื่นของผู้ป่วย โดยทำความเข้าใจในขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา ครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย จะไม่ตัดสินผู้ป่วย แต่จะต้องแสดงออกด้วยความเมตตากรุณา อ่อนน้อม เป็นกันเอง และจะพยายามหาข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริง ที่ถูกต้องในการแปลความหมายพฤติกรรมและให้ข้อวินิจฉัยปัญหา โดยที่พยาบาลเองจะต้องมีความตระหนักและมีสติในตนเองอยู่ตลอดเวลา

5.5 การยอมรับ (Acceptance) เป็นเจตคติในทางสร้างสรรค์ที่บุคคลแสดงออกซึ่งการเข้าใจยอมรับนับถือผู้อื่น เป็นเครื่องมือสำคัญอีกประการหนึ่ง สำหรับการพยาบาลจิตเวชในการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิต และเป็นสิ่งที่พัฒนาได้แม้ว่าจะไม่่ง่ายนัก การยอมรับบุคคลอื่นไม่ใช่การแสดงออกโดยผิวเผิน แต่ต้องหมายถึงระดับความรู้สึกและอารมณ์ของบุคคลที่มาจากใจจริง เป็นเจตคติที่บุคคลมีอยู่และแสดงออกได้โดยปราศจากการปรุงแต่ง หรือกลบเกลื่อน การแสดงออกกับการยอมรับที่เป็นธรรมชาติจะเป็นไปอย่างกลมกลืนผสมผสานทั้ง คำพูด กิริยาท่าทางและความรู้สึก ซึ่งจะถ่ายทอดให้อีกบุคคลหนึ่งรับได้ เป็นเครื่องแสดงออกซึ่งระดับของพัฒนาการ โดยส่วนรวมของบุคคลนั้น

การยอมรับในที่นี้จึงไม่ได้หมายถึง การตกลงยินยอม (Agreement) เห็นด้วยหรือรับหลักการ (Approval) หรือความอดทน (Tolerance) ที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วย เพราะไม่ได้หมายถึงการยอมรับนับถือบุคคลตามความหมายในที่นี้ หากแต่พยาบาลจะแสดงการยอมรับผู้ป่วยโดยการตระหนักในความเป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริงตามที่เป็นอยู่ ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการตอบสนองความต้องการ และช่วยเหลือตนเองเพื่อให้สามารถอยู่ในโลกได้ตามความเป็นจริงที่ตนมีอยู่

6. หลักปฏิบัติของการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางจิต

การสื่อสารเพื่อการบำบัดจะเป็นไปได้มากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับตัวพยาบาลจิตเวชเองเป็นสำคัญ ว่ามีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการสื่อสาร มากน้อยเพียงไร และสามารถนำไปปฏิบัติให้มีผลในทางบำบัดได้หรือไม่ ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดนั้นพยาบาลจิตเวชต้องใส่ใจเข้าไปมีส่วนร่วมในการสื่อสาร มีความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและเต็มใจที่จะเสนอตัวเพื่อช่วยเหลือและยังจะต้องรู้จักใช้เทคนิควิธีเพื่อการสื่อสารให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างเสริมความเจริญเติบโตทางความคิดแก่ผู้ป่วย

ในการปฏิบัติของการสื่อสารเพื่อการบำบัดนั้น องค์ประกอบสำคัญซึ่งมีผลในทางการบำบัดได้ทั้งการสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา หรือที่เรียกว่าภาษาท่าทาง (Nonverbal Communication) และการสื่อสารที่เป็นวาจาคำพูด หรือการสนทนาโดยตรง (Verbal Communication) ในที่นี้จะกล่าวถึงหลักใหญ่ ๆ โดยรวม (ทัศนา บุญทอง, 2547 : 980-982) ซึ่งพยาบาลจิตเวชจะต้องทำความเข้าใจและยึดถือปฏิบัติในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวสดังนี้

1. สนใจต่อสิ่งที่ผู้ป่วยพูด (Attending) ความหมายในที่นี้มากกว่าสนใจธรรมดา แต่พยาบาลจิตเวชจะต้องมีสติรู้อยู่ตลอดเวลาและตระหนักในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดทุกคำพูด ไม่ใจลอยหรือคิดถึงเรื่องอื่นจนกระทั่งการฟังไม่ต่อเนื่องและได้ข้อมูลไม่ชัดเจน ความสนใจในที่นี้จึงมีความหมายเท่ากับ “full conscious” คือ พยาบาลรู้สึกตัวหรือรู้สติอยู่ตลอดเวลา นั่นเอง

2. การสังเกตอย่างรอบคอบ (Observe) ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องวางแผน และทราบในขั้นตอนของการสังเกตและสิ่งที่ต้องสังเกต การสังเกตในที่นี้เป็น การสังเกตผู้ป่วยทั้งคนในสิ่งแวดล้อมทั้งครอบครัว เป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งต้องการความถูกต้อง เป็นจริง และไม่อคติ พยาบาลจะต้องสังเกตผู้ป่วยโดยความจริงที่ว่า ผู้ป่วยเป็นปัจเจกบุคคลคนหนึ่ง ซึ่งมีความเป็นเฉพาะในความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ซึ่งเป็นผลสะท้อนจากความเป็นจริงที่เป็นตัวเขาและสิ่งแวดล้อม ในการสังเกตพยาบาลจะได้ข้อมูลจากผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลซึ่งผู้ป่วยแสดงออกโดยไม่ได้พูด เช่นการแสดงกิริยาท่าทาง หรือสีหน้า เป็นต้น และแม้ข้อมูลซึ่งผู้ป่วยพูด การสังเกตก็จะบอกได้ถึงประเด็นบางประการซึ่งจะบอกลักษณะของความเป็น “ตนเอง” ของผู้ป่วยได้มากขึ้น

3. การฟัง (Listening) ในการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวชนั้นสิ่งสำคัญที่สุด คือ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเร็วขึ้น และกล้าที่จะระบายสิ่งต่าง ๆ ให้เราฟังได้ โดยปกติแล้วพยาบาลเราไม่ค่อยได้ฝึกกันโดยตรงว่าการเป็นผู้ฟังที่ดีนั้นจะต้องทำอย่างไรบ้าง เพราะโดยทั่วไปในโรงเรียนพยาบาลเรามักสอนหรือฝึกกันแต่เฉพาะเทคนิควิธีการพยาบาลในด้านบริการที่เราจะให้กับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ปัจจุบันเราจำเป็นต้องให้ความสำคัญในเรื่องนี้มากขึ้น เพราะการปฏิบัติเพื่อให้การดูแลทางด้านจิตใจในผู้ป่วยนั้นสิ่งหนึ่งที่พยาบาลจะกระทำได้ดีคือ การเป็นผู้ฟัง ในการพยาบาลจิตเวช การฟังเป็นทักษะสำคัญอย่างยิ่งต่อการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางจิต การฟังไม่ใช่สิ่งที่ปฏิบัติได้โดยง่าย โดยเฉพาะในการพยาบาลจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมหลายประการซึ่งพยาบาลต้องใช้ความพยายามพิเศษ อย่างเช่น เรื่องที่ผู้ป่วยระบายออกมานั้นเป็นปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนจนน่าเวียนศีรษะ หรือวิธีการเล่าของผู้ป่วยซึ่งวกวนจับต้นชนปลายไม่ถูก นำเบื่อ หรือกิริยาท่าทางของผู้ป่วยขณะเล่าจนพยาบาลทนไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยที่ก้าวร้าวรุนแรงระแวง หรือผู้ป่วยที่พูดเสียคนเดียว ไม่ยอมให้พยาบาลได้ตอบโต้บ้าง ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายไม่ยอมฟังต่อ ผู้ป่วยบางคนพูดซ้ำ ซ้ำเสียจน

พยายามไม่มีความอดทนที่จะฟังให้จบได้ หรือบางจำพวกพูดขาดเป็นตอน ๆ ไม่ปะติดปะต่อกัน ผู้ป่วยบางจำพวกมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตัวเองและคำพูดของตัวเอง เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้พอจะมองเห็นได้ว่าการฟังในการพยาบาลจิตเวชเป็นงานสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งพยาบาลจะต้องฝึกและปฏิบัติได้ การติดต่อ สื่อสารกับผู้ป่วยจึงจะเป็นการบำบัดได้ การฟังก็เช่นเดียวกับการสังเกตซึ่งต้องถูกต้องตรงกับความเป็นจริง โดยทั่วไปการฟังมีอยู่ 4 รูปแบบด้วยกันคือ

3.1 การฟังแบบต่อต้าน (Defensive Listening) การฟังในลักษณะนี้ ผู้ฟังจะจับได้แต่เนื้อหาที่ตนไม่เห็นด้วย แต่จะไม่ได้ยินเนื้อหาหรือข้อมูลทั้งหมดของผู้พูด หากพยาบาลเป็นผู้ฟังในลักษณะนี้ ผู้ป่วยมักจะถูกคาดคะเนไว้ก่อนแต่ในสิ่งไม่ถูกต้องซึ่งไม่เป็นประโยชน์ในทางบำบัด เพราะจะก่อให้เกิดการตีความผิด ๆ และความสับสนในข้อมูลและวิธีการช่วยเหลือ การฟังแบบต่อต้านอาจพบได้ทั้งตัวพยาบาลเองและตัวผู้ป่วย ส่วนใหญ่พบว่ามักเป็นบุคคลประเภทที่มีความรู้สึกผิด บาป ละอาย มีความกลัว หรือมีความรู้สึกไร้ค่าในตนเอง

3.2 การฟังแบบเลือกฟัง (Selective Listening) ธรรมชาติของมนุษย์ส่วนหนึ่งคือมักจะพอใจที่จะได้ยินสิ่งที่เราพอใจหรือชอบที่จะได้ยิน บางครั้งผู้พูดอาจจะยังไม่ได้พูดเลยก็ได้ และมนุษย์เรายังมีธรรมชาติที่ฟังได้ใจความไม่หมด แต่จะเลือกได้ยินเพียงบางส่วนเท่านั้น นักจิตวิทยาบอกว่าโดยทั่วไปส่วนที่ได้อินและจำได้มักจะสัมพันธ์กับตัวผู้ฟังเองหรือประสบการณ์หรือความประทับใจบางอย่างของผู้ฟังเสียเป็นส่วนใหญ่ ในการพยาบาลจิตเวช การฟังที่ได้ข้อมูลเพียงบางส่วนนี้ก็มักเป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพราะนอกจากจะทำให้ไม่สามารถแปลความหมายจากข้อมูลได้แล้ว ในกระบวนการ สื่อสารเอง การโต้ตอบก็จะเป็นไปไม่ได้ดีอีกด้วย

3.3 การตั้งใจฟัง (Deliberate Listening) ผู้ฟังตั้งใจฟังทุกคำพูดเหมือนอย่างที่เราเคยได้ยินคำกล่าวที่ว่า “ฉันได้ยินทุกคำพูดที่พูด” ซึ่งเป็นคำกล่าวที่ยืนยันว่า ผู้ฟังได้ข้อมูลชัดเจนทุกคำพูดที่พูด ซึ่งเป็นคำกล่าวที่ยืนยันว่าผู้ฟังได้ข้อมูลชัดเจน ทุกขั้นตอน และไม่ผิดพลาด การฟังในลักษณะนี้ผู้ฟังจะต้องตั้งใจอย่างยิ่งและไม่ได้ฟังอย่างต่อต้านหรือเลือกฟัง และไม่ได้ใช้ความรู้สึกส่วนตัวหรือการคิดสินใจ ๆ ลงในข้อมูลนั้น ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด การฟังอย่างตั้งใจมีความจำเป็นเพราะถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าการที่ตนพูดได้รับความสนใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลาย และอยากจะทำและระบายมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามการตั้งใจฟังก็เป็นเรื่องจำเป็นสำหรับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ซึ่งพยาบาลจะต้องตระหนักในขณะที่สนทนากับผู้ป่วย ดังนั้นในการสนทนาหรืออภิปรายปัญหา พยาบาลจะต้องสอบถามผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับข้อความที่สนทนาถูกต้อง

3.4 การฟังด้วยความเข้าใจ (Empathic Listening) เป็นหัวใจสำคัญของการสื่อสารเพื่อการบำบัด คือ นอกจากจะต้องฟังอย่างตั้งใจแล้ว จะต้องเข้าถึงความรู้สึกของผู้พูดด้วย คือ มีความเข้าใจ

จริง ๆ ตามความรู้สึกของผู้พูด โดยไม่นำความรู้สึกของตนเองไปปะปน หากแต่เป็นการฟังอย่างเป็นกลางและสามารถเข้าถึงความรู้สึกของผู้เล่าได้ตามความเป็นจริง

4. การโต้ตอบ (Response) ในการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พบได้เสมอที่การโต้ตอบของพยาบาลเป็นเพียงโต้ตอบพอฟ่าน ๆ ไม่มีความหมายอะไร การโต้ตอบลักษณะนั้นเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ฟังไม่ได้ตั้งใจฟัง หรือไม่ได้สังเกตกิริยาท่าทางของผู้ป่วย ประกอบ การฟังจึงไม่ได้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน การโต้ตอบจึงไม่ตรงประเด็น และไม่มีผลในทางบำบัดแต่อย่างใด บางครั้งอาจจะเกิดผลเสียด้วยซ้ำ

แนวทางการใช้ทักษะการฟัง

การฟังที่ดีถือว่าเป็นการรักษา เป็นการฟังแบบสองทาง (Two Way Communication) คือ ลักษณะการฟังอย่างใส่ใจ (Active Listening) คือ ตั้งใจฟังต่อเนื้อหาสาระและอารมณ์ของผู้รับการปรึกษาที่แสดงออกมา การฟังอย่างใส่ใจ (L-A-D-D-E-R) หมายถึง

L = LOOK มองประสานสายตา ตั้งใจฟัง มีสติ และพยายามจับประเด็นสำคัญในปัญหาของผู้รับการปรึกษา

A = ASK ชักถามในจุดที่สงสัยในประเด็นปัญหา และแกะรอยตามประเด็นปัญหาของผู้รับการปรึกษา

D = DON'T INTERRUPT ไม่แทรกหรือขัดจังหวะ ถ้าในกรณีผู้รับการปรึกษาพูดมาก และววนใช้การสรุปประเด็นปัญหาเป็นช่วง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ

D = DON'T CHANGE THE SUBJECT ไม่เปลี่ยนเรื่อง ให้แกะรอยตามประเด็นปัญหาของผู้รับการปรึกษาไปแต่ละประเด็น ไม่เปลี่ยนเรื่องไปมา

E = EMOTION ใส่ใจการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้รับการปรึกษาทั้ง Verbal และ Non-verbal

R = RESPONSE แสดงสีหน้า ท่าทางตอบสนอง

ผลที่เกิดจากการใช้ทักษะการฟัง

1. ถ้าผู้ให้การปรึกษาฟังมากเกินไปการให้การปรึกษาจะขาดการร่วมกันหาแนวทางที่จะให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจในปัญหา สาเหตุ และความต้องการ

2. ถ้าผู้ให้การปรึกษาฟังน้อยเกินไปและพูดมาก จะเป็นการรวบรัดเข้าสู่จุดหมายของการให้การปรึกษาอย่างรวดเร็ว ผู้รับการปรึกษาไม่มีโอกาสได้ระบายความคิด ความรู้สึก เป็นการตอบสนองผู้ให้การปรึกษามากกว่าผู้รับการปรึกษา

3. เป็นวิธีการสื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่า ผู้ให้การปรึกษากำลังใส่ใจและสนใจเรื่องราวที่ผู้รับการปรึกษาพูด (กรมสุขภาพจิต, 2545 : 10-12)

7. การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Therapy) เป็นจิตบำบัดในรูปแบบที่นำเสนอโดย รอเจอร์ส ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1940 เป็นต้นมา ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบการให้การรักษานี้ที่แตกต่างจากรูปแบบอื่น ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนี้ รอเจอร์ส เป็นผู้สร้างรูปแบบการรักษานี้ขึ้น โดยเริ่มเกิดแนวคิดนี้เมื่อปี ค.ศ. 1940 และได้ทำการทดลองเป็นเวลา 12 ปี จึงทำให้เราเรียกรูปแบบการรักษานี้ว่า “Rogerian Therapy” ตามชื่อของผู้คิด การกำเนิดรูปแบบการรักษานี้ของรอเจอร์สนี้แตกต่างกับคนอื่น ๆ อยู่บ้าง คือ การรักษารูปแบบอื่นมักจะมาจากการไม่เห็นด้วยกับแนวคิดและวิธีการรักษาของคนอื่นบ้าง คนนี้บ้าง หรือต่อต้านแนวคิดคนอื่น ๆ ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ไม่ได้มีความขัดแย้งหรือต่อต้านกับคนอื่น ๆ และจะไม่มีกำหนดรูปแบบเฉพาะ แต่จะยืดหยุ่นให้ผู้รักษาแต่ละคนมีแนวทางและมีเทคนิคของตัวเอง โดยมีข้อแม้อยู่อย่างเดียวว่า จะต้องมีความคิดพื้นฐานและปรัชญาที่เป็นที่ยอมรับกันในกลุ่ม Rogerian เป็นกรอบของการปฏิบัติ ผู้รักษาที่อาศัยแนวคิดของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จะมีแบบอย่าง (Style) ของตนเองในการให้การรักษามีทัศนคติชนิด “เปิดใจและยอมรับ” มีเทคนิคที่ยืดหยุ่นได้ตามแต่เหตุการณ์ในขณะที่ให้การบำบัดผู้รักษาในกลุ่ม Rogerian จะไม่เรียกผู้มีปัญหาว่า “ผู้ป่วย” เพราะความหมายของผู้ป่วยนั้นจะมีความอ่อนแอและไร้ประสิทธิภาพแฝงอยู่ แต่จะใช้คำว่า “Client” แทน ซึ่งมีความหมายว่าผู้ที่มีปัญหาที่แสวงหาความช่วยเหลืออย่างเข้มแข็งด้วยตัวเอง นอกจากนี้ผู้รักษาในกลุ่ม Rogerian จะไม่แสดงตนว่าเป็นผู้รู้ตัวว่าผู้มีปัญหา แล้วทำหน้าที่ชี้แนะแนวทางแก้ปัญหาให้ แต่จะให้ผู้มีปัญหาได้เรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง โดยมีความเห็นว่า การจะเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงในการรักษาจะต้องมาจากผู้มีปัญหา โดยเหตุนี้เมื่อเริ่มต้นนำแนวคิดนี้มาใช้ในการบำบัดผู้มีปัญหา จึงเรียกวิธีการรักษานี้ว่า “Nondirective Counseling” และได้เปลี่ยนเป็นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Therapy)

ในแนวคิดของรอเจอร์ส ผู้รักษาหรือผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ควรจะมีทัศนคติที่เป็นกลางหรือที่เรามักเรียกว่า Nonjudgmental Attitude เป็นผู้สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและบรรยากาศแห่งการยอมรับ เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาได้สื่อความคิดความรู้สึกทั้งหลายที่มีอยู่ออกมา นอกจากนี้ยังควรจะต้องยินยอมให้ผู้ที่มีปัญหาเป็นผู้นำแนวทางการรักษา ด้วยเหตุนี้จึงได้เรียกรูปแบบการรักษานี้ว่า “Client Centered Therapy” การบริการด้วยการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางถูกสร้างขึ้นโดยอาศัยสมมติฐาน 2 ประการ ดังต่อไปนี้

1. บุคคลทุกคนมีความสามารถอยู่ในตัวเอง หรืออย่างน้อยซ่อนแฝงอยู่ในตัวเอง ที่จะทำความเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ในวงจรชีวิตที่ทำให้เขาไม่มีความสุข เจ็บปวดและเป็นทุกข์ และบุคคลยังมีความสามารถในการที่จะเอาชนะหรือปลดปล่อยสาเหตุแห่งความทุกข์เหล่านั้น

2. พลังความสามารถที่มีอยู่หรือซ่อนแฝงอยู่นั้นจะเกิดประสิทธิภาพขึ้นได้เมื่อผู้รักษาได้สร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น ยอมรับและมีความเข้าใจกับบุคคลนั้น ๆ

จากสมมติฐานสองข้อนี้ ในทางปฏิบัติผู้รักษาที่อาศัยแนวคิดนี้จึงไม่มีการวินิจฉัยผู้มีปัญหาหรือทำการประเมินบุคลิกภาพ จะไม่มีการสั่งการรักษา หรือเป็นผู้ตัดสินว่าผู้มีปัญหาควรจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด จึงจะเรียกว่าหายจากความเจ็บป่วย ตรงกันข้ามผู้รักษาจะปฏิบัติต่อผู้มีปัญหาในฐานะเป็นบุคคล มีความเป็นบุคคลเท่าเทียมกับผู้รักษา จะติดต่อกับผู้มีปัญหาด้วยความนับถืออย่างแท้จริง พยายามเข้าใจผู้มีปัญหา เห็นปัญหาของเขาเช่นที่เขาเห็น และจะรับรู้ภาวะสับสน ความกลัว ความทะเยอทะยานร่วมไปกับเขา ภายใต้ภาวะเช่นนี้จะทำให้ผู้รักษาสามารถสร้างสัมพันธที่อบอุ่นกับผู้มีปัญหา โดยไม่ต้องเป็นกังวลในเรื่องการวินิจฉัยหรือตัดสินพฤติกรรมผู้มาปรึกษาว่าเป็นแบบใด หรือเป็นกังวลในการหาคำแนะนำ แนวทางการแก้ปัญหาให้แก่ผู้มาขอคำปรึกษา แต่จะทำหน้าที่เพียงอย่างเดียวคือพยายามทำความเข้าใจผู้มาขอปรึกษาและปัญหาของเขา และเชื่อว่าภายใต้บรรยากาศแห่งความอบอุ่นเช่นนี้ ผู้มาขอคำปรึกษาจะเกิดความรู้สึกปลอดภัย และเกิดความมั่นใจว่าจะไม่ได้รับอันตราย หรือถูกทำให้เกิดความเจ็บปวดทรมานใจ จะเริ่มเห็นแนวทางแก้ปัญหา เห็นคุณค่าในตนเอง และเริ่มสร้างภาพพจน์ของตนเองที่มีความสอดคล้องกับความเป็นจริงและความต้องการของตนเองมากยิ่งขึ้น ผู้บำบัดในกลุ่ม Rogerian เชื่อว่า Client Centered Therapy เป็นวิธีการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพกว่าวิธีการอื่น ๆ ในการช่วยบุคคลในการแก้ปัญหาชีวิต

กระบวนการรักษา กลุ่มผู้รักษาที่อาศัยแนวคิดนี้เห็นว่า การรักษาเป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างหนึ่ง (Therapy is a learning process) การจะให้เกิดการเรียนรู้ได้นั้น ผู้รักษาควรจะสร้างบรรยากาศชนิดที่ทำให้ผู้มีปัญหาหรือผู้ขอคำปรึกษา รู้สึกผ่อนคลายและปลอดภัย ดังนั้นผู้รักษาจึงต้องสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นกับผู้มีปัญหา จนถึงขั้นที่ทำให้เขายอมรับประสบการณ์บางอย่าง ซึ่งเขาปฏิเสธไม่ยอมรับมาก่อน และสามารถนำประสบการณ์เหล่านี้ผสมผสานเข้าไปในบุคลิกใหม่ของเขาได้ กระบวนการรักษาจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อผู้รักษาได้สร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น ที่มีความจริงใจ มีการยอมรับและมีความเข้าใจ ผู้รักษาที่อาศัยแนวคิดนี้จึงจะต้องมีบุคลิกและมีทัศนคติบางประการคือ จะต้องมีบุคลิกที่มีลักษณะมีความเป็นมิตรสูง มีทัศนคติในทางบวกต่อผู้มีปัญหาผู้ทำหน้าที่เป็นผู้รักษาจะต้องเสริมสร้างคุณสมบัติเหล่านี้เพื่อที่จะประสบความสำเร็จในการให้คำปรึกษาและการรักษา นอกจากลักษณะของสัมพันธภาพดังที่กล่าวมาแล้ว รอเจอร์สยังได้ศึกษาปัจจัยอะไรบ้างในตัวผู้บำบัด ประสบการณ์อะไรในตัวผู้บำบัดที่จะทำให้สัมพันธภาพมีลักษณะส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาหรือผู้ขอคำปรึกษามีการเปลี่ยนแปลง และจากประสบการณ์ในการทดลองใช้แนวคิดนี้ในการให้คำปรึกษา รอเจอร์ส ก็ได้ข้อสรุปว่า ผู้รักษาที่ประสบความสำเร็จในการรักษา คือ สามารถทำให้ผู้มีปัญหาเข้าใจในตนเองและมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ควรจะต้องมีทัศนคติบางประการดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้รักษา (Congruence) การจะส่งเสริมให้บุคคลอื่นมีพัฒนาการทางด้านส่วนตัวได้นั้น ผู้รักษาหรือผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีการพูดและการกระทำ ที่สอดคล้องกัน เป็นตัวของตัวเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ขอรับคำปรึกษา เขาจะต้องมีความจริงใจ (Genuine) ไม่เสแสร้ง หรือสร้างเกราะกำบังตัวเอง (Front) หรือสวมหน้ากาก (Façade) ผู้บำบัดจะต้องเปิดเผยความรู้สึกและทัศนคติที่เกิดขึ้นจริง ๆ ถ้าเห็นว่าเหมาะสม นั้นหมายถึงว่าผู้รักษาเผชิญกับผู้มีปัญหาในฐานะบุคคลกับบุคคล เป็นตัวของตัวเองโดยไม่ต้องปฏิเสธตัวเอง

2. ความเห็นใจ (Empathy) สัมพันธภาพจะต้องคงไว้ซึ่งความเห็นอกเห็นใจ ผู้รักษาจะต้องเข้าใจในความคิดความรู้สึกของผู้มีปัญหา และสามารถสื่อความเข้าใจนี้ออกมาได้ จะต้องเข้าใจและรู้สึกภาวะสับสน ความกลัว ความโกรธ หรือความรู้สึกไม่ได้รับความยุติธรรมของผู้มีปัญหา แต่ผู้รักษาจะต้องไม่ติดค้างอยู่ในอารมณ์เหล่านี้จนไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ เมื่อผู้รักษาเข้าใจสถานการณ์และปัญหาดีแล้ว ก็จะสามารถสื่อความเข้าใจนี้ให้แก่ผู้มีปัญหาได้ผู้มีปัญหาก็จะเริ่มรับรู้สิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน ตระหนักในสิ่งที่ไม่เคยตระหนักมาก่อน

3. การยกย่องและยอมรับ (Positive Regard) การเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นได้นั้น ผู้รักษาจะต้องมีทัศนคติในทางที่ดีกับผู้มีปัญหา และแสดงทัศนคติในทางบวกนี้ออกมาในรูปของการมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น ยอมรับ และเห็นคุณค่าของผู้มีปัญหา ผู้รักษาเห็นผู้มีปัญหาว่าเป็นผู้มีความสามารถซ่อนแฝงอยู่ การแสดงออกซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ ไม่ว่าจะ เป็นความรู้สึกในทางบวกหรือลบของผู้มีปัญหา ผู้รักษาจะให้การยอมรับ นอกจากนี้ผู้รักษาจะให้ความนับถือในความสามารถ การตัดสินใจ และจะยินยอมให้ผู้มีปัญหาเลือกหนทางการแก้ปัญหา เลือกค่านิยมของตนเอง

4. การยกย่องและยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข (Unconditionality of Regard) ทัศนคติอีกอย่างหนึ่งของผู้รักษา คือการยอมรับ เห็นคุณค่าและยกย่องผู้มีปัญหาโดยไม่มีเงื่อนไข ยอมรับเขา เช่นที่เขาเป็นอยู่ ความหมายของการยอมรับและยกย่องโดยไม่มีเงื่อนไขนี้ แสดงให้เห็นในความสม่ำเสมอของผู้รักษาในการยอมรับความคิดความรู้สึกของผู้มีปัญหา คือยอมรับความรู้สึกทุกอย่างที่เกิดขึ้น ไม่ใช่ยอมรับความรู้สึกบางอย่างและไม่ยอมรับความรู้สึกอย่างอื่น ๆ เป็นการยอมรับโทษไม่มีการประเมินหรือตัดสินว่าถูกต้องหรือผิด เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ภายใต้อากาศเช่นนี้ ผู้มีปัญหาจะรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาชีวิตด้วยความเข้มแข็งและสามารถเอาชนะอุปสรรคที่ขวางอยู่ข้างหน้าได้

นอกจากทัศนคติของผู้รักษาที่จะมีผลต่อการรักษาแล้ว การรับรู้ของผู้มาขอคำปรึกษาหรือผู้มีปัญหาที่มีส่วนสำคัญต่อกระบวนการรักษาเป็นอย่างยิ่ง กล่าวกันว่าการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ การพัฒนาไปสู่ขั้นพัฒนาการที่สูงขึ้นของผู้ปัญหานั้นขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ที่ผู้มี

ปัญหาได้รับในกระบวนการรักษา ถ้าผู้รักษาไม่เกิดประสบการณ์ที่ดีที่ผู้รักษาได้พยายามเสริมสร้างให้ ไม่สามารถรับรู้และไม่ตระหนักในทัศนคติที่ผู้รักษาพยายามสื่อออกมา หรือมีการรับทัศนคติที่ผู้รักษาสื่อออกมาผิดไปจากความเป็นจริง เช่น ผู้รับการรักษาอาจจะแปลความหมายของความเห็นใจว่าเป็นการเสแสร้งหรือการที่ผู้รักษายอมรับทุกอย่างที่ผู้มีปัญหาแสดงออกว่าเป็นการไม่ใส่ใจต่อสิ่งที่ผู้มีปัญหาได้ทำ ไม่สนใจผู้มีปัญหาพอที่จะคำนิหรือห้ามปรามไม่ให้ทำต่อไป หรืออาจจะแปลความอบอุ่นที่ผู้รักษาแสดงออกว่าเป็นการพยายามสร้างความใกล้ชิด ซึ่งหากว่าผู้รับการรักษารับรู้และแปลทัศนคติต่าง ๆ ที่ผู้รักษาแสดงออกไปในทางตรงข้าม บรรยากาศแห่งการรักษาย่อมจะเกิดขึ้นไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงในตัวผู้รับการรักษาที่ย่อมจะไม่เกิดขึ้น

จึงสรุปได้ว่า กระบวนการรักษาโดยอาศัย ว่าผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Therapy) นี้เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างหนึ่ง คือผู้มีปัญหาได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองใหม่ เรียนรู้วิธีการติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ใหม่ และเรียนรู้ในพฤติกรรมใหม่ ซึ่งการเรียนรู้ในสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้รักษาส่งบรรยากาศที่จะทำให้ส่งเสริมการเรียนรู้ คือ เป็นบรรยากาศที่อบอุ่น ยอมรับ เห็นใจ เข้าใจ และยกย่องนับถือผู้มีปัญหา ภายใต้อารมณ์เช่นนี้ บุคคลทั่วไปรวมทั้งผู้มีปัญหาชีวิตจะสามารถนำพลังความสามารถที่มีอยู่ หรือที่ซ่อนแผลงอยู่ออกมาใช้ เพื่อทำความเข้าใจตนเอง ปัญหาของตนเอง สถานการณ์ชีวิต ผลคือเกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพไปในทางที่ดีขึ้น สามารถเข้าใจตนเอง ผู้อื่น ปัญหาชีวิตและปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2547 : 1220-1224 พงพันธ์ พงษ์โสภา, 2543 : 13-18) และรอเจอร์ส (Rogers, 1986 : 81-86)

8. หลักพุทธธรรมในการพัฒนามนุษย์สัมพันธ์

สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ทรงบัญญัติหลักธรรมอันเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการเสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์ไว้หลายข้อด้วยกัน แต่จะขอนำมากล่าว ณ ที่นี้เพียง 2 ประการเท่านั้นคือ หลักแห่งพรหมวิหารธรรม และสังคหัตถุธรรม ซึ่งอธิบายโดยย่อดังต่อไปนี้

8.1 พรหมวิหารธรรม หมายถึง คุณธรรม 4 ประการที่พึงปฏิบัติต่อกันและกัน เพื่อให้เกิดความสุขในการอยู่ร่วมกัน คุณธรรมดังกล่าวได้แก่ เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา ผู้ที่เจริญพรหมวิหารธรรมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้จิตใจอ่อนโยน สงบสุข เต็มไปด้วยความรัก ความปรารถนาดีและความรู้สึกดี ๆ ที่จะมีต่อกันและกัน (พระธรรมปิฎก, 2538: 148)

8.2 เมตตา หมายถึง ความรักความปรารถนาดีที่จะให้ผู้อื่นมีความสุข มีความรักใคร่สนิทสนม กลมเกลียวกัน การเจริญเมตตาคือสิ่งที่กระทำได้ทุกเมื่อ เพื่อขจัดความโกรธและความพยาบาท โดยการแผ่เมตริจิตไปยังสัตว์ทั้งหลายว่า “สัตว์ทั้งหลายทั้งปวง จงเป็นผู้ที่ไม่มีเวรเถิด จงเป็นผู้ไม่เบียดเบียนกันเถิด จงเป็นผู้ไม่มีทุกข์กายทุกข์ใจเถิด จงเป็นผู้มีสุขรักษาตนเถิด ”

8.3 กรุณา หมายถึง ความสงสาร คิดช่วยเหลือผู้อื่นให้พ้นทุกข์ กล่าวคือ เมื่อเห็นผู้อื่นได้รับความทุกข์ ความเดือดร้อนในเรื่องหนึ่งเรื่องใดก็ตาม ก็ไม่สามารถนิ่งเฉยดูตาอยู่ได้ แต่ทว่ามีจิตคิดสงสารและหาทางช่วยเหลือให้เขาเหล่านั้นพ้นทุกข์ ความกรุณาจะช่วยให้เราไม่เป็นคนเห็นแก่ตัวหรือคิดหนีเอาตัวรอดแต่เพียงผู้เดียวยามเกิดเหตุเภทภัยต่าง ๆ การเจริญกรุณากระทำได้ทุกเมื่อเพื่อจัดการเบียดเบียนผู้อื่น โดยมีความสงสารปรารถนาในสัตว์ทั้งหลายที่มีความทุกข์ ความเดือดร้อนได้พ้นจากความทุกข์ความเดือดร้อนนั้น โดยกล่าวว่า “สัตว์ทั้งหลายทั้งปวง จงพ้นจากทุกข์เถิด”

8.4 มุทิตา หมายถึง ความรู้สึกชื่นชมยินดีเมื่อผู้อื่นมีความสุขหรือประสบผลสำเร็จ การเจริญมุทิตาเป็นการขจัดความอิจฉาริษยาที่มีต่อผู้อื่น โดยทำจิตให้พลอยยินดีต่อความสุขความเจริญของผู้อื่นว่า “สัตว์ทั้งหลายทั้งปวง จงอย่าได้พลัดพรากจากสมบัติอันได้แล้วเถิด”

8.5 อุเบกขา หมายถึง ความวางเฉย ไม่ดีใจ ไม่เสียใจ เมื่อคนอื่นถึงความวิบัติ ความวางเฉยคือการวางใจให้เป็นกลาง ไม่ลำเอียง ไม่เลือกที่รักมักที่ชังหรือมีอคติต่อผู้หนึ่งผู้ใด การเจริญอุเบกขา เพื่อขจัดความยินดียินร้าย และความเศร้าโศกเสียใจในเมื่อเห็นผู้อื่นประสบความทุกข์ เพราะกรรมของเขาอันเราไม่อาจช่วยเหลือได้ โดยพิจารณาความจริงว่า “สัตว์ทั้งหลายทั้งปวงเป็นผู้มีกรรมเป็นกำเนิด เป็นผู้มีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์ เป็นผู้มีกรรมเป็นที่พึ่งอาศัย จักทำกรรมอันใดไว้ดี หรือชั่วย่อมเป็นผู้รับผลของกรรมนั้น”

ผู้ที่เจริญพรหมวิหารธรรมอยู่เสมอ ย่อมจะเป็นผู้ที่มีจิตใจสงบ คลายความทุกข์และความกังวลใจได้ง่าย นอกจากนั้นก็ยังเป็นผู้ที่มีอารมณ์แจ่มใส ชื่นบาน ไม่โกรธง่าย รู้จักให้อภัย รวมทั้งมีความสุขกายสบายใจและเป็นที่รักของคนทั่วไป ดังนั้น จึงเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่ทุกคนต้องเจริญพรหมวิหารสี่ ดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ

9. สังคหวัตถุธรรม หมายถึง หลักธรรมที่เอื้อในการสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือและเสริมสร้างมิตรภาพที่ดีต่อกัน คุณธรรมข้อนี้ประกอบด้วย ทาน ปิยวาจา อุตถจริยา และสมานัตตา ซึ่งอธิบายโดยย่อดังนี้ (พระธรรมปิฎก, 2538 : 167-168)

9.1 ทาน คือ การให้ปันสิ่งของของตนเองแก่ผู้อื่น การให้เป็นการแสดงออกซึ่งไมตรีจิตของผู้ให้ ผู้รับย่อมพอใจ การเอื้อเพื่อแผ่ต่อกันและกันเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการมีชีวิตอยู่ร่วมกัน เป็นการเสียสละแบ่งปันสิ่งของและความสุขแก่กันและกันเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการมีชีวิตอยู่ร่วมกัน เป็นการเสียสละแบ่งปันสิ่งของและความสุขแก่กันและกัน ช่วยขจัดความโลภและความตระหนี่ถี่เหนียว คนเราสามารถเป็นผู้ให้ได้หลายอย่างตั้งแต่วิทยาทาน (ให้ความรู้) ธรรมทาน (ให้คำสั่งสอน) อามิสทาน (ให้วัตถุสิ่งของหรือทรัพย์สินเงินทอง) และที่สำคัญอย่างยิ่งคือ อภัยทาน (ให้อภัยแก่ผู้อื่น)

9.2 ปิยะวาจา คือ การเจรจาด้วยถ้อยคำไพเราะอ่อนหวาน พูดความจริง พูดสุภาพ และอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริง พูดด้วยจิตที่เมตตา ไม่พูด โทกหกปกกลม พูดต่อเสียดนินทา กระแนะกระแหน เสียดสีประชดประชัน พูดคำหยาบ คำสัปคน ตลกโปกฮาอย่างไร้กาลเทศะ คนเราจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเป็นผู้มี “ปิยะวาจา” อย่างสม่ำเสมอ นั่นคือ พูดจาไพเราะแก่ทุก ๆ คน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บิดามารดาควรพูดจาไพเราะแก่เด็ก ๆ ซึ่งจะเป็นต้นแบบที่ดีให้เด็ก ๆ พูดจาไพเราะตามไปด้วย

9.3 อตถจริยา คือ การปฏิบัติตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อสังคมส่วนร่วม เมื่อผู้อื่นขอร้องให้ช่วยทำอะไรให้ หรือมีกิจการงานใดที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ก็ให้ความช่วยเหลือ หรือให้ความร่วมมือตามความรู้ความสามารถและความพร้อม ไม่เป็นคนนิ่งดูเฉยหรือใจคับแคบ ไม่ยอมช่วยเหลือผู้อื่น โดยเฉพาะงานนั้นมิได้มีแต่เฉพาะงานที่ปฏิบัติเป็นประจำตามหน้าที่ที่รับผิดชอบโดยตรงเท่านั้น ยังมีกิจกรรมอื่น ๆ อีกมากมายหลายอย่างที่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจและความร่วมมือของทุก ๆ ฝ่ายอีกด้วย

9.4 สมานัตตา หมายถึง การวางตนอย่างเหมาะสมและอย่างสม่ำเสมอ ไม่ถือตนว่าตนเองเหนือกว่าคนอื่น ไม่ดูหมิ่นดูแคลนซึ่งกันและกัน และไม่ยกตนข่มท่าน ในฐานะที่เป็นผู้ใหญ่ ก็ไม่ดูถูกดูหมิ่นผู้น้อย ในฐานะผู้น้อยก็ให้ความเคารพนับถือ สุภาพอ่อนน้อมต่อผู้ใหญ่ตามควรแก่ฐานะผู้ที่ปฏิบัติตามสังกหัตถุธรรมอย่างสม่ำเสมอย่อมมีความสุข และเป็นที่รักใคร่เคารพนับถือของผู้ที่ติดต่อสัมพันธ์ด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรัก

พิชิตพงษ์ อริยะวงศ์ (2545) ศึกษากลไกทางจิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเยาวชนที่ถูกจับเนื่องจากเสพยาบ้า พบว่า ความรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับในฐานะสมาชิกครอบครัว บิดา มารดา ไม่รักตนเอง

สมหมาย เลาหะจินดาและวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543) ลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่กับความคิดฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่น พบว่าเด็กวัยรุ่นร้อยละ 40 ต้องการให้ปฏิบัติกับตนคือ การแสวงความรัก ความอบอุ่น การเอาใจใส่ ใต้ถามทุกข์สุข สนับสนุนช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา

สำนักพัฒนาการพลศึกษา สุขภาพและนันทนาการ (2541) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดสารเสพติดของนักเรียนมัธยมปลายในประเทศ พบว่า ปัจจัยเสริมที่ป้องกันการยาเสพติดได้ดีที่สุด คือ ครอบครัวอบอุ่น บิดามารดา อยู่ด้วยกันด้วยความรักและความเอื้ออาทร

อมราวดี ฦ อุบล (2544) ศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นที่มีลักษณะครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูและสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน พบว่า นักเรียนวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีการอบรมเลี้ยงดูแบบสนุกสนานมากและใช้เหตุผล มีสุขภาพจิตดีกว่าวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

อรอนงค์ ทรงสกุล (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูแบบรัก
 สนับสนุน มโนภาพแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น พบว่า
 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปรับตัวของนักเรียน

คุทเนอร์ (Kutner, 2008 : 369-379) ได้ทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาด้าน
 ความเจ็บปวดและด้านอารมณ์โดยใช้การสัมผัสอย่างง่าย ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดความ
 เจ็บปวดได้

เครค (Craig, 2003-2010) ได้ศึกษาวิจัยทารกคลอดก่อนกำหนดในสหรัฐอเมริกาซึ่งมี
 ปัญหาด้านการดูดกลืนและมีน้ำหนักน้อย โดยใช้วิธีการสัมผัส วันละ 2-3 ครั้งต่อวัน ผลการศึกษา
 พบว่า ทำให้ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล

เซงก์ (Chang, 2003 : 103-114) ใช้การสัมผัสในการรักษาเพื่อเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหว
 และเพิ่มศักยภาพของบุคคล

เอ็ลลิกอต (Elligott, 2003 : 16-24) ได้ศึกษาวิจัยพยาบาลที่ทำงานเวรผลัดประกอบด้วย
 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้ความสำคัญของการพยาบาลด้วยการสัมผัส ผลการศึกษาพบว่า
 สามารถความวิตกกังวล และเพิ่มการรับรู้ของบุคคล

งานวิจัยเกี่ยวกับการฟัง

โซโลวียช (Solowiejczyk, 2010 : 11-15) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า
 โดยใช้เทคนิคการฟังผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

วอร์เมอร์ (Wormer, 2009 : 48-53) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้เทคนิค
 การให้คำปรึกษาเรื่องการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่ามี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 40

เฮสเลอร์ (Heisler, 2007 : 214-221) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดย
 ใช้เทคนิคการเผชิญหน้ากัน (face-to-face) ผลการศึกษาพบว่าส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

แมททิวและฮิงสัน (Matthews and Hingson, 1977) ได้เสนอแนวทางการเพิ่มการปฏิบัติตน
 ตามสั่งของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง การใช้
 เทคนิคกระตุ้นให้ผู้ป่วยทราบความรุนแรงของโรค การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม การกระตุ้นให้ผู้ป่วย
 ดูแลตนเอง การปรับแผนการใช้ยา การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพที่ดี
 ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพ เนื่องจากพบว่า หากผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจแล้วแนวโน้มการ
 ปฏิบัติตนตามคำสั่งมากขึ้น

แนวคิดการดูแลด้วยความรักและการฟังอย่างใส่ใจ คิดเชื่อมโยงสู่ยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยน
 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับผิดชอบ รับรู้และเรียนรู้ (LLSL)” คือ การที่ทีม
 สุขภาพให้การบริการโดยยึดหลักการ ดูแลด้วยความรักและการฟังอย่างใส่ใจผู้ป่วยเบาหวาน

ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีลักษณะที่เป็นรูปธรรมจากประสบการณ์ จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยและจากการตอบคำถามปลายเปิดของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลบ้านลาด ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์และประมวล ลักษณะของการดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบใหญ่ ๆ ได้แก่ การดูแลด้วยความรัก (Love) การฟังอย่างใส่ใจ (Active Listening) และการเรียนรู้ร่วมกัน (Learning)

การดูแลด้วยความรักสอดคล้องกับทฤษฎีว่าด้วยความรักของฟรอม (Fromm, 1962 : 7-59) ซึ่งประกอบด้วย ความเอาใจใส่ ความรับผิดชอบ ความเข้าใจ สอดคล้องกับทฤษฎีสถิตนิยมของความรักของสเติร์นเบิร์ก (Sternberg 1988, 1997 : 313-335) ในประเด็นของความผูกพันซึ่งมาพร้อมกับความรับผิดชอบ สอดคล้องกับแนวคิดการกอดโดยการสัมผัส จะทำให้สารเอ็นดอร์ฟินหลั่ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายกล้ามเนื้อผ่อนคลาย ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ คือ รักผู้ป่วยในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง สอดคล้องกับการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดและหลักการสื่อสารเพื่อเป็นการบำบัดทางจิตใจ โดยการแสดงออกในความรักด้วยการยิ้ม ทักทาย พูดคุย สัมผัส ช่วยเหลือ และสอดคล้องกับหลักพุทธธรรมในการพัฒนามนุษย์สัมพันธ์ ได้แก่ หลักพรหมวิหาร คือ ความเมตตา กรุณา มุทิตา และหลักสังคหวัตถุธรรม คือ ทาน ปิยวาจา อุดมจริยา และสมานัตตา ผู้วิจัยได้นำแนวคิดหลากหลายมาหลอมรวมการแสดงผลถึงการดูแลด้วยความรักมาใช้กับทีมสุขภาพยึดเป็นแนวทางในการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานรู้สึกผ่อนคลาย มีความมั่นใจและมีความพึงพอใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การดูแลด้วยการฟังอย่างใส่ใจตามแนวคิดการฟังถือเป็นการรักษาอย่างหนึ่ง คือ ฟังต่อเนื้อหาสาระของผู้รับบริการ สอดคล้องกับแนวคิดของการบริการโดยเน้นผู้รับบริการของโรเจอร์ส (Rogers, 1902-1987) คือพลังความสามารถที่มีอยู่หรือซ่อนแฝงอยู่นั้นจะเกิดประสิทธิภาพขึ้นได้เมื่อผู้รักษาได้สร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น ยอมรับและมีความเข้าใจกับบุคคลนั้น ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญโดยให้ทีมสุขภาพซึ่งเป็นผู้รักษายึดเป็นแนวทางหลักในการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นจะทำให้เกิดการยอมรับ โดยเฉพาะในประเด็นของการฟังและสอดคล้องกับแนวคิดให้คำปรึกษา

กล่าวโดยสรุป การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและการฟังอย่างใส่ใจเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยนำมาใช้เพื่อให้ทีมสุขภาพยึดเป็นแนวทางหลัก ทำกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น

ทฤษฎีเกี่ยวกับตนเองของโรเจอร์ส (Rogers Self Theory)

นักจิตวิทยาแนวมนุษยนิยมที่มีชื่อเสียงและรู้จักกันดี คือ โรเจอร์ส (Rogers, 1902-1987) ทฤษฎีของเขาอาจเรียกว่า ทฤษฎีเกี่ยวกับตนเอง (Self Theory) สำหรับคำว่าปรากฏการณ์ทางธรรมชาติวิทยา (Phenomenology) ความหมายที่รู้จักกันทางจิตวิทยา คือ การศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับประสบการณ์เชิงวิสัยความรู้สึก และสังกัดส่วนบุคคลของแต่ละบุคคลรวมทั้งการศึกษาที่สนใจเกี่ยวกับโลกและตนเองของบุคคลอีกด้วย เอ็ดเจ็ลลีและซิกเลอร์ (Hjelle and Ziegler, 1976 : 287) กล่าวได้ว่าเป็นความพยายามที่จะอธิบายว่า ทำไมคนเราแต่ละคนจึงมีประสบการณ์ดังที่ได้รับมา สาธารณะสำคัญของทฤษฎีที่โรเจอร์สได้เน้นไว้มีหลายประการ เลฟตอน (Lefton, 1997 : 422-424) และพลอตนิค (Plotnik, 1996 : 408-409) ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ปรากฏการณ์ของตนเอง โรเจอร์สเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนจะอธิบายความเป็นจริงทั้งหลายตามประสบการณ์เชิงอัตวิสัยเกี่ยวกับโลกส่วนตัวของบุคคลนั้น และปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้ก็รู้ได้แต่เพียงตัวของบุคคลนั้นเองเท่านั้น ดังนั้นการจะเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล จะต้องอาศัยการสังเกตจากกรอบความรู้สึกนึกคิดของแต่ละคน ทั้งนี้เพื่อจะได้รู้ว่าทำไมบุคคลจึงคิด มีความรู้สึก และประพฤติเช่นนั้น และสิ่งสำคัญ คือ ต้องการรู้ว่าบุคคลรับรู้และตีความหมายประสบการณ์ทั้งหลายได้อย่างไร ประสบการณ์เชิงอัตวิสัย หรือประสบการณ์ส่วนตัวของแต่ละคนที่มีอยู่ย่อมเป็นแนวทางนำไปสู่ความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลนั้นได้

2. ประสบการณ์เชิงอัตวิสัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล ตามทฤษฎีของโรเจอร์ส หมายถึง คนมีประสบการณ์อย่างไรจะแสดงออกมาอย่างนั้น เช่น คนที่เป็นคนใจห้าวกระแวง หลังจากฟังเรื่องต่าง ๆ แล้วจะคิดว่าเป็นตัวของตนเองทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมออกมา ในทัศนะของโรเจอร์ส บุคคลจะประพฤติปฏิบัติไปตามเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นประทับใจ ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับการที่บุคคลจะตีความหมายสถานการณ์นั้นแบบใด มากกว่าจะเป็นเพราะสถานการณ์นั้นกระตุ้นให้ทำ

3. อत्मโนภาพหรือสังกัดเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) ในทฤษฎีของโรเจอร์ส มีความหมาย เช่นเดียวกับตนเอง (Self) ซึ่งเป็นส่วนที่มีอยู่แตกต่างกันของบุคคลในเรื่องเกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือการรับรู้ของบุคคลแต่ละคน ดังนั้นอत्मโนภาพจึงเป็นจินตภาพเกี่ยวกับตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องที่จะตระหนักว่า ตนคือใครและตนจะทำอะไรได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ความรู้สึกนึกคิดเช่นนี้จะพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่วัยทารก โดยการพิจารณาถึงประสบการณ์ใหม่ ๆ ก่อให้เกิดความสะดอกสบายหรือไม่ เช่น ความหิว ความเจ็บปวด การได้ยินเสียงดัง ย่อมสร้างประสบการณ์ทางลบ ในทางตรงกันข้าม อาหาร น้ำ ความรัก ย่อมสร้างประสบการณ์ทางบวก การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนเรา ย่อมจะมีผลก่อรูป อत्मโนภาพขึ้นในบุคคลนั้น ๆ

คาร์สัน และบัสกิสต์ (Carlson and Buskist, 1997 : 473) กระบวนการนี้มียอดประกอบที่สำคัญสามส่วน ดังนี้

3.1 ความต้องการในสิ่งที่น่าพอใจ (Positive Regard) หมายถึง ความอบอุ่น ความรัก การยอมรับ ฯลฯ ที่ได้จากคนอื่นที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ถ้าความต้องการนี้ไม่ได้รับการตอบสนอง บุคคล จะพัฒนา อคติโนภาพไปในทางลบ ไม่ยอมรับตนเอง ไม่อาจพึ่งพาตนเอง ทั้งนี้รอร์เจอร์ส เน้นว่า ความรู้สึกต่อตัวของเราเองขึ้นอยู่กับความรู้สึกของคนอื่นที่มีต่อตัวเรา เช่นเราจะรู้สึกมีความสุข ถ้ารู้สึกว่าคนอื่น ๆ มีความสุข กับเราด้วย ทำนองเดียวกันเราจะไม่มีความสุขถ้ารู้สึกว่าคนอื่น ๆ ผิดหวังในตัวเรา หรือไม่พึงพอใจในตัวเรา

3.2 เงื่อนไขมีคุณค่า (Condition of Worth) ได้แก่ ภาวะหรือเงื่อนไขที่ผู้ใหญ่ ให้แก่เด็กในการกระทำสิ่งที่ดี (เช่น จะรัก จะให้รางวัล ถ้าทำในสิ่งที่พ่อและแม่คาดหวัง) เด็กจึงมีการรับรู้ถึงเงื่อนไขต่างๆ ที่จะทำให้ได้รับรางวัล ความสนใจ การยอมรับและอื่นๆ ซึ่งเด็กจะต้องประพฤติปฏิบัติเพื่อให้คนอื่นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่น่าทำ เงื่อนไขคุณค่านี้ทำให้บุคคลมีทัศนคติต่อการที่จะเคารพตนเอง หรือเห็นความสำคัญของตนเองโดยอาศัยมาตรฐานที่คนอื่นกำหนดขึ้น ถ้าทำไม่ได้พัฒนาการทางอติคติโนภาพก็จะไปทางตรงกันข้าม อย่างไรก็ตามเงื่อนไขนี้อาจส่งผลในทางลบได้ ถ้าเขามุ่งแต่จะได้รับการยอมรับจากคนอื่นมากเกินไปจนไม่คิดจะยอมรับเงื่อนไขในทางกลับกัน

3.3 สิ่งที่น่าพอใจในแบบไร้เงื่อนไข (Conditional Positive Regard) คือ สิ่งที่สร้างความพึงพอใจในการกระทำของเด็ก หรือบุคคลซึ่งเป็นบรรยากาศที่เด็กเห็นว่า เขามีคุณค่า มีคนรัก และไม่มีข้อผูกพัน เช่น พ่อแม่บอกว่าถ้าเล่นมิดแล้วจะมีอันตรายแทนที่จะบอกว่าห้ามเล่น แล้วเขาจะพิจารณาในตัวของเขาเองว่าจะเลิกเล่นมิดเพราะอันตราย หรือเพราะเขาเห็นคุณค่าของเขาเอง และเขาจะคิดว่าแม้เขาจะทำผิดแต่พ่อแม่ก็ยังรักเขาอยู่ เงื่อนไขแบบนี้จะทำให้บุคคลทำงานไปตามศักยภาพแห่งความเป็นจริงของตนเอง ไม่ได้เกิดจากการคาดหวังจะให้คนอื่นคิดถึงเขาแบบใด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับตนของรอร์เจอร์ส

นิตยา แก้วสอน (2548) ศึกษาแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจภายใน ในการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

ทัตยา สถิตวัฒนา (2545) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของรอร์เจอร์ส ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด ในโรงพยาบาลธัญบุรี และโรงพยาบาลประชาธิปัตย์อำเภอดุสิตบุรี จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสอนด้วยโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของรอกเจอร์ส มีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคและ ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคและการกลับเป็นซ้ำ ความคาดหวังใน ประสิทธิภาพของการตอบสนองตามคำแนะนำในการรักษา ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับตนของรอกเจอร์ส เชื่อมโยงสู่ยุทธศาสตร์ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับฟัง รับรู้และเรียนรู้ (LLSL)” ในประเด็น ของ อัตมโนภาพหรือสัจกับเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) คือ ความต้องการในสิ่งที่น่าพอใจ (Positive Regard) หมายถึง ความอบอุ่น ความรัก การยอมรับ ฯลฯ ที่ได้จากคนอื่นที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ถ้าความต้องการนี้ไม่ได้รับการตอบสนอง บุคคลจะพัฒนาอัตมโนภาพไปในทางลบ ไม่ยอมรับตนเอง ไม่อาจพึ่งพาตนเอง ทั้งนี้รอกเจอร์สเห็นว่า ความรู้สึกต่อตัวของเราเองขึ้นอยู่กับความรู้สึกของคนอื่น ที่มีต่อตัวเรา เช่นเราจะรู้สึกมีความสุขถ้ารู้สึกว่าเป็นคนอื่น ๆ มีความสุขกับเราด้วย ทำนองเดียวกันเรา จะไม่มีความสุขถ้ารู้สึกว่าเป็นคนอื่น ๆ ผิดหวังใน ตัวเรา หรือไม่พึงพอใจในตัวเรา ซึ่งเปรียบเทียบได้ กับผู้ป่วยเบาหวานเมื่อได้รับการบริการด้วยความรัก ความอบอุ่น การยอมรับเมื่อความต้องการนี้ ได้รับการตอบสนองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายและการใช้ยาได้

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยความรักและการฟังอย่างใส่ใจ สอดคล้องกับ แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับตนของรอกเจอร์สในประเด็นของ อัตมโนภาพหรือสัจกับเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) คือ ความต้องการในสิ่งที่น่าพอใจ (Positive Regard) หมายถึง ความอบอุ่น ความรัก การยอมรับ และยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Fromm (1947) กล่าวถึงความรักในทัศนะของ เขาว่าความรักประกอบด้วย Care คือ มีความใส่ใจในความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่ง ต้องมีความเอื้ออาทร ห่วงใยซึ่งกันและกัน Response คือ ต้องมีการตอบสนองต่ออีกฝ่ายหนึ่ง Respect คือ ต้องให้เกียรติ และเคารพในความเป็นตัวตนของอีกฝ่ายหนึ่ง และ Understanding คือ มีความเข้าใจอีกฝ่ายหนึ่ง หรือมีความรู้กับอีกฝ่ายหนึ่ง

ทฤษฎีแรงจูงใจ

แรงจูงใจ หมายถึงองค์ประกอบที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายแต่เนื่องจากเราไม่สามารถสังเกตแรงจูงใจได้โดยตรงจึงต้องอาศัยพฤติกรรมที่สังเกตได้เป็นสิ่งอ้างอิงแต่บางครั้งอาจจะบอกสาเหตุของพฤติกรรมผิดด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมอย่างเดียวกันอาจจะเนื่องมาจากสาเหตุต่างกัน
2. แรงจูงใจอย่างเดียวกันอาจจะเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต่างกัน
3. พฤติกรรมอย่างเดียวกันอาจจะเนื่องมาจากแรงจูงใจหลายอย่าง

ทฤษฎีแรงจูงใจที่นักจิตวิทยาใช้อธิบายพฤติกรรมในปัจจุบันมี 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีมนุษยนิยม และทฤษฎีพุทธิปัญญานิยม ทั้งสามทฤษฎีมีบทบาทสำคัญในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ (สุรางค์ โคว์ตระกูล, 2548 : 154-171) แต่เนื่องจากพฤติกรรมของมนุษย์ค่อนข้างซับซ้อนจึงไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมได้ทุกอย่างจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ทั้ง 3 ทฤษฎี ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

นักจิตวิทยาพฤติกรรมนิยม ดอลลาร์ดและมิลเลอร์ (Dollard and Miller, 1950 : 96-97) และฮัล (Hull, 1952 : 639-646) ได้สร้างทฤษฎีแรงขับโดยถือหลักของความสมดุลที่กล่าวว่า โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์เราแสวงหาสถานภาพสมดุลอยู่เสมอหรือมีความโน้มเอียงที่รักษาความคงตัวภายใน เช่น เวลาหิว น้ำตาลในเลือดลดลงทำให้เราแสวงหาอาหารรับประทาน ความหิวเป็นแรงขับทำให้เกิดพฤติกรรม ทฤษฎีนี้ ฮัล (Hull) ให้ชื่อว่า “ทฤษฎีลดแรงขับ” (Drive Reduction Theory) อธิบายได้ดังนี้

ภาพที่ 2.10 แสดงทฤษฎีลดแรงขับ

สิ่งเร้าก่อนเกิดพฤติกรรม

(Antecedent Stimulus)



ความต้องการ

(Need)



แรงขับ

(Drive)

————→ การตอบสนองหรือพฤติกรรม

(Response or Behavior)

————→ การลดความต้องการ

(Need Reduction)

(สุรางค์ โคว์ตระกูล, 2548 : 155)

สิ่งเร้าที่เกิดก่อนการขาดพฤติกรรม หมายถึง สิ่งเร้าที่เกิดการขาดทำให้เกิดความต้องการ และแรงขับกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสนองตอบและทำให้มีการลดความต้องการ ได้แบ่งแรงขับหรือแรงจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจทางสรีระ (Physiological Motives) แรงจูงใจประเภทนี้ ประกอบด้วย ความหิว ความกระหายและความต้องการทางเพศ

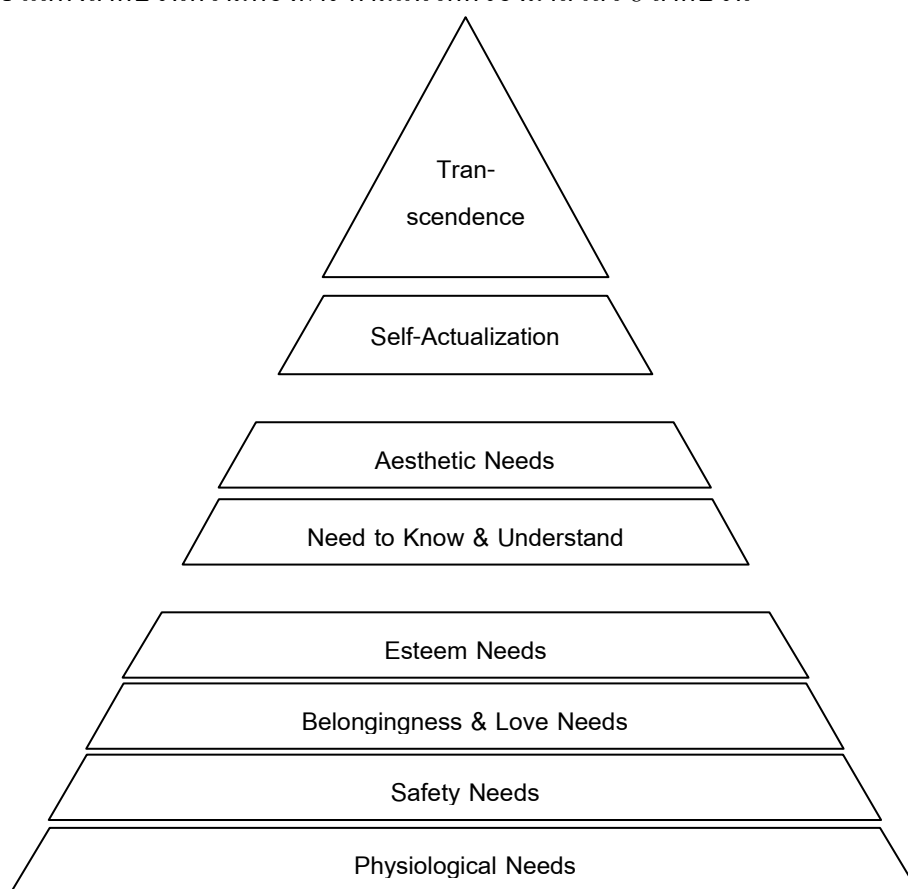
2. แรงจูงใจทางจิตวิทยา (Psychological Motives) ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่เกิดจากการเรียนรู้ ตัวอย่างเช่น แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และแรงจูงใจที่อยากเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะเมอร์เรย์ (Murray, 1979, S191-S215) ได้สร้างทฤษฎีความต้องการโดยถือว่าความต้องการเป็นพื้นฐานที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจซึ่งเป็นผลให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมในทิศทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายซึ่งได้แก่ ความต้องการใฝ่สัมฤทธิ์ ความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความต้องการความก้าวร้าว ความต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเอง ความต้องการที่จะมีอิทธิพลหรือบังคับผู้อื่น ความต้องการที่แสดงออกเป็นเป้าหมายแห่งสายตาและความต้องการที่จะปกป้องคุ้มครองรักษาผู้อื่น

2. ทฤษฎีมนุษยนิยมของมาสโลว์

มาสโลว์ (Maslow, 1987: 370-396) เป็นนักจิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยมทฤษฎีของเขา ได้ชื่อว่าทฤษฎีลำดับความต้องการ โดยอธิบายว่ามนุษย์มีความต้องการเป็นลำดับขั้น ซึ่งพบว่าบุคคลมักดิ้นรนตอบสนองความต้องการขั้นต่ำสุดก่อน เมื่อได้รับการตอบสนองแล้ว จึงแสวงหาความต้องการขั้นสูงขึ้นไปตามลำดับ ในยุคแรกๆ ที่มาสโลว์ทำการศึกษาเขาแบ่งความต้องการของมนุษย์เป็น 5 ลำดับ ต่อมาพัฒนาเป็น 7 ลำดับและในปี 2007 ได้พัฒนาโดย ฮูท (Huitt, 2007) ระดับ 1-4 ได้แก่ ความต้องการจำเป็นด้านร่างกาย (Physiological Needs) ความต้องการจำเป็นด้าน

ความปลอดภัย (Safety Needs) ความต้องการจำเป็นด้านความรักและความเป็นเจ้าของ (Belongingness and Love Needs) ความต้องการจำเป็นด้านการยอมรับและมีชื่อเสียง (Esteem Needs) เป็นความต้องการระดับต้น และลำดับที่ 5-8 เป็นความต้องการระดับสูง ได้แก่ ความต้องการจำเป็นด้านความรู้และเข้าใจ (Need to Know and Understand) ความต้องการจำเป็นด้านความงาม (Aesthetic Needs) ความต้องการจำเป็นด้านการบรรลุศักยภาพที่เป็นเลิศของตน (Self-Actualization) และ ความต้องการจำเป็นด้านการมองเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น (Transcendence) ดังต่อไปนี้

ภาพที่ 2.11 แสดงลำดับขั้นความต้องการ ตามแนวคิดของมาสโลว์ 8 ลำดับขั้น



แนวคิดทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์และเชื่อมโยงสู่ยุทธศาสตร์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับผิดชอบ รับรู้และเรียนรู้ (LLSL)” มีผลผลิตกระบวนการ และปัจจัยตั้งแต่ละขั้นตอนของผลผลิต กระบวนการ และปัจจัย จะต้องมีการเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน ทำกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าเรียงลำดับตามความต้องการของมาสโลว์ในขั้นที่ 1-2 ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งอยู่ในฐานะมนุษย์คนหนึ่งยังมีความต้องการจำเป็นคือ ด้านความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and Belonging Needs) ดังกรณีผู้ป่วยเบาหวาน

ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพด้วยความรัก ได้แก่วิธี สบตา สัมผัส ช่วยเหลือและดูแลต่อเรื่องที่บ้าน จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจ และความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้

3. ทฤษฎีพุทธิปัญญานิยม

นักจิตวิทยาที่ยึดถือ ทฤษฎีพุทธิปัญญานิยมเชื่อว่ากระบวนการ การรู้คิดมีส่วนทำให้เกิด พฤติกรรมที่มีเป้าหมายเน้นความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและความรู้ความเข้าใจ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ภาพที่ 2.12 แสดงกระบวนการรู้คิดที่ทำให้เกิดพฤติกรรม



(สุรางค์ โคว์ตระกูล, 2548 : 163)

แรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก (Intrinsic and Extrinsic Motivation)

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation)

แรงจูงใจภายใน หมายถึง แรงจูงใจที่มาจากภายในตัวบุคคลและเป็นแรงขับที่ทำให้ บุคคลแสดงพฤติกรรมโดยไม่หวังรางวัล หรือแรงเสริมภายนอก เช่น ความอยากที่จะมี สมรรถภาพ เดอ ชาร์ม (Decharm, 1968 : 269) เดซีและไรแอน (Deci and Ryan, 2000 : 68-78) มีความเห็นตรงกันว่าพฤติกรรมที่เนื่องมาจากแรงจูงใจภายในจะเกิดขึ้นเองโดยไม่จำเป็นต้องมีรางวัล เพราะเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความสนใจของผู้แสดงพฤติกรรม

1.1 ประเภทของแรงจูงใจภายใน

1.1.1 แรงจูงใจภายในมาจากความต้องการทางจิตวิทยาที่ต้องการจะเป็นผู้มี สมรรถภาพ ต้องการที่จะมีประสบการณ์ว่าตนเป็นผู้มีประสิทธิภาพ

1.1.2 แรงจูงใจที่มาจากความต้องการที่จะเป็นอิสระเป็นตัวของตัวเอง ต้องการเป็นผู้ที่ริเริ่มกิจกรรมของตนเอง

1.1.3 แรงจูงใจภายในที่มาจากความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์คือ มี แรงจูงใจที่จะเอื้ออาทรผู้อื่น

1.2 คำจำกัดความของแรงจูงใจภายใน

1.2.1 Free-choice หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจภายในในกรณีที่มี โอกาสเลือกทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาตนเอง

1.2.2 พฤติกรรมของบุคคลที่เนื่องมาจากความสนใจภายใน ทำให้บุคคลนั้นประกอบกิจกรรมเพื่อพัฒนาตนเอง

1.2.3 พฤติกรรมที่ผู้แสดงชื่นชอบและทำโดยไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อย

1.2.4 พฤติกรรมที่จูงใจเร้าด้วยกับความต้องการภายใน หรือความต้องการที่ตนเองเป็นผู้ทำให้เกิด หรือความต้องการที่จะแสวงหาสมรรถภาพความต้องการมีสมรรถภาพและความอยากรู้ อยากเห็นเป็นแรงจูงใจที่ยอมรับของนักจิตวิทยาโดยที่ความมีสมรรถภาพเป็นแรงจูงใจภายในของมนุษย์ ที่ต้องการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความอยากรู้ อยากเห็นเป็นแรงจูงใจภายในของมนุษย์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่อยากค้นคว้าสำรวจสิ่งแวดล้อม

2. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation)

แรงจูงใจภายนอก หมายถึง แรงจูงใจที่ได้รับอิทธิพลจากภายนอก เช่น มาจากแรงเสริมชนิดต่างๆ ตั้งแต่คำชมจนถึงได้รับรางวัลเป็นสิ่งของหรือเงินและตัวแปรต่างๆ ที่มาจากบุคคลและลักษณะของเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ ความคาดหวังของผู้อื่น การอ้างสาเหตุพฤติกรรมโดยผู้อื่น การตั้งเป้าหมายในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการใช้แรงจูงใจภายนอก

1. ควรบอกวัตถุประสงค์ เกณฑ์การประกอบกิจกรรมความคาดหวังในการแสดงพฤติกรรม ประโยชน์ที่จะได้รับให้เข้าใจอย่างชัดเจน

2. ควรให้ข้อมูล ข่าวสารป้อนกลับอย่างชัดเจนว่าพฤติกรรมที่ทำนั้นดีหรือไม่ดีพร้อม กับให้กำลังใจ

3. ควรให้ข้อมูลป้อนกลับทันทีที่มีโอกาสเพื่อเสริมแรงจูงใจอย่างสม่ำเสมอและ เพื่อให้พฤติกรรมนั้นยังคงอยู่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดแรงจูงใจ

แคลฮอว์น (Calhoun, 2010 : 107-114) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวคิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

แนวคิดแรงจูงใจคิดเชื่อมโยงสู่ยุทธศาสตร์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับผิดชอบ รับผิดชอบ และเรียนรู้ (LLSL)” ได้แก่การบอกเป้าหมาย การเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีประสบการณ์กับความสำเร็จ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การพบผู้ป่วยที่บ้าน เป็นรายบุคคล การสร้างบรรยากาศเมื่อพบกันต้องมีลักษณะอบอุ่น เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตัวเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายและการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

หลักวิชาเกี่ยวกับการเรียนรู้

1. ความหมายของการเรียนรู้

การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากประสบการณ์ที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือจากการฝึกหัด รวมทั้งการเปลี่ยนปริมาณความรู้ของผู้เรียนงานที่สำคัญของครู คือ ช่วยให้ผู้เรียนแต่ละคนเกิดการเรียนรู้หรือมีความรู้และทักษะตามแผนการเรียนรู้ และจัดประสบการณ์ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเปลี่ยนพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้จึงเป็นรากฐานของการสอนที่มีประสิทธิภาพ (สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2548 : 185)

มาซัวร์ (Mazur, 1991 : 431-434) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ว่า “การเรียนรู้คือการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่คงที่ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับด้วยตนเองซึ่งเป็นประสบการณ์ โดยตรงและประสบการณ์โดยอ้อมหรือการสังเกตจากประสบการณ์ของคนอื่น”

แบนดูรา (Bandura, 1978 : 344-358) การเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมในสังคมซึ่งทั้งผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกัน

การเรียนรู้เป็นกิจกรรมของบุคคลซึ่งเรียนรู้ อาจจะเป็นการเรียนรู้ด้วยความตั้งใจหรือโดยบังเอิญ การเรียนอาจเกี่ยวข้องกับการหาข้อมูลหรือทักษะทัศนคติใหม่ ๆ ความเข้าใจหรือค่านิยม การเรียนรู้เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นตลอดชีวิต การเรียนรู้อาจเป็นได้ทั้งกระบวนการ (Process) และผลที่ได้รับ (Outcome) สมิท (Smith, 1982 : 44-45) การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่มีความสลับซับซ้อนรวมเรื่องของจิตใจ อารมณ์ และตัวเองทั้งหมด

อารี พันธุ์ณี (2546 : 176) ได้สรุปความหมายของการเรียนรู้ไว้ดังนี้ “การเรียนรู้หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวรและเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝนมิใช่เป็นผลมาจากการตอบสนองตามธรรมชาติ สัญชาตญาณ วุฒิภาวะหรือความบังเอิญ”

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2542 : 7) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ว่า “การเรียนรู้หมายถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติ แนวคิดและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการได้รับประสบการณ์ซึ่งควรเป็นการปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น”

การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีกระบวนการเรียนรู้ตามลำดับดังนี้ (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2546 : 14)

1. การรับรู้ (Perception) หมายถึง การที่ผู้รับรับเอาข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ต่าง ๆ จากแหล่งความรู้ต่างๆ โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า การรับรู้ของบุคคลจะมากน้อยมี

ประสิทธิภาพเพียงใดจะสัมพันธ์กับกระบวนการถ่ายทอดความรู้หรือข้อมูลข่าวสารซึ่งสื่อจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการช่วยถ่ายทอดบุคคลจะรับรู้ได้เร็วจากการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม และการเรียนรู้จะน้อยลงเมื่อมีการเรียนรู้ที่เป็นนามธรรม ดังนี้

ร้อยละ 90 บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีในสิ่งที่ได้พูดและได้ทำกิจกรรมนั้น

ร้อยละ 70 บุคคลจะเรียนรู้ได้ในสิ่งที่ได้พูดหรือเขียน

ร้อยละ 50 บุคคลจะเรียนรู้ได้ในสิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น

ร้อยละ 20 บุคคลจะเรียนรู้ได้ในสิ่งที่ได้ฟัง

ร้อยละ 10 บุคคลจะเรียนรู้ได้ในสิ่งที่ได้อ่าน

2. ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง การที่ผู้รับสามารถแปลความหมาย ตีความหรือสรุปความสำคัญในสิ่งที่รับรู้ได้ เกิดการเชื่อมโยงประสบการณ์หรือความรู้ใหม่กับความรู้เก่า สามารถที่จะโยงความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ที่ตนได้รับรู้และสามารถอธิบายได้โดยใช้เหตุผลประกอบ

3. การปรับเปลี่ยน (Transformation) หมายถึง การที่บุคคลนำเอาความเข้าใจที่เกิดจากการรับรู้มาสร้างแบบแผนในพฤติกรรมของตนเองขึ้น

2. ประเภทของการเรียนรู้จำแนกตามองค์ประกอบของพฤติกรรมคุณภาพ

ตามแนวคิดของ เบลิมพล ตันสกุล (2543 : 17-18) ซึ่งมีองค์ประกอบของพฤติกรรม 3 ส่วนคือ

2.1 พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) หมายถึง สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคต่างๆ อย่างไร พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ การจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนา ความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ เช่น การบอกถึงหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคเป็นต้นซึ่งมีขั้นตอนของความสามารถ 6 ขั้นตอน คือ

2.1.1 ความรู้ (Knowledge)

2.1.2 ความเข้าใจ (Comprehension)

2.1.3 การประยุกต์หรือการนำไปใช้ (Application)

2.1.4 การวิเคราะห์ (Analysis)

2.1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis)

2.1.6 การประเมินผล (Evaluation)

2.2 พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective Domain) หมายถึง พฤติกรรมด้านความรู้สึก ความชอบ ค่านิยม เจตคติ เป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรม

ด้านนี้เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบบริโภคยาชากำลัง ความรู้สึกไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

2.3 พฤติกรรมด้านปฏิบัติการ (Psychomotor Domain) หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมาเกี่ยวข้องกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย การปฏิบัติที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเองเป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การแปรงฟัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงปฏิบัติหรือพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือโรคเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารจำพวกแป้ง ไขมันมากเกินไปเกินความจำเป็น การบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไว้ให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับผิดชอบ รับผิดชอบ และเรียนรู้ (LLSL)” เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีลักษณะดังนี้

1. การจัดให้ผู้ป่วยเรียนรู้เป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นรูปแบบกลุ่มเรียนรู้ (Education Group) เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลการเรียนรู้จากผู้นำกลุ่มและสมาชิกด้วยกันในกิจกรรมที่จัดไว้ โดยหนึ่งเป็นวงกลม กลุ่มละ 10 คน ครั้งละ 1 กลุ่ม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง มีทีมสุขภาพเป็นผู้นำกลุ่มและมีผู้ป่วยเบาหวาน ที่เป็นแบบอย่างเป็นผู้ร่วมให้คำแนะนำ ผู้นำกลุ่มชนิดนี้จะต้องเป็นทั้งผู้ให้ความรู้และผู้อำนวยความสะดวกเพื่อให้ข้อมูลแก่สมาชิกและกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น

2. รูปแบบการให้ความรู้โดยการสอนใช้วิธีการบรรยาย สาธิต การอภิปรายกลุ่ม การให้คำปรึกษาภายในกลุ่ม การใช้ตัวแบบที่เป็นบุคคลคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมาเป็นแบบอย่างและสื่อสัญลักษณ์ คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสำหรับทีมสุขภาพ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แบบบันทึกพฤติกรรม และแบบบันทึกสังเกตพฤติกรรม

3. การให้บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจและประเมินผลการดูแลตนเอง การควบคุมตนเองขณะอยู่บ้านเนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันพร้อมทั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มตามกำหนดเวลาในครั้งต่อไป

3. แรงจูงใจกับการเรียนรู้

แรงจูงใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการเรียนรู้ ความสัมฤทธิ์ผลในการเรียนของผู้เรียน นอกจากจะขึ้นกับความสามารถแล้วยังขึ้นกับแรงจูงใจ ผู้ที่มีความสามารถสูงแต่ขาดแรงจูงใจก็จะทำให้ผลสัมฤทธิ์ในการเรียนต่ำ บัลดูลา ได้เสนอแนวคิดที่ว่าแรงจูงใจเกิดขึ้นจากองค์ประกอบหลายประการ องค์ประกอบหนึ่ง คือ ความคิดหรือความคาดหวัง ในผลกรรมที่จะได้รับจากการกระทำ บุคคลจะคาดหวังผลกรรมโดยอาศัยพื้นฐานจากประสบการณ์ในอดีตหรือจากผลกรรมที่ผู้อื่นได้รับพฤติกรรมนั้นๆ ความคาดหวังเหล่านั้นจะมีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลกับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะหรือความสามารถ (Self-efficacy) กล่าวคือถ้าหากบุคคลมีความเชื่อว่าตนมีความสามารถย่อมมีความคาดหวังในความสำเร็จสูงแต่ถ้าหากว่าบุคคลเชื่อว่าหรือคิดว่าตนไร้ความสามารถ ความคาดหวังในความสำเร็จในกิจกรรมนั้นก็ต่ำ นอกจากความคาดหวังแล้วองค์ประกอบของแรงจูงใจตามทฤษฎีของ บัลดูลา คือ การตั้งเป้าหมาย จะเป็นมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่บุคคลจะต้องเพียรพยายามทำให้สำเร็จเพื่อบรรลุเป้าหมาย บุคคลย่อมรู้สึกพึงพอใจต่อมากก็จะตั้งเป้าหมายสูงขึ้นและพยายามทำให้ดีขึ้นไปอีก การกำหนดเป้าหมายไว้สูงหรือต่ำก็จะเกี่ยวข้องกับเรื่องความสามารถของบุคคล เช่นเดียวกับบุคคลที่มีความสามารถสูงก็จะตั้งเป้าหมายไว้สูงและพยายามที่จะทำงาน หรือกิจกรรมด้วยความมานะพยายามมากกว่าผู้ที่มีความรู้สึกว่ามีความสามารถต่ำ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าแรงจูงใจทั้งภายนอกและภายในเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ แรงจูงใจเป็นตัวเสริมแรงให้บุคคลมีความสามารถเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้เช่นกัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจมาทำกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยเทคนิค “รัก รับผิดชอบ รับผิดชอบ และเรียนรู้ (LLSL)” การที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอก โดยเฉพาะที่สุขภาพต้องแสดงลักษณะการดูแลด้วยความรักและการฟังอย่างใส่ใจ จะทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง เสริมสร้างความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจและมีความพึงพอใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ

4. การเรียนรู้เป็นกลุ่ม (Group Learning)

การให้ความรู้ทั่วไปที่นิยมใช้มี 2 วิธีคือ การให้ความรู้เป็นรายบุคคลและการให้ความรู้เป็นกลุ่ม

4.1 การให้ความรู้เป็นรายบุคคล เป็นการให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้เรียน ที่มีปัญหาเฉพาะ ผู้สอนจะแนะนำแนวทางการแก้ปัญหาได้ ผู้เรียนผู้สอนจะมีความรู้สึกเป็นกันเอง มีความไว้วางใจกัน ผู้เรียนกล้าที่จะปรึกษาปัญหาส่วนตัว ผู้สอนจะมีโอกาสประเมินการเรียนรู้อของผู้เรียนได้ทันทีแต่มีข้อเสีย คือ เสียเวลา เสียอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ การเรียนการสอนมักไม่มีรูปแบบหรือแบบแผนไม่มีการวางแผนล่วงหน้าทำให้การให้ความรู้ไม่ครอบคลุมและทั่วถึง

4.2 การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม เป็นการให้ความรู้ที่จัดให้ผู้เรียนอยู่รวมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียนและระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน การเรียนแบบนี้มีประโยชน์ คือ ช่วยให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้และจากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกันทำให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้

กลุ่ม (Group) ในความหมายทางจิตวิทยา หมายถึง การรวมตัวของคนตั้งแต่สองคนขึ้นไป แล้วมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างสม่ำเสมอในช่วงเวลาหนึ่งมีบรรทัดฐานร่วมกันมีเอกลักษณ์เดียวกัน คนเหล่านี้จะมีการรับรู้ในตนเองว่าพวกเขาขึ้นต่อกันในอันที่จะปฏิบัติการเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันของเขาเหล่านั้น (สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2546 : 288) การเรียนรู้เป็นกลุ่มเป็นเทคนิคคืออย่างหนึ่งที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กลุ่มเป็นเครื่องมือทางการศึกษาและฝึกอบรมโดยมีวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับปฏิกริยาในกลุ่ม โดยมีผลจากสภาพสิ่งแวดล้อมที่จัดทำกลุ่ม การจัดเก้าอี้หรือขนาดของกลุ่มและบทบาทของผู้สอนที่มีบทบาทที่สำคัญเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ

การเรียนรู้เป็นกลุ่ม หมายถึง การเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป และระหว่างผู้เรียนและผู้เรียนด้วยกันเองอีกทั้งยังทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่เรียกว่า พลวัตรกลุ่ม กลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการวัดความรู้ แนวคิดและการปฏิบัติตัวได้ นอกจากนี้การเรียนรู้เป็นกลุ่มยังทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจและกระตุ้นให้เกิดการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย รูปแบบของระบบการเรียนรู้เป็นกลุ่ม การเรียนรู้เป็นกลุ่มสามารถประเมินจากการวิเคราะห์จุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนรู้ที่จัดทำขึ้น โดยผลที่ได้จากการเรียนรู้เป็นกลุ่มก่อให้เกิดทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะในการคิด เมื่อเกิดภาวะวิกฤต ทักษะในการสื่อสารการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพูด การติดต่อสื่อสาร ดังนั้นขนาดของกลุ่มจึงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม โดยไม่จำกัดขนาดที่แน่นอนแต่ขนาดของกลุ่มก็ไม่ควรเกิน 10 คน เพราะจะมีผลต่อปฏิกริยาของกลุ่มทำให้การติดต่อสื่อสารไม่ทั่วถึงซึ่งจะเป็นเหตุทำให้เกิดกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ การเรียนรู้แบบกลุ่มเป็นการเรียนรู้ที่มีผู้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและมีความสำคัญมากในการเรียนการสอนด้านสุขภาพอนามัยทั้งต่อผู้เรียนและผู้สอนดังนี้

ด้านผู้เรียน

1. ทำให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ซึ่งกันและกันมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นร่วมกัน

2. ช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ซึ่งการเรียนรู้เป็นกลุ่มเป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนที่มีปัญหาคล้ายๆ กันมารวมกลุ่มกันทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่ได้ประสบปัญหาเพียงคนเดียวซึ่งจะช่วยทำให้เกิดความหวัง มีกำลังใจและทำให้เกิดความร่วมมือในการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้อยากเรียนรู้มากขึ้น

ด้านผู้สอน

1. ในการเรียนเป็นกลุ่มจะช่วยให้ประหยัดเวลาทั้งการเตรียมวัสดุ อุปกรณ์โดยที่เตรียมครั้งเดียวใช้สอนผู้เรียนได้หลายคนในคราวเดียวจึงเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการเรียนด้วย
2. ช่วยให้ผู้สอน ได้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้เรียนเนื่องจากการเรียนการสอนเป็นกลุ่มจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนและระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียนด้วยกัน ซึ่งจะทำให้มีการให้และรับข้อมูลหลายทิศทางและหลายรูปแบบและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันจะทำให้ผู้สอนรับทราบความคิด ความรู้สึก การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในผู้เรียนรูปแบบต่างๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สอนในการพัฒนาตนเองและปรับปรุงการสอน

หลักในการเรียนรู้เป็นกลุ่ม

1. หลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางเน้นให้ผู้สอนพยายามจัดการเรียนการสอนโดยให้ผู้เรียนมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ให้ทั่วถึง
2. หลักการเรียนรู้ที่ยึดความสำคัญของการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันซึ่งจะช่วยให้การเรียนรู้มีความหมายมากขึ้น โดยเน้นให้ผู้สอนพยายามจัดกระบวนการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีโอกาสคิดค้นหาแนวทางนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน
3. หลักการเรียนรู้ที่ยึดการค้นพบด้วยตนเองของผู้เรียน โดยเน้นให้ผู้สอนพยายามจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พยายามค้นหาคำตอบด้วยตนเอง
4. หลักการเรียนรู้ที่ยึดกลุ่มเป็นแหล่งความรู้ที่สำคัญ โดยเน้นให้ผู้สอนจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีโอกาสเรียนรู้จากกลุ่มให้มากที่สุด

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group Experience) ไม่ว่าจะ เป็นกลุ่มลักษณะใดก็ตามสมาชิกในกลุ่มย่อมจะมีความคาดหวังที่จะให้กลุ่มมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อกันและต่อตนเองดังนั้นในกลุ่มจึงมีปทัสถาน (Norms) ที่กำหนดขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางให้สมาชิกในกลุ่มได้ประพฤติปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ถ้าหากบุคคลไม่ปฏิบัติตามปทัสถานที่กำหนดก็จะไม่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกในกลุ่ม ถ้าหากสมาชิกปฏิบัติตามปทัสถานภายในกลุ่มก็จะทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันช่วยกันแสดงความคิดเห็นแก้ปัญหาภายในกลุ่มได้ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547 : 200) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะดังนี้ คือ

1. ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพสร้างความรู้สึกลอดภัยเป็นระยะที่เริ่มต้นในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง สร้างบรรยากาศแห่งความรู้สึกลอดภัยและปลอดภัย แจ่มใสให้สมาชิกทราบถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์

การทำกลุ่ม กฎระเบียบและแนวทางการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มเพื่อสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. ระยะดำเนินการ ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนม ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมีความสนใจในปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหามาแนวทางการแก้ปัญหาและแลกเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาโดยที่มีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือ สมาชิกในกลุ่มมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับข้อมูลสมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีค่าและศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าไปปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไขปัญหา และสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาได้

3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงและความสำเร็จของกลุ่ม ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกลุ่ม มีความสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้

หลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult Learning)

องค์ประกอบที่สำคัญที่มีส่วนสนับสนุนและส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ได้แก่ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547 : 7)

1. ควรพิจารณาและให้ความสำคัญกับแรงจูงใจในการเรียน (Motivation to Learn) นั่นคือบุคคลจะเรียนรู้ได้ดีถ้าหากมีความต้องการในการเรียนสิ่งนั้นๆ
2. สภาพแวดล้อมในการเรียน (Learning Environment) ต้องมีความสะดวกสบายเหมาะสมตลอดจนได้รับความไว้วางใจและการให้เกียรติผู้เรียน
3. ควรคำนึงถึงความต้องการในการเรียนของแต่ละบุคคลและรูปแบบของการเรียนรู้ที่มีความหลากหลาย
4. ต้องคำนึงถึงความรู้เดิมและประสบการณ์อันมีคุณค่า
5. ควรได้พิจารณาถึงการดูแลและให้ความสำคัญกับเนื้อหาและกิจกรรมในการเรียนรู้
6. ให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและนำการเรียนรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหา
7. ต้องให้การเอาใจใส่กับการมีส่วนร่วมทั้งทางด้านสติปัญญาและทางด้านร่างกายในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้
8. ควรให้มีเวลาอย่างเพียงพอในการเรียนรู้ โดยเฉพาะการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ การฝึกทักษะใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

9. ให้โอกาสการฝึกภาคปฏิบัติจนเกิดผลดีหรือการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้

10. ให้ผู้เรียนได้แสดงศักยภาพหรือสมรรถภาพในการเรียนรู้จนกระทั่งเขาได้เห็นถึงความก้าวหน้าว่าสามารถบรรลุเป้าหมายได้

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้หลักการเรียนรู้เป็นกลุ่ม โดยทีมสุขภาพยึดหลักการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก และการฟังอย่างใส่ใจทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองด้วยการเรียนรู้ร่วมกันโดย

1. ทีมสุขภาพใช้เทคนิค

1.1 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยความรัก ได้แก่ การยิ้ม ทักทาย โดยกล่าวคำว่า สวัสดีครับ/สวัสดีค่ะ พร้อมยกมือไหว้ กล่าวชมเชย เมื่อผู้ป่วยตอบคำถามหรือปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และสัมผัสที่มือ แขน ไหล่ อย่างน้อย 5 วินาที ช่วยเหลือโดยการแนะนำตลอดจนเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามเสริมความรู้เพิ่มเติมส่วนขาดและให้ผู้ป่วยมั่นใจและพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.2 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการฟังอย่างใส่ใจ ในประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยเบาหวานประสบอยู่ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในประเด็นทีมสุขภาพใช้เทคนิคการฟังเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ตั้งแต่การซักประวัติ การร่วมกิจกรรมกลุ่มตลอดจนเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามเสริมความรู้เพิ่มเติมส่วนขาดและให้ผู้ป่วยมั่นใจและพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. วิธีการบรรยาย (Lecture)

2.1 ความหมายของการบรรยาย เป็นวิธีการสอนที่ถูกนำมาใช้บ่อยที่สุดซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการบรรยายว่า “เป็นการเตรียมตัวอย่างรอบคอบในการนำเสนอความรู้ด้วยการพูดเกี่ยวกับเนื้อหาวิชาโดยผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น” เบอร์จิ้น (Bergin, 1963 : 157) การบรรยายเป็นเทคนิควิธีที่ใช้ในการถ่ายทอดความคิดเห็น ความรู้ ตลอดจนข้อมูลข้อเท็จจริงให้แก่ผู้ฟังเป็นเทคนิคที่แพร่หลายและสามารถใช้ประกอบกับเทคนิคอื่นๆ ได้ (สมคิด บางโม, 2546 : 12) การบรรยายเป็นกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดโดยการพูด บอกเล่าอธิบายสิ่งที่ต้องการสอนแก่ผู้เรียนให้ผู้เรียนซักถาม แล้วประเมินการเรียนรู้ของผู้เรียนด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (ทิสนา แคมมณี, 2546 : 13)

2.2 วัตถุประสงค์ของการบรรยายมุ่งให้ผู้เรียนทำความเข้าใจหรือเพื่อให้เกิดความรู้และเข้าใจนำไปปฏิบัติได้และมุ่งให้ผู้เรียนจำนวนมากได้เรียนรู้เนื้อหาสาระหรือข้อความรู้จำนวนมากพร้อมๆ กันในเวลาจำกัด

2.3 องค์ประกอบสำคัญของการบรรยายต้องมีเนื้อหาสาระหรือข้อความที่
ต้องการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ได้แก่ การบรรยาย (พูด บอก เล่า อธิบาย) และมีผลของการเรียนรู้ของ
ผู้เรียนที่เกิดจากการบรรยาย

2.4 ขั้นตอนของการบรรยาย

2.4.1 ผู้สอนเตรียมเนื้อหาสาระที่จะบรรยาย

2.4.2 เป็นขั้นตอนที่ผู้บรรยายนำเนื้อหาที่เตรียมไว้มาเสนอให้ผู้ฟังหรือ
ผู้รับการเรียนรู้ให้เกิดความรู้ความเข้าใจสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เปิดโอกาสให้ซักถาม

2.4.3 ประเมินผลการเรียนรู้

2.5 ข้อดีของวิธีการสอนโดยใช้วิธีบรรยาย

2.5.1 สามารถเน้นเนื้อหาสาระได้ตรงตามวัตถุประสงค์

2.5.2 การบรรยายนอกจากจะใช้เป็นเทคนิคเฉพาะแล้วยังสามารถนำไปเป็น
เครื่องมือในการใช้เทคนิคอื่นๆ เช่น การฝึกปฏิบัติจริงจำเป็นต้องใช้การบรรยายนำก่อน จึงอาจกล่าว
ได้ว่าการบรรยายเป็นเทคนิคพื้นฐานของเทคนิคอื่นๆ

2.5.3 ใช้เวลาน้อยเมื่อเทียบกับวิธีการสอนอื่นๆ สะดวกไม่ยุ่งยาก
ถ่ายทอดเนื้อหาสาระได้มาก

2.5.4 สามารถใช้สอนกับคนจำนวนมากๆ ได้ในแต่ละครั้ง

2.6 ข้อจำกัดของวิธีสอนโดยใช้การบรรยาย

2.6.1 ประสิทธิภาพของการบรรยายขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของ
ผู้บรรยายหรือผู้สอนที่จะสามารถดึงความสนใจของผู้เรียนได้

2.6.2 ผู้เรียนมีบทบาทน้อยอาจทำให้ผู้เรียนขาดความสนใจ

2.6.3 เป็นลักษณะการสื่อสารทางเดียวถ้าไม่เปิดโอกาสให้ซักถามจะไม่สามารถ
ประเมินได้ว่าผู้ฟังมีความรู้ความเข้าใจมากน้อยเพียงใด

2.6.4 ถ้าผู้สอนขาดการเรียบเรียงเนื้อหาความรู้ที่เหมาะสมอาจทำให้ผู้เรียน
ไม่เข้าใจและไม่สามารถซักถามได้

3. การสาธิต (Demonstration)

3.1 ความหมายของการสาธิต การสาธิตเป็นเทคนิควิธีการฝึกอบรมที่แสดงให้เห็น
ผู้เรียนได้เห็นจริงแล้วเกิดความเข้าใจถึงกรรมวิธี วิธีการและขั้นตอนสามารถปฏิบัติได้หลังจากที่ดู
การสาธิตแล้วเป็นเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการฝึกทักษะที่เป็นตอนและให้เครื่องมือหรืออุปกรณ์
ประกอบ เช่น สาธิตอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายเป็นต้น (สมคิด บาง โม, 2546 : 129)
การสาธิตเป็นกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

โดยการแสดงหรือทำสิ่งที่ต้องการ ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ให้ผู้เรียนสังเกตดูแล้วให้ผู้เรียนซักถาม อภิปราย หรือสรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการสังเกตการณ์สาธิต (ทิสนา แวมมณี, 2546 : 19–21)

3.2 วัตถุประสงค์ของการสาธิตเพื่อให้ผู้เรียนได้เห็นจริงด้วยตนเองแล้วเกิดความเข้าใจถึงกรรมวิธี วิธีการและขั้นตอน เป็นการฝึกทักษะผู้เรียนด้วยตนเองสามารถนำไปปฏิบัติได้หลังจากดูการสาธิตแล้ว

3.3 องค์ประกอบที่สำคัญของการสาธิต คือ มีเรื่องหรือสิ่งที่จะสาธิต มีการแสดง การทำให้ผู้เรียนสังเกตดูและมีผลการเรียนรู้ของผู้เรียนที่เกิดจากการสาธิต

3.4 ขั้นตอนสำคัญของการสาธิต คือ ผู้สอนจะเป็นผู้ที่แสดงการสาธิต ผู้เรียนเป็นผู้สังเกตการสาธิตมีการทดลองปฏิบัติและสรุปการเรียนรู้และอภิปรายร่วมกัน

3.5 ข้อดีของการสอนโดยวิธีการสาธิต คือ เป็นเทคนิคการนำเสนอความรู้ในลักษณะที่เป็นรูปธรรม ผู้เรียนได้สัมผัสทางประสาทหลายทางและได้ทดลองปฏิบัติทำให้เกิดความมั่นใจ ทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ถูกต้องตามขั้นตอนและการสาธิตสามารถทำให้ได้หลายครั้งสามารถสอนผู้เรียนได้เป็นจำนวนมากช่วยให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย

3.6 ข้อจำกัดของการสอนโดยวิธีการสาธิต คือ ถ้าผู้เรียนเป็นกลุ่มใหญ่การสาธิต อาจจะทำให้มองเห็นไม่ชัดเจน ผู้เรียนไม่ได้ร่วมปฏิบัติด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของผู้เรียนมีน้อย ทำให้เกิดความรู้ไม่ลึกซึ้งเพียงพอและผู้สอนซึ่งเป็นผู้สาธิตอาจไม่ได้สังเกตเห็นพฤติกรรมของผู้เรียนได้เพื่อให้การสาธิตดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพควรดำเนินการตามลำดับดังนี้ (สมคิด บางโม, 2546 : 129)

3.6.1 การเตรียมการสาธิต ผู้ให้การสาธิตต้องเตรียมขั้นตอนของการสาธิตวัสดุอุปกรณ์และซ้อมการสาธิตเพื่อให้เกิดความคล่องแคล่วในการสาธิตจริง

3.6.2 การสาธิตควรเริ่มด้วยการกล่าวนำและชี้แจงการสาธิตอย่างสั้นๆ จากนั้นแสดงตามขั้นตอนที่เตรียมไว้และขั้นตอนใดที่สำคัญและซับซ้อนควรแสดงให้ดูซ้ำๆ และอธิบายประกอบ อะไรที่ต้องการให้ผู้เรียนสนใจต้องย้ำให้ชัดเจน

3.6.3 การสนทนาและทดลองปฏิบัติหลังการสาธิตผู้ให้การอบรมต้องให้โอกาสสมาชิกได้ซักถาม กรณีไม่มีการซักถามจะต้องทบทวนการสาธิตเพื่อทำความเข้าใจแล้วให้ผู้เรียนได้ทดลองปฏิบัติเพื่อเป็นการประเมินผลการสาธิต

4. การสนทนากลุ่ม (Group Discussion)

การสนทนากลุ่มเป็นการสนทนาที่ต้องการให้สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และหาข้อยุติเกี่ยวกับเรื่องหรือประเด็นที่ต้องศึกษา รูปแบบของการสนทนากลุ่มนี้เป็นการสนทนากันเองระหว่างสมาชิกของกลุ่ม โดยมีประธานเป็นผู้ดำเนินการและมีเลขานุการเป็นผู้จดบันทึกและบางครั้ง

อาจจะมีวิทยากรประจำกลุ่มที่ต้องการให้แนวทาง การสนทนาแบบนี้กลุ่มไม่ควรมีขนาดใหญ่ เพราะจะทำให้สมาชิกไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างทั่วถึง

4.1 ขั้นตอนของการสนทนากลุ่ม

4.1.1 ดำเนินการให้กลุ่มได้เลือกสมาชิกคนหนึ่งทำหน้าที่ประธานและ ประธานจะเป็นผู้เลือกเลขานุการ

4.1.2 ประธานชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องหรือหัวข้อที่ได้รับมอบหมาย ให้กลุ่มอภิปราย และกำหนดขอบเขตของการอภิปราย ตลอดจนผลสรุปที่ได้จากการอภิปรายกลุ่ม

4.1.3 สมาชิกของกลุ่มร่วมสนทนาตามประเด็นที่กลุ่มได้รับมอบหมาย

4.1.4 ประธานกลุ่มดำเนินการสรุปผลอภิปรายจัดทำเป็นเอกสาร

4.1.5 ประธานและเลขานุการเป็นผู้นำเสนอผลการอภิปรายกลุ่มต่อที่ ประชุมใหญ่ หรือผู้ที่มอบหมาย

4.2 ทักษะที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

4.2.1 การสร้างบรรยากาศในการอภิปราย ประธานจะต้องพยายามสร้าง บรรยากาศ ของที่ประชุมให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเอง เช่น ก่อนเริ่มการอภิปรายกลุ่มอาจหาเรื่องมาพูดคุย กับสมาชิก

4.2.2 กระตุ้นเร้าความสนใจให้สมาชิกมีส่วนร่วมอาจใช้วิธีการถามนำหรือ ขอร้องให้แสดงความคิดเห็นในเรื่องที่อภิปราย

4.2.3 ใช้ความคิดและเชื่อมโยงความคิดของสมาชิกด้วยการสรุปความคิด และโยงความคิดของสมาชิกเข้าด้วยกันทั้งในลักษณะที่เป็นความที่คล้ายคลึงกัน สนับสนุนซึ่งกันและ กันและความคิดเห็นที่แย้งกัน โดยแสดงให้เห็นถึงความคิดของกลุ่มที่กว้างขวาง

4.2.4 ปฏิบัติกับสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะต่างกัน เช่น คนที่ช่างพูดต้องคอยหา โอกาสขัดจังหวะด้วยการพูดในลักษณะที่เข้าใจความคิดของเขาแล้วเชิญคนอื่นพูด ส่วนคนที่ไม่ค่อย พูด จะต้องพยายามถามนำในประเด็นที่คิดว่าเขามีความรู้

4.2.5 ทักษะในการแก้ปัญหาความขัดแย้งโดยวิธีประนีประนอมความคิดเห็น ทั้งสองฝ่ายและอาจให้บุคคลที่สามารถได้เสนอความเห็นในลักษณะอื่นๆ ซึ่งบางความเห็นอาจเป็น ที่ยอมรับและแก้ปัญหาความขัดแย้งได้

4.2.6 สรุปผลการอภิปรายเพื่อให้สมาชิกยอมรับเป็นความคิดเห็นของกลุ่ม ในการนำเสนอที่ประชุมหรือนำไปใช้ในการแก้ปัญหาของกลุ่ม

ข้อดีของการอภิปรายกลุ่ม คือ สมาชิกทุกคนมี โอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ เต็มที่ ทำให้ได้แนวความคิดที่กว้างขวางข้อยุติที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์และแก้ปัญหาได้

อย่างแท้จริง ส่วนข้อจำกัดคือเทคนิคนี้ไม่เหมาะสำหรับคนกลุ่มใหญ่ ปรชชนกลุ่มต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถทำให้สมาชิกได้อภิปรายในขอบเขตของเรื่องและนำสมาชิกไปสู่เป้าหมายตามเวลาที่กำหนดได้

5. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling)

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพซึ่งมีลักษณะเป็นที่ยอมรับไว้วางใจและให้ความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้รับคำปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถอภิปรายได้อย่างเปิดเผยในสิ่งที่ตนเสียใจและกังวลให้สามารถอธิบายเป้าหมายประสงค์ของตนเองได้อย่างชัดเจน และปฏิบัติได้ สามารถแสวงหาทักษะสำคัญๆ ในการเข้าสังคมและสามารถสร้างความเข้มแข็งและความเชื่อมั่นในตนเองให้พร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ในการวางแผนอนาคต สามารถประเมินความก้าวหน้าสู่เป้าหมายที่วางไว้กับข้อบกพร่องใจสามารถเพิ่มพูนประสบการณ์ให้แกชีวิตได้หลายๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านชีวิตและครอบครัว

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีโอกาสสำรวจตัวเอง ทำความเข้าใจตนเอง และสามารถค้นหาศักยภาพที่ตนเองมีอยู่แล้วนำออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เขากำลังเผชิญหรือปรับตัวกับภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งได้รับฟังความรู้สึกความคิดเห็นของผู้อื่นได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีความขัดแย้งหรือมีความรู้สึกเช่นเดียวกับตน นอกจากนี้เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เสนอแนะข้อคิดเห็นต่างๆ ซึ่งทำให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์แก่กลุ่มได้ นอกจากนี้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มยังช่วยประหยัดเวลา รวมทั้งสามารถวางแผนที่จะเผชิญปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ ในกระบวนการต่างๆ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการดูแลด้วยความรักและฟังอย่างใส่ใจเป็นแนวทางหลัก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้

ธนินี อรุณรักษ์รัตนะ (2552) ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดโอกาสการเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเพศหญิง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเริ่ม โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิผลทำให้กลุ่มทดลองลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

จิระภา มหาวงค์ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับแรงสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในหญิงที่เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าและมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .001$)

พิศมัย มากักคิ (2551) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้หญิงที่เป็นเบาหวาน

ขณะตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ($P < .001$)

สุวีร์พร สีหอกแก้ว (2551) ศึกษาผลของชุดกิจกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กระบวนการกลุ่ม

เอกพงษ์ ณ เชียงใหม่ (2552) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ หน่วยบริการปฐมภูมิห้วยแหวน จังหวัดลำพูน ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($P = .001$)

ยุพิน ชัยชล (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานรายใหม่ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานรายใหม่หลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองโดยใช้กระบวนการกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองโดยใช้กระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ชูชีพ โพชะจา (2550) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดี จังหวัดลำพูน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($P < .01$)

ธีระ ภักดิ์จรัส (2548) การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนช่องสามหมอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้า การสังเกตน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($P < 0.001$)

วิณิรัฐ ศรีชนะ (2548) ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลฝาง จ.เชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีร้อยละ 60 ร้อยละ 86.7 และร้อยละ 68.7 ตามลำดับปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ

คือเจตคติด้านสังคมและการปรับตัว ($P=0.02$) และปัจจัยที่มีผลเชิงลบคือสถานภาพโสด ($P=0.04$) อายุ 65 ปีขึ้นไป ($P=0.04$)

ราศรี คันธีสาร (2548) ศึกษากระบวนการสร้างพลังเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงชาวไทยใหญ่ บ้านผาป่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการวิจัยพบว่า การใช้กระบวนการเรียนรู้จากการใช้ประสบการณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ วางแผน และปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเกิดโรคเบาหวานได้

แนวคิดการเรียนรู้เชื่อมโยงวิทยาศาสตร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับผิดชอบ รับผิดชอบ และเรียนรู้ (LLSL)” ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับเทคนิคนี้ โดยให้ทีมสุขภาพใช้หลักการเรียนรู้ซึ่งเริ่มตั้งแต่ให้ผู้เบาหวานได้รับรู้เรื่อง โรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีที่ถูกต้อง แล้วเกิดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย และการใช้ยาการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม และรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้เรียกหลักการดังกล่าวว่า “การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองด้วยการเรียนรู้ร่วมกัน “เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ

แนวคิดการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานเวชปฏิบัติครอบครัว การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทำให้ได้รู้จักผู้ป่วยในบริบทไม่ใช่เพียงตัวผู้ป่วยแต่ผู้เดียว บริบทที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยก็คือครอบครัวนั่นเอง การได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคม และชุมชนของผู้ป่วย ทำให้ได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วย นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านยังเป็นกลวิธีหนึ่งในการเข้าถึงชุมชนเพราะจะช่วยทำให้พยาบาลสาธารณสุขเข้าใจสภาพของชุมชน ปัญหาสุขภาพของชุมชน สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาเป็นแนวทางวางแผนให้บริการแก่ชุมชน ในฐานะชุมชนเป็นผู้รับบริการ (Community as a Client) ตามเป้าหมายของการอนามัยชุมชนที่แท้จริงและยังเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับนโยบายเชิงรุกของเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ เวงเกอร์ (Weinger, 2003 : 104-107 และสำเร็จ แหงกระโทก, 2545 : 60-61)

1. วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน มีหลายประการขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1.1 สร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีการกินคืออยู่ดี สามารถดำรงตนและครอบครัวอยู่ในสังคมได้ด้วยดี

1.2 รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำมาพิจารณาวินิจฉัยปัญหาและวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

1.3 ให้คำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดทัศนคติ และพฤติกรรมที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยทั้งส่วนบุคคลและครอบครัว

1.4 ให้คำแนะนำในการป้องกันโรค

1.5 ให้การพยาบาลที่จำเป็นที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยสอนญาติและผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้

1.6 แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ทราบถึงแหล่งบริการด้านสาธารณสุข และรู้จักใช้บริการสาธารณสุขได้ถูกต้องเหมาะสมตามความจำเป็น

1.7 ติดตามผลการรักษาพยาบาล คำแนะนำและการช่วยเหลือต่าง ๆ

1.8 ดูแลการสุขภาพจิต ความเป็นอยู่ภายในครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม

2. ประโยชน์ของการเยี่ยมบ้าน

2.1 ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

2.1.1 ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

2.1.2 ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคล รายครอบครัวตามสภาพปัญหาต่างๆ

ที่แตกต่างกัน ตามความเหมาะสม

2.1.3 ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสะดวกและเป็นกันเองในการที่จะปรึกษาปัญหาต่างๆ

2.1.4 ญาติจะได้รับการฝึกหัดให้ดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในบางกรณีที่ไม่จำเป็นต้องใช้เทคนิคเฉพาะได้ การสอนให้ญาติดูแลผู้ป่วย จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นระหว่างคนไข้ ญาติ และพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งมีผลทำให้ครอบครัวตระหนักถึงความพยายามที่ต้องเอาใจใส่ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยมีพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้ให้คำแนะนำช่วยเหลือ

2.1.5 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดภายในบ้าน โดยไม่ต้องแยกตนเองจากครอบครัว ทำให้เกิดความอบอุ่น เป็นการส่งเสริมทางด้านกำลังใจ ช่วยให้หายจากโรคเร็วขึ้น

2.2 ประโยชน์ต่อประชาชนทั่วไป

2.2.1 ทราบถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องลักษณะ

2.2.2 ทราบถึงวิธีปฏิบัติในการป้องกันโรค

2.2.3 เข้าใจและมองเห็นความสำคัญในความรับผิดชอบของตนถึงการที่ต้องพยายามช่วยตนเองและชุมชนในเรื่องสุขภาพ

2.3 ประโยชน์ต่อพยาบาลอนามัยชุมชน

2.3.1 ทราบถึงภูมิหลัง ของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ พฤติกรรมอนามัย สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี ของครอบครัวและชุมชน

2.3.2 ได้เห็นสภาพที่แท้จริงของครอบครัว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบ ซึ่งจะเกิดผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

2.3.3 ได้ทราบปัญหาที่แท้จริง ทั้งปัญหาโดยตรงและปัญหาที่มีผลกระทบต่อ สุขภาพ

2.3.4 เป็นปัจจัยที่มีผลต่อศรัทธาในตัวพยาบาลอนามัยชุมชนและหน่วยงาน ซึ่งก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน

การเยี่ยมบ้าน เป็นวิธีที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะปัญหาบางอย่างสามารถแก้ไขได้ ก็เมื่อไปเยี่ยมบ้านเท่านั้น และการเยี่ยมบ้านยังช่วยให้มีสุขภาพสามารถดัดแปลงวิธีการใช้ทรัพยากร ได้เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาของแต่ละคนและครอบครัว

3. หลักการเยี่ยมบ้าน ในการเยี่ยมบ้าน พยาบาลอนามัยชุมชน ควรยึดหลัก ดังนี้

3.1 กระบวนการในการพยาบาลครอบครัว

3.1.1 การประเมินครอบครัว เพื่อค้นหาปัญหาต่าง ๆ

1) ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับประเมินครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างทางประชากร ของครอบครัวแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว การเจริญเติบโตและพัฒนาการของครอบครัว บทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมอนามัย สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต และสภาวะอนามัย ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว

2) การวินิจฉัยปัญหาครอบครัว ปัญหาของครอบครัวพิจารณาได้จาก ความบกพร่องทางสุขภาพ ภาวะคุกคามทางสุขภาพ และอันตรายต่าง ๆ

3) สภาวะวิกฤต คือ สภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงและ ต้องการการปรับตัว

3.1.2 การวางแผนช่วยเหลือครอบครัว หมายถึง การกำหนดแนวทางในการช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว

3.1.3 การปฏิบัติตามแผน หมายถึง การพยาบาล การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา แนะนำ การช่วยเหลือ ตลอดจนอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ผู้เยี่ยมให้กับผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งกำหนด ไว้ในแผนการช่วยเหลือ

3.1.4 การประเมิน เป็นขั้นตอนที่จะวัดว่า เมื่อปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้แล้ว ได้บรรลุตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด

3.2 การเลือกรายเยี่ยม ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ควรเลือกไว้เพื่อให้การดูแลที่บ้าน คือ

3.2.1 ผู้ที่มีอาการผิดปกติทั้งหมด

3.2.2 ผู้ที่อยู่ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมา

3.2.3 ผู้ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและมีพฤติกรรม

อนามัยไม่ถูกต้อง

3.2.4 ผู้ที่ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลจากญาติพี่น้อง

3.2.5 ผู้ที่มีปัญหาอื่น ๆ นอกเหนือจากการเจ็บป่วย

3.3 การจัดลำดับรายเยี่ยม เป็นการจัดลำดับว่า จะดูแลรายใดก่อนหลัง โดยยึดหลักความเร่งด่วนและป้องกันการแพร่กระจายของโรค

4. กระบวนการเยี่ยมบ้าน

กระบวนการเยี่ยมบ้านมีขั้นตอนในการปฏิบัติดังนี้

4.1 ระยะเวลาเยี่ยมบ้านเป็นระยะของการวางแผนและกำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน การเตรียมพร้อมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แฟ้มอนามัยครอบครัว บัตรบันทึกสุขภาพผู้ป่วย ข้อมูลการเยี่ยมบ้านครั้งก่อนถ้ามีข้อมูลอื่นที่จำเป็นรวมถึงการเตรียมอุปกรณ์ในการเยี่ยม (กระเป๋าเยี่ยมบ้าน) และยานพาหนะที่จะไปเยี่ยม

4.2 ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน ในขณะที่เยี่ยมให้บริการจำเป็นต้องมีทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ค้นหาปัญหา แก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเป็นองค์รวม นอกจากความรู้ทางการแพทย์แล้วยังมีทักษะที่จำเป็นดังนี้

4.2.1 ทักษะการให้บริการด้านจิตวิทยาสังคม

4.2.2 ทักษะการใช้เครื่องมือทางด้านมานุษยวิทยา ได้แก่ ชีวประวัติ ผังเครือญาติ

เป็นต้น

การเยี่ยมจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ซึ่งถูกกำหนดจากปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญนอกจากนี้เพื่อให้เกิดบริการอย่างเป็นองค์รวม ในการเยี่ยมจะต้องมีการประเมินในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีแนวทางดังนี้ INHOMESSS5

I = Immobility เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้หรือต้องการอาศัยผู้อื่นในการดูแล

N = Nutrition เพื่อภาวะด้านโภชนาการของผู้ป่วย เพราะอาหารส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง เช่น ผู้สูงอายุทานข้าวไม่ได้ เด็กขาดสารอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมอาหารอย่างไร

H = Home Environment สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เช่น สภาพบ้านแออัด มีโรงงานอุตสาหกรรมใกล้บ้าน

O = Other People สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อนบ้านมีการช่วยเหลือพึ่งพากันบ้างหรือไม่

M = Medications การซักประวัติเรื่องยารวมถึงการใช้สมุนไพร ยาพื้นบ้าน ของผู้ป่วย มีความจำเป็นเพื่อประเมินเรื่องการใช้ยา การดูแลตนเองและแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย

E = Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัดความดันโลหิต การดูแล การตรวจมารดาและทารกหลังคลอดเพื่อประเมินผู้ป่วยในขณะนั้น

S = Safety ความปลอดภัยภายในบ้านมักจะถูกละเลยเสมอ แต่เป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยเฉพาะบ้านที่มีเด็กเล็กและคนชรา ซึ่งอาจเกิดอุบัติเหตุในบ้านได้ ผู้เยี่ยมควรประเมินเพื่อให้อำนาจและข้อควรระวังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

S = Spiritual Health ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณีต่าง ๆ การค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

S = Service การประเมินที่บ้านถึงบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับนั้น ทำให้ทราบถึงความรู้สึกที่มีต่อระบบบริการและสะท้อนถึงบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการเอง เพื่อปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพและประชาชนเข้าถึงบริการยิ่งขึ้น (สายพิณ หัตถิรัตน์, 2549 : 91-117)

4.3 ระยะเวลาหลังการเยี่ยมบ้าน ต้องมีการนำข้อมูลที่ได้อากลงบันทึกในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน หรือใน บันทึกทางการพยาบาล (Nurse's Note) ในแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยนอก เพื่อให้แพทย์และเพื่อนร่วมทีม ได้มีโอกาสรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย การลงบันทึกโดยทั่วไปจะลงตามหัวข้อ ดังนี้

S = Subjective ได้แก่ ข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนบ้านลงบันทึกย่อๆ ให้ครอบคลุมประเด็นทั้งกาย จิต และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคาดหวัง (Idea Expectation) และความเอาใจใส่ (Concern)

O = Objective ได้แก่ ข้อมูลจากการตรวจพบและการสังเกต เช่น ผลการตรวจร่างกาย
 ทำที่ อัจฉริยะภาษาทั้งของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

A = Assessment คือ การประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ตามระดับของการดูแล

P = Plan Management ซึ่งต้องให้ครอบครัวการแก้ปัญหาที่เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน
 เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการดูแลตนเอง และการนำศักยภาพของ
 ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมาใช้ให้เหมาะสม

5. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน

บทบาทและหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน มีดังนี้

5.1 เป็นผู้ให้บริการ การให้บริการตามบ้านนั้น พยาบาลอนามัยชุมชนมีหน้าที่
 ให้บริการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะแก่ผู้ที่เจ็บป่วย
 ผู้อยู่ในระยะพักฟื้นที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยทีมพยาบาลอนามัยชุมชนจะเป็นผู้ทำการพยาบาล พร้อมทั้ง
 ทั้งสอนผู้ป่วยและญาติให้สามารถปฏิบัติได้เอง เช่น การทำแผล การวัดปรอท การเช็ดตัวลดไข้ เป็นต้น

5.2 เป็นครู ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง พยาบาลอนามัยชุมชนจะทำหน้าที่
 เปรียบเสมือนครู คือ เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ด้านสุขภาพอนามัยที่จำเป็นให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน
 เพื่อให้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

5.3 เป็นปรึกษา ขณะเยี่ยมบ้าน พยาบาลอนามัยชุมชนมักจะได้รับฟังปัญหาต่าง ๆ
 ของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งอาจมีทั้งปัญหาด้านสุขภาพอนามัยและปัญหาด้านอื่น ๆ เช่น ปัญหาความ
 ขัดแย้งภายในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น พยาบาลอนามัยชุมชน จึงมีบทบาทเป็นที่ปรึกษา
 โดยทำหน้าที่เพียงชี้แนะแนวทางเลือกหลาย ๆ วิธี ส่วนการตัดสินใจเลือกวิธีใดนั้น ครอบครัวจะ
 เป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง

5.4 เป็นผู้ประสานงาน โดยทำหน้าที่เป็นคนกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและ
 แพทย์หรือประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่จะส่งผลประโยชน์ให้กับครอบครัว เช่น นักสังคม
 สงเคราะห์ สถานสงเคราะห์ต่าง ๆ ที่ครอบครัวจะขอรับการช่วยเหลือเมื่อถึงคราวจำเป็น เช่น กำลัง
 มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือพยาบาลอนามัยชุมชนอาจต้องทำหน้าที่ส่งต่อไปขอรับการช่วยเหลือ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้าน

จิตรกร วิเศษปัสสา (2548) ศึกษาวิจัยการติดตามเยี่ยมบ้านกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
 ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการ
 ติดตามเยี่ยมบ้านมีการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญ
 (p-value < 0.019)

ยศยันต์ ภูเมฆ (2547) ศึกษาวิจัยผลการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพียงร้อยละ 30 ได้รับการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเบาหวานที่ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และมีเจตคติอยู่ในระดับสูง เจ้าหน้าที่ให้การดูแลแบบของค์ร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และการให้คำปรึกษา/สุขศึกษา อยู่ในระดับสูง ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การติดตามการรักษาอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และการดูแลสุขภาพอนามัยร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับต่ำ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติประจำมากที่สุดคือ การรับประทานยา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเยี่ยมบ้านกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านไม่มีความแตกต่างกัน

ศุภลักษณ์ จันทาญ (2546) ได้ศึกษาการบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า ด้านการตรวจรักษาอยู่ในระดับสม่ำเสมอ ด้านให้คำปรึกษา สุขศึกษาอยู่ในระดับสม่ำเสมอ ด้านการติดตามการเยี่ยมบ้าน ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านร้อยละ 69.70 ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน 30.30 ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จิราภา วิลาวรรณ (2545) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีดังนี้ 1) ต้องการรักษาพยาบาล การดูแลสม่ำเสมอจากแพทย์และพยาบาล 2) ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคขณะอยู่ที่บ้าน ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) ต้องการดำรงชีวิตอยู่และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ 4) ต้องการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว 5) ต้องการความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ 6) ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

คอนเนอร์และคณะ (Conner, et al., 2009 : 124-126) ได้ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานใช้วิธีการดูแลรักษาโดยเยี่ยมบ้านส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สโตน (Stone, 2010 : 478-484) ได้ทำศึกษาผู้ป่วยเบาหวานโดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง

เพนีย์และคณะ (Payne, et al., 2008 : 2244-2250) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยใช้การออกกำลังกายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

แอน (Ann, 2005 : 162-166) ได้ทำศึกษากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรังให้กลับสู่ชุมชนโดยใช้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านส่งผลให้ผู้ป่วยพึงพาตนเองและมีสุขภาพดีขึ้น

เวงเกอร์ (Weinger, 2003 : 104-107) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการเยี่ยมบ้านในแต่ละคนใช้เวลาประมาณ 90 นาที ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจร้อยละ 81

แนวคิดการเยี่ยมบ้านเชื่อมโยงสู่ยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับฟัง รับรู้และเรียนรู้ (LLSL)” เป็นการพบผู้ป่วยเบาหวานเฉพาะรายทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย เป็นการพยาบาลอย่างใกล้ชิดภายในบ้านทำให้เกิดความอบอุ่น มีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย และการใช้ยา

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

เบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) เป็นชื่อของกลุ่มอาการของโรคที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติเนื่องจากการที่ร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) จึงทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดที่ได้จากอาหารที่รับประทานไปใช้ได้ตามปกติซึ่งอาหารประเภทต่างๆ ที่ร่างกายรับประทานเข้าไปโดยเฉพาะแป้งจะถูกย่อยสลายภายในกระเพาะอาหารเป็นน้ำตาลกลูโคสและถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดโดยมีอินซูลินเป็นตัวนำพาน้ำตาลกลูโคสในเลือดเข้าไปในเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงาน ถ้าหากร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลินจะทำให้ น้ำตาลไม่สามารถเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอ หรือสร้างไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่ฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่มีประสิทธิภาพทำให้ร่างกายนำน้ำตาลไปใช้ได้ไม่ดีจึงส่งผลให้มีน้ำตาลค้างในเลือดและจึงทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เมื่อในเลือดมีระดับน้ำตาลสูงมาก ไตจะกรองน้ำตาลออกมากับน้ำปัสสาวะทำให้ปัสสาวะมีรสหวานจึงเรียกภาวะนี้ว่า “เบาหวาน” ระดับน้ำตาลในเลือดถ้าสูงไม่มากนักก็ไม่สามารถตรวจหาระดับน้ำตาลในปัสสาวะได้ ทั้งนี้ไตมีความสามารถในการกั้นน้ำตาลได้ระดับหนึ่ง คือ ประมาณ 180-200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หากระดับน้ำตาลต่ำกว่านี้ไตจะไม่กรองน้ำตาลมากับปัสสาวะ ดังนั้นในการวินิจฉัยโรคหากใช้วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือดจะได้ผลแน่นอนกว่าและสามารถตรวจพบแต่เนิ่นๆ เพราะการตรวจพบว่า มีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะย่อมแสดงว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180-200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

1. สาเหตุของโรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้เพียงพอหรือสร้างไม่ได้เลยหรือสร้างได้แต่ไม่สามารถออกฤทธิ์ในการทำงานได้เต็มที่ (Thailabonline Health Site, 2004 และไพบูลย์ จาตุรปัญญา, 2551 : 17-31) ซึ่งมีสาเหตุดังนี้

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรมพบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งในหลายๆ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานผู้ที่มียีนผิดปกติมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะญาติสายตรงเป็นเบาหวานก็ทำให้มีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวาน ได้ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเบาหวานคือ

1.2.1 ปัจจัยด้านอาหาร พบว่า การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต แป้งและน้ำตาล โดยเฉพาะอาหารที่มีรสหวานจัดและอาหารที่มีน้ำตาลผ่านการแปรรูป เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ทองหยิบ ทองหยอด การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและบริโภคอาหารที่มีเส้นใยต่ำ

1.2.2 ความอ้วนเนื่องจากเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายของคนอ้วนคือต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน มีการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดลงและทำให้อินซูลินไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเหมือนเดิมจึงทำให้มีน้ำตาลส่วนเกินอยู่ในกระแสเลือด

1.2.3 การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้นและการออกกำลังกายทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้น

1.2.4 ผู้ที่สูงอายุ ตับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลง ในขณะที่ได้รับน้ำตาลเท่าเดิมจึงทำให้มีน้ำตาลส่วนเกินในกระแสเลือด

1.2.5 การติดเชื้อบางชนิด เช่น หัดเยอรมัน คางทูมเมื่อเป็นแล้วมักจะทำให้ตับอ่อนอักเสบและทำลายเบต้าเซลล์ซึ่งเป็นตัวผลิตฮอร์โมนอินซูลิน

1.2.6 ความเครียดเมื่อร่างกายมีความเครียดอย่างรุนแรง หรือมีความเครียดที่ยาวนาน จะทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโซล (Cortisone) และแคทีโคลามีน (Catecholamine) ออกมามาก จึงทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูง

1.2.7 การตั้งครรภ์ ในหญิงที่ตั้งครรภ์จะมีฮอร์โมนหลายชนิดที่รบกวนการทำงานของตับอ่อนและไปยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

1.2.8 ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

1.2.9 ความผิดปกติของตับอ่อน ตับอ่อนเป็นอวัยวะของร่างกายที่มีเบต้าเซลล์เป็นส่วนประกอบโดยมีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) เพื่อนำไปใช้ในการทำปฏิกิริยากับน้ำตาลเพื่อให้เกิดเป็นพลังงานให้ร่างกายนำไปใช้ ความผิดปกติของตับอ่อนที่เป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน

ได้แก่ ด้บอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการได้รับอุบัติเหตุหรือจากการได้รับสารพิษที่เป็นผลกระทบต่อ การเจริญเติบโตของเบต้าเซลล์จึงทำให้ขาดเบต้าเซลล์หรือจำนวนเบต้าเซลล์ลดลง

2. ประเภทของโรคเบาหวาน องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) และสมาคมโรคเบาหวาน แห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2005a) ได้แบ่งโรคเบาหวานตามสาเหตุและ พยาธิสรีรวิทยาในการเกิดโรคเบาหวานไว้ดังนี้ (อภิชาติ วิชญาณรัตน์, 2546 : 43-45)

2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus) หมายถึง โรคเบาหวานที่ เกิดจากการทำลายของเซลล์เบต้าในตับอ่อน ผู้ป่วยเบาหวานประเภทนี้ ร่างกายจะขาดอินซูลิน โดยสิ้นเชิงเนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เมื่อไม่มีอินซูลินร่างกายก็ไม่สามารถจะนำ น้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานจึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ผู้ป่วย ประเภทนี้จึงต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์

2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) หมายถึง โรคเบาหวานที่ เกิดจากการที่ตับอ่อนยังสามารถผลิตอินซูลินได้ตามปกติ หรืออาจจะได้น้อยหรือมากกว่าปกติก็ได้แต่ อินซูลินที่มีอยู่ออกฤทธิ์ไม่ดีไม่มีประสิทธิภาพซึ่งไม่ถึงกับขาดอินซูลินเหมือนผู้ป่วยชนิดที่ 1 ผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลินผู้ป่วยประเภทนี้ ถ้าไม่ได้รับ การรักษาที่ถูกต้องระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการทำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อไม่ได้ และโปรตีนจะถูกย่อยสลายนำมาสร้างเป็นน้ำตาลมากขึ้นที่ตับ แต่เนื่องจากการที่ผู้ป่วยประเภทนี้ ยังมีอินซูลินอยู่บ้างจึงไม่เกิดการสลายไขมันในอัตราที่รวดเร็วและไม่เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจาก สารคีโตนเหมือนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและไม่ระมัดระวัง ในการดูแลตนเอง น้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นเรื่อยๆ จนร่างกายต้องขับออกมาทางปัสสาวะทำให้ ผู้ป่วยเสียน้ำมากเกิดภาวะขาดน้ำและไตทำงานน้อยลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ การรับรู้ของผู้ป่วยลดลงและอาจหมดสติลงได้จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือโคมาจากน้ำตาลในเลือด สูงมาก (Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Coma)

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะหมดสติและมีภาวะแทรกซ้อน ได้จากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และถ้าได้รับการรักษาและดูแลตนเองไม่ถูกต้องผู้ป่วย อาจเสียชีวิตได้

3. เกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่นั้น สามารถที่จะทำได้ทั้งการตรวจหาน้ำตาลในเลือดและในปัสสาวะซึ่งการที่จะตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ ได้นั้นจะตรวจพบได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากๆ เพราะความสามารถของไตที่ จะกักเก็บน้ำตาลไว้ได้ในระดับหนึ่งคือประมาณ 180-200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถ้าเกินจากนี้ น้ำตาลจะถูก ขับออกมาทางปัสสาวะ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลสูงไม่ถึงก็ไม่สามารถตรวจพบ

น้ำตาลในปัสสาวะได้ แต่ก็ยังเป็นเบาหวานและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงแล้ว ซึ่งในการวินิจฉัยว่าบุคคลหนึ่งบุคคลใดว่าเป็นเบาหวานหรือไม่นั้นจะต้องพิจารณาจากการตรวจเลือด เพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเกณฑ์ โดยการเจาะเลือดบริเวณข้อพับแขนหรือจากข้อมือหรืออาจใช้เลือดแดงจากหลอดเลือดฝอยปลายนิ้วมือโดยที่องค์การอนามัยโลก (WHO) และสมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาได้กำหนด ค่าระดับน้ำตาลของคนปกติและเกณฑ์ที่ถือว่าเป็นเบาหวานไว้ดังนี้คือ (เทพ หิมะทองคำ, 2550 : 31 และวิทยา ศรีมาดา, 2550 : 184)

3.1 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด หรือค่า Fasting Blood Sugar (FBS) ของคนปกติและของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานก่อนและหลังรับประทานอาหารรวมทั้งการแปลผลดังแสดงในตารางที่ 2.1 และ 2.2

ตารางที่ 2.1 แสดงค่าระดับน้ำตาลในเลือดหรือค่า Fasting Blood Sugar (FBS) ในคนปกติ

คนปกติ	การแปลผล
- ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเข้าประมาณ 70 –110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	- ค่าระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารเข้าตั้งแต่ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 2 ครั้งขึ้นไป
- ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงไม่เกิน 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	- ค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่ว่าจะเป็นเวลาใดเกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ตารางที่ 2.2 แสดงค่าและการแปลผลของ Fasting Blood Sugar (FBS) ในผู้ป่วยเบาหวาน

คนที่เบาหวาน	การแปลผล
- 90-130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	- ควบคุมเบาหวานได้ดี
- น้อยกว่า 90 หรือมากกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	- ต้องปรับการรักษา

3.2 ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหรือค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) หมายถึงระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่วัดจากค่าเปอร์เซ็นต์ของน้ำตาลในเลือดที่จับกับโปรตีนในเม็ดเลือดแดงโดยจับแบบไม่สามารถหลุดออกมาเป็นโมเลกุลอิสระได้ทราบจนกระทั่งเม็ดเลือดเหล่านั้นสูญสลายไปเอง เนื่องจากเม็ดเลือดแดงมีอายุในระบบหมุนเวียนเลือดประมาณ 120 วัน ดังนั้นการวัดฮีโมโกลบินเอวันซีจึงบ่งชี้ถึงระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ผ่านมาในระยะยาว 2-3 เดือน (อภิชาติ วิชาญรัตน์ และคณะ, 2546 : 159, สุนทรี นาคะเสถียร, 2545 : 123) การที่ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารหรือไม่รับประทานอาหารก่อนทำการตรวจเลือดจะไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเปอร์เซ็นต์ของน้ำตาลที่เกาะกับเม็ดเลือดแดงดังกล่าว ดังนั้นค่าฮีโมโกลบินเอวันซีจึงเป็นค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่สะท้อนให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

อย่างแท้จริงซึ่งค่าฮีโมโกลบินเอวันซีในคนปกติมีค่าประมาณ 4–6% ของฮีโมโกลบินเอวันซีทั้งหมดถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีใกล้เคียงปกติมากที่สุดจะสามารถชะลอและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยพบว่า การลดลงของค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะทุก 1% สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั่วไปได้ร้อยละ 37 ลดอัตราการตายจากโรคเบาหวานได้ร้อยละ 21 ลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 14 และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากหลอดเลือดแดงเล็กได้ร้อยละ 37 สเตรทตันและคณะ (Stratton, et al.,2000 และศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2551 : 39-40) และแสดงถึงการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

ตารางที่ 2.3 แสดงค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหรือค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c})

ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี	การแปลผล
น้อยกว่า 7 %	ควบคุมเบาหวานได้ดี
ระหว่าง 7 – 8%	ควบคุมเบาหวานพอใช้ได้
มากกว่า 8 %	ยังควบคุมเบาหวานไม่ดีเท่าที่ควรต้องปรับปรุง

จากตารางที่ 2.3 แสดงถึงการแปลผลของค่าระดับน้ำตาลสะสมที่เกาะกับโปรตีนในเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวาน การวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเป็นการบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะประมาณ 10–12 สัปดาห์ (ADA, 2009 : 13-61)ซึ่งในคนปกติค่าฮีโมโกลบินเอวันซีจะมีค่าประมาณ 4-6% ของฮีโมโกลบินเอวันซีทั้งหมดและคนที่เบาหวานจะมีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีสูงมากกว่านี้และถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีใกล้เคียงปกติมากที่สุดจะสามารถชะลอและลดอุบัติการณ์โรคแทรกซ้อนทางตา ไต และระบบประสาท และถ้าสามารถลดฮีโมโกลบินเอวันซีในเลือดได้ 1% จะสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และระบบประสาทได้ร้อยละ 33-41 ลดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 14 และลดอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ร้อยละ 21 (อภิชาติ วิชญาณรัตน์ และคณะ, 2546 : 62 และศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2551 : 40) และเบคเกอร์ (Backes, 2008 : 17)

ยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับผิดชอบ รับรู้และเรียนรู้ (LLSL)” ผู้วิจัยประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ในครั้งที่ 1 ห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 12 สัปดาห์

4. อาการของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมักมีอาการ ปัสสาวะบ่อยและออกครั้งละมากๆ คอแห้งกระหายน้ำจึงทำให้ดื่มน้ำบ่อย หิวบ่อย รับประทานจุ อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 มักจะมาด้วยอาการ ปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก บางทีพบอาการเวียนศีรษะ ตามัวร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายอาจมาในระยะหลังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท อาการทางตา หรือระบบหลอดเลือดหรือเป็นแผลเรื้อรังรักษาหายยาก

5. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้นซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลให้ดี และดูแลตนเองให้ถูกต้องจะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนให้ช้าลงได้ โรคแทรกซ้อนสามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือ

5.1 ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยหมดสติและถ้าได้รับการช่วยเหลือไม่ทันอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

5.1.1 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จะมีอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะ มากและบ่อยโดยเฉพาะในเวลากลางคืน คลื่นไส้ อาเจียน ตามัว ปวดท้องคล้ายไส้ติ่ง หายใจหอบ หมดสติ

สาเหตุ เกิดจากการขาดยา การรับประทานอาหารมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย มีการติดเชื้อ มีภาวะเครียดอย่างมาก

วิธีการแก้ไข

1. สังเกตปริมาณปัสสาวะที่ออกและดื่มน้ำให้มีปริมาณอย่างน้อยเท่ากับ ปริมาณปัสสาวะที่ออกเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ

2. ประเมินการรับประทานอาหารในระหว่างนั้นว่ามีเหตุการณ์ที่ทำให้ รับประทานอาหารเพิ่มขึ้นกว่าปกติหรือไม่และพยายามควบคุมการรับประทานอาหาร

3. ประเมินการรับประทานยาหรือฉีดยาว่าในช่วงนั้นลืมรับประทานยาหรือ ลืมฉีดยาหรือไม่ ถ้าพบว่าลืมหรือไม่ได้รับประทานยาหรือฉีดยาด้วยเหตุใดก็ตามควรรับประทาน ยาหรือฉีดยาตามขนาดที่เคยได้รับ

4. ประเมินตนเองว่าในขณะที่นั้นมีอาการผิดปกติหรือมีอาการเจ็บป่วยอย่างอื่น หรือไม่ เช่น มีไข้สูง หรือมีการติดเชื้อในร่างกาย มีภาวะเครียด อดนอน เป็นต้นซึ่งในภาวะดังกล่าว ร่างกายจะมีความต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้นจึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ดังนั้นจึงควรแก้ไขที่ สาเหตุถ้ามีอาการมากควรพบแพทย์

5.1.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จะมีอาการมึนงง สับสน ปวดศีรษะ ความจำเสื่อม เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น หิว ซาปลายมือปลายเท้า ไม่มีสมาธิ หาวบ่อย ตาพร่ามัว ซึมลง ชักและหมดสติ ซึ่งเป็นอาการที่บ่งถึงภาวะสมองขาดพลังงาน อาจพบอาการหงุดหงิด หวาดระแวง พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เอะอะ โวยวาย พุดคุยสับสน บางคนจะมีอาการเฉพาะ

ดังนั้นจึงต้องคอยสังเกตอาการและแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติจดจำอาการเอาไว้เพื่อจะได้แก้ไขได้อย่างรวดเร็ว

สาเหตุ อาจเกิดจากการได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมากเกินไป การได้รับอาหารไม่เพียงพอจากความเจ็บป่วย การอดอาหารหรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในขณะที่ยังได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่และการมีกิจกรรมที่ใช้พลังงานมากเกินไป

วิธีการแก้ไข

1. รับประทานอาหารให้ตรงเวลาปริมาณอาหารควรใกล้เคียงกันทุกวันเพื่อรักษาระดับน้ำตาลให้สม่ำเสมอ

2. เมื่อมีกิจกรรมที่ต้องใช้แรงงานมากกว่าปกติที่เคยปฏิบัติหรือออกกำลังกายมากกว่าเดิมควรรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น

3. ควรมียาตาลก่อนหรือลुकอมพกติดตัวไว้ตลอดเวลาเมื่อเกิดอาการให้รับประทานทันที ข้อควรระวังคือ ปริมาณน้ำตาลที่รับประทานเพื่อแก้ไขอาการน้ำตาลในเลือดต่ำไม่ควรมากเกินไปเพราะจะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตามมาได้ ปริมาณน้ำตาลที่พอเหมาะเพื่อแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ น้ำตาลก่อน 2 ก่อน หรือทอफी 2 เม็ด หรือน้ำหวาน นม น้ำผลไม้ น้ำอัดลมครึ่งแก้ว หรือน้ำตาลทราย 2-4 ช้อนชา หรือ 1 ช้อนโต๊ะ หรือส้มหรือกล้วยน้ำว้า 1-2 ผล ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้รับประทานซ้ำอีกครั้ง ถ้าอาการไม่ดีขึ้นผู้ป่วยซึมลงจนไม่รู้สึกรู้สึกรับพาไปพบแพทย์

4. ควรมีบัตรพกติดตัวว่าเป็นโรคเบาหวานและวิธีการช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ

5. ผู้ป่วยไม่ควรรับประทานยาหรือฉีดยาเกินขนาดและควรบอกแพทย์เมื่อมาตรวจตามนัดว่าระหว่างอยู่บ้านเกิดอาการกี่ครั้ง ระหว่างเกิดอาการทำกิจกรรมใดอยู่ หรือคิดว่ามีสาเหตุใดที่ทำให้เกิดอาการเพื่อแพทย์จะได้ปรับการรักษาได้เหมาะสม

5.2 ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับอวัยวะต่าง ๆ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบหลอดเลือด หรือเนื้อเยื่อของอวัยวะนั้นๆ ซึ่งแบ่งได้เป็น

5.2.1 พยาธิสภาพที่เกิดกับระบบประสาทส่วนปลายทั้งหมด (Diabetes Neuropathy) ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทส่วนปลายเสื่อม เช่น มือ เท้า ผู้ป่วยจะมีอาการชาปลายมือปลายเท้า ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บและไม่รู้รู้ความร้อน ความเย็นที่เท้าและขาทั้ง 2 ข้าง จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บและเป็นแผลที่เท้าได้ง่ายและยังมีความผิดปกติของเส้นประสาทเส้นใดเส้นหนึ่ง เช่นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อตาทำให้มองเห็นภาพซ้อน กรอกตาไม่ได้ในบางทิศทาง นอกจากนี้ยังพบว่ามีระบบ

ประสาทอัตโนมัติเสื่อม เช่น ระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมทางเดินอาหาร หรือระบบทางเดินปัสสาวะ หรือระบบสืบพันธุ์

5.2.2 พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นที่หลอดเลือดฝอย (Micro vascular Complication) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่พบได้บ่อยที่ตาและไต เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่ตาจะทำให้ตามัวจนถึงตาบอดได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา ส่วนพยาธิสภาพที่ไตนั้นพบว่าเกิดได้ทั้งชนิดไตเสื่อมหน้าที่ และไตอักเสบรุนแรง ซึ่งภาวะที่เบาหวานลงไตนี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดสาเหตุหนึ่ง

5.2.3 พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นที่หลอดเลือดแดงขนาดต่างๆ (Macro Vascular Complication) โดยมีลักษณะเป็น Atherosclerosis อวัยวะที่พบได้บ่อยคือ หัวใจ สมอ ขาส่วนล่าง และเท้าซึ่งจะเกิดการตีตันของหลอดเลือดต่างๆ เช่น เส้นเลือดในหัวใจตีตันทำให้เกิดเป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง

6. การรักษาโรคเบาหวาน โรคเบาหวานในปัจจุบันยังไม่มียาที่จะทำการรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามหรือรุนแรงขึ้นได้ การรักษาโรคเบาหวานจะทำได้โดย (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2551 : 56-76 และเทพ หิมะทองคำ, 2550 : 82-163)

6.1 การควบคุมอาหาร แพทย์มักจะใช้การควบคุมอาหารในการรักษาโรคเบาหวานเป็นอันดับแรกเมื่อไม่ได้ผลจึงพิจารณาหาวิธีอื่นต่อไป การควบคุมอาหารจะต้องทำสม่ำเสมอถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการกินยาหรือฉีดอินซูลินแล้วก็ตามิฉะนั้นการรักษาจะไม่ได้ผลเท่าที่ควร

6.2 การรักษาด้วยยา การใช้ยารักษาโรคเบาหวานจะเริ่มใช้หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการควบคุมอาหารในระยะแรกแล้วไม่ได้ผล ยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวานแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ ยากินและยาฉีด แพทย์จะต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไปว่าจะใช้ยาฉีดหรือยากินแต่มีข้อควรจำอยู่บางประการคือ ต้องกินยาหรือฉีดยาให้สม่ำเสมอทุกวันตามแพทย์สั่ง อย่าเพิ่มยาหรือลดยาเองตามอาการที่ผู้ป่วยรู้สึก สำหรับยากินต้องกินก่อนอาหารประมาณ ½ -1 ชั่วโมง ส่วนยาฉีดต้องฉีดก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง ดังนั้นการรักษาด้วยยาจะให้ผลดีเมื่อมีการควบคุมอาหารและออกกำลังกายร่วมด้วย

6.3 การออกกำลังกายและการใช้ยา การออกกำลังกายจะช่วยให้ออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้น

6.4 ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนหรือผอมเกินไป

6.5 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

6.6 ควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือดทั้งโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

6.7 ติดตามและประเมินผลการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ

7. จุดมุ่งหมายในการรักษาโรคเบาหวาน (อภิชาติ วิษณุภรณ์และคณะ, 2546 : 60-61)

7.1 เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุข

7.2 เพื่อให้ผู้ป่วยปราศจากอาการต่างๆ ของโรคเบาหวาน เช่น อาการน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป

7.3 เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากหรือน้อยเกินไปและมีการเจริญเติบโตปกติ (ในเด็ก)

7.4 เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนของเบาหวานทั้งทางระบบประสาท ทางหลอดเลือดและหัวใจ ตา ไต

7.5 เพื่อควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) และระดับไขมันในเลือดให้ปกติ

8. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนเป็นผู้รับผิดชอบและริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองเนื่องจากเป็นโรคที่เป็นแล้วรักษาไม่หายขาดต้องคอยดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ตลอดเวลาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติและลดปัญหาการเกิดโรคแทรกซ้อนผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขแม้จะเป็นเบาหวานดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรได้เรียนรู้ในเรื่องดังต่อไปนี้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป (เทพ หิมะทองคำ, 2550 : 131-163 และศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2551 : 176-180)

8.1 ความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจในพยาธิสภาพของโรคสามารถดูแลตนเองเพื่อลดปัญหาต่างๆ ของโรคที่จะตามมาได้

8.2 การควบคุมอาหาร คือ การควบคุมปริมาณพลังงานในอาหารที่ได้รับในแต่ละวันการรักษาผู้ป่วยเบาหวานด้วยการควบคุมอาหารเป็นวิธีที่มีความสำคัญมากและเป็นวิธีขั้นแรกในการรักษาและเป็นหัวใจของการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับชนิดและปริมาณของอาหารที่ควรรับประทานควรเลือกอาหารให้เหมาะสมกับโรค รับประทานให้ครบ 3 มื้อ การควบคุมอาหารมีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติจึงจะช่วยชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนให้เกิดช้าที่สุด การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักเลือกรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เหมาะสมกับความ ต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยเบาหวานควรมีหลักในการเลือกรับประทานอาหารดังนี้

8.2.1 รับประทานอาหารให้หลากหลายและให้มีความสมดุลของสารอาหารรวมทั้งวิตามินและเกลือแร่ รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ และให้เป็นเวลา ไม่รับประทานจุกจิก ไม่รับประทานอาหารเวลาที่หิวเพราะจะทำให้รับประทานได้มากกว่าที่ควร

8.2.2 หลีกเลี้ยงของหวานและอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้ ขนมหวาน ผลไม้ที่มีรสหวานถ้าชอบหวานให้ใช้น้ำตาลเทียมแทนเนื่องจากน้ำตาลชนิดต่างๆ เป็นคาร์โบไฮเดรตที่ไม่มีใยอาหาร

8.2.3 รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่มีใยอาหารเพิ่มขึ้น คาร์โบไฮเดรตที่มีเส้นใยในอาหารมาก ได้แก่ ข้าวซ้อมมือ ข้าวโอ๊ต เนื่องจากเส้นใยอาหารจะช่วยชะลอการย่อยและดูดซึมอาหารจากลำไส้ รวมทั้งจะช่วยลดน้ำตาลและไขมันในเลือด สำหรับคาร์โบไฮเดรตประเภทอื่นๆ เช่น ข้าว ผัก ถั่ว กว๊านเตี้ย วุ้นเส้น ฯลฯ ซึ่งเป็นคาร์โบไฮเดรตที่ให้พลังงานโดยตรง จะถูกย่อยให้เป็นน้ำตาลกลูโคส ถ้าร่างกายไม่ได้ใช้พลังงานทำให้มีระดับน้ำตาลในร่างกายสูงขึ้น

8.2.4 รับประทานอาหารที่มีไขมันให้น้อยลง เช่น อาหารทอดทุกชนิด เนื้อสัตว์ติดมัน ถั่วลิสงทอด เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ เนื่องจากไขมันเป็นอาหารที่ให้พลังงานมาก ดังนั้นการรับประทานไขมันจึงควรให้เหมาะสมกับการใช้พลังงานของแต่ละคน

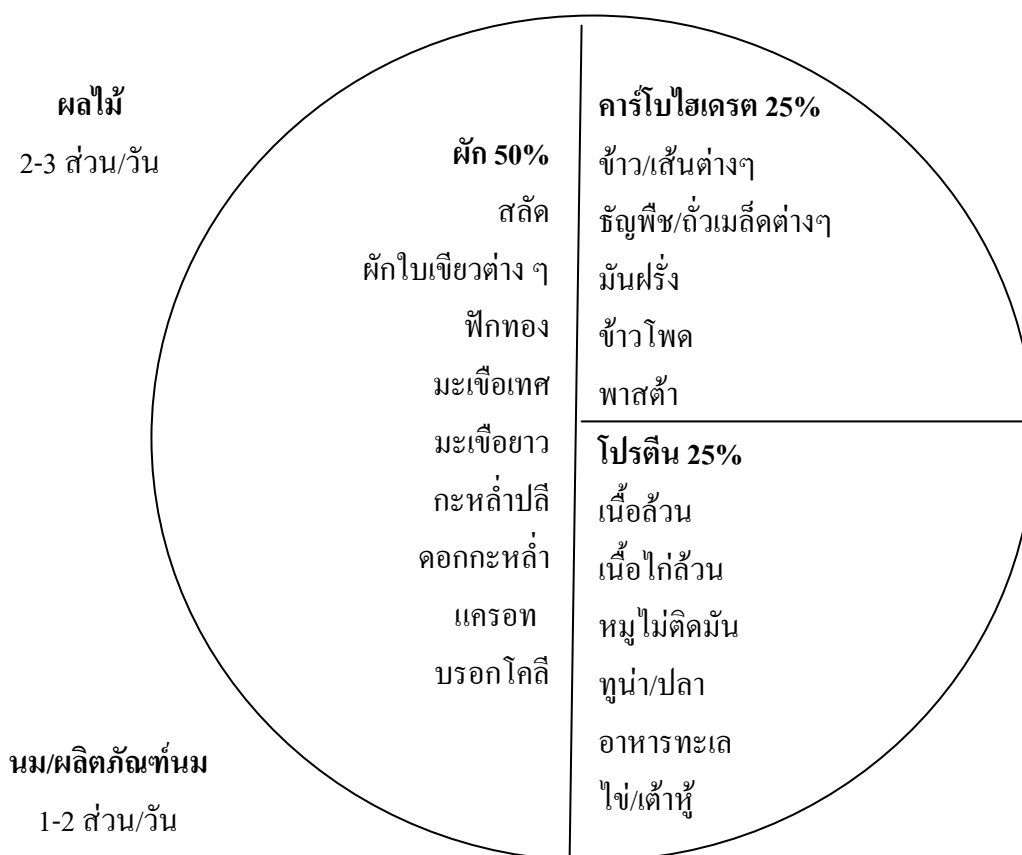
8.2.5 ลดอาหารเค็มหรือใช้เกลือในการทำอาหารให้น้อยลง เช่น น้ำปลา อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง ไข่กรอก ไข่เค็ม เป็นต้น เนื่องจากสารโซเดียมในเกลือจะทำให้ร่างกายเก็บน้ำไว้มากทำให้ไตต้องทำงานหนักและเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

8.2.6 หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เนื่องจากแอลกอฮอล์ให้พลังงานสูงเกือบเท่าไขมันแต่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการและทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมากขึ้น

8.2.7 รับประทานอาหารประเภทผักให้มาก ได้แก่ ผักสดต่างๆ และถั่วสด เช่น ถั่วฝัก ถั่วคั่วขาว มะระ ถั่วดำ ถั่วลิสง ฯลฯ เนื่องจากผักเป็นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตน้อยและให้พลังงานน้อยมีเส้นใยอาหารมีวิตามินและเกลือแร่มาก

งานอาหารสุขภาพ เป็นวิธีการกินอาหารให้สมดุลแบบง่าย ๆ สำหรับคนทั่วไป เพื่อดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังไม่ติดต่ออื่นๆ เป็นวิธีการเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรมกินที่ง่าย ซึ่งมีความเสี่ยงต่อเบาหวานอาจนำไปใช้ได้ งานอาหารสุขภาพเป็นแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขของไทยส่งเสริมกันในปัจจุบันนี้

สัดส่วนของอาหารที่รับประทานในมื้ออาหาร



จานขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้ว ลึก ½ นิ้ว

(ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2551: 79)

8.3 การออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานควรมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสม่ำเสมอเป็นประจำซึ่งจะทำให้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้เนื่องจากในขณะที่ออกกำลังกายร่างกายต้องใช้พลังงานและแหล่งพลังงานที่สำคัญคือ น้ำตาลที่ออกกำลังกายให้เพียงพอร่างกายจะใช้น้ำตาลในเลือดเพื่อเปลี่ยนไปเป็นพลังงานมากพอที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดและการออกกำลังกายยังทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้น โดยการที่ปริมาณของอินซูลินเท่าเดิมร่างกายจะสามารถใช้น้ำตาลได้มากขึ้นกว่าเดิมทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ การออกกำลังกายทำให้น้ำหนักตัวลด ไขมันในเลือดลดต่ำลงมีการศึกษาภาคตัดขวางในหลายเชื้อชาติที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูงถึงขึ้น 2-4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ออกกำลังกายหรือใช้แรงงานสม่ำเสมอ (Thailabonline Health Site, 2004) และยังทำให้มีสุขภาพจิตดีอารมณ์แจ่มใส การออกกำลังกายที่พอเหมาะและเหมาะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเป็นการออกกำลังกายตามความถนัดและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยเอง การออกกำลังกายที่ทำให้กล้ามเนื้อหลายๆ ส่วนได้เคลื่อนไหวออกแรงพร้อมๆ กัน และไม่ต้องใช้แรงต้านมาก ได้แก่ การวิ่งเหยาะๆ การเดินเร็วๆ

การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ เป็นต้น การออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคนจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของร่างกาย ถ้าผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงและ อวัยวะต่างๆ ส่วนได้ก็สามารถออกกำลังกายโดยวิธีทำกายบริหารได้ ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวาน โดยไม่มีผลเสียต่อร่างกายควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน หรือ 150 นาที/สัปดาห์ ครั้งหนึ่งควรใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที โบนาส (Bronas, 2009 : 220-225)

8.4 การผ่อนคลาย ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรปฏิบัติดังนี้

8.4.1 หลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์เพราะจะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลใน เลือดสูงขึ้น (ไพบูลย์ จาตุรปัญญา, 2551 : 50-52) วิธีการหลีกเลี่ยงโดยการทำอะไรก็ได้ที่อยากทำใน สิ่งที่ดี เช่น ปลูกต้นไม้ ไปเที่ยวพักผ่อน ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนที่ ไว้ใจได้ ฝึกการหายใจอย่างถูกต้อง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กิจในทางที่ดีหรือรับบริการคำปรึกษา จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

8.4.2 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มเหล้า

8.4.3 พบแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามแพทย์นัดและเมื่อมีอาการผิดปกติเพื่อรับ การรักษาและดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น พบจักษุแพทย์เพื่อตรวจ สุขภาพตา หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ

8.4.4 นอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง

8.4.5 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายสดชื่นและควบคุมระดับ น้ำตาลได้ดีขึ้น จากการศึกษาพบว่าเมื่อออกกำลังกายสมองจะหลั่งสารซีโรโทนิน (Serotonin) และ เบนดา- เอ็นโดรฟิน (B-endorphin) ออกมาซึ่งเกิดได้ทั้งการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และออกกำลังกาย ด้วยแรงต้าน เป็นผลทำให้ผู้ออกกำลังกายอารมณ์ดี ทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น เพิ่มความเคารพตนเอง (Self-esteem) ลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่รุนแรงลง รู้สึกดีต่อการกินอาหารโดยไม่ต้องกังวลเรื่อง ของน้ำหนัก

8.4.6 ชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่มีโอกาสเพื่อควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ มาตรฐานไม่ควรปล่อยให้อ้วนเพราะจะทำให้ควบคุมเบาหวานได้ยากขึ้น โดยที่ค่าดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index (BMI) ในผู้ชายปกติ 20-25 กิโลกรัม/ตารางเมตรในผู้หญิง ปกติ 19-24 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถ้ามีน้ำหนักตัวเกินจากค่าปกติถือว่าอ้วน ในคนที่น้ำหนักตัวเกินปกติถ้าทำ ให้น้ำหนักลดลงร้อยละ 5-10 ก็สามารถทำให้การควบคุมเบาหวานดีขึ้น

8.4.7 ดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ผีวหนัง การดูแลเท้าเพื่อไม่ให้เกิดแผล ทำความสะอาดเท้าและควรสวมรองเท้าอยู่เสมอไม่ควรเดินเท้าเปล่า

8.5 ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมย์นาร์ดและคณะ (Maynard, et al., 2008 : 241-247)

8.5.1 Sulfonylureas แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ First Generation Sulfonylureas (Chlorpropamide) และ Second Generation Sulfonylureas (Glibenclamide, Glipizide, Gliclazide, Glimiperide) โดยมีประสิทธิภาพ ในการลดน้ำตาลเท่าเทียมกัน แต่แตกต่างกันในเรื่อง Half Life โดย First Generation มี Half Life นานกว่าและมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลต่ำได้มากกว่า ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดของ Sulfonylureas ขึ้นอยู่กับระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) ไม่ควรสูงเกิน 280-300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร การเป็นเบาหวานในระยะเริ่มต้นมีการทำงานของเบต้าเซลล์ที่ดีโดยวัดจากค่า Fasting C-peptide สูง และผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อยาดีในระยะหนึ่งและอาจจะตอบสนองลดลง ปัญหาที่พบบ่อยจากการใช้ Sulfonylureas ได้แก่ น้ำหนักตัวเพิ่ม ซึ่งเป็นปัญหาของผู้ป่วยชนิดที่ 2 อยู่แล้ว ทำให้ภาวะ Insulin Resistance มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ Sulfonylureas ในผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วน นอกจากนี้ยังเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นอาการข้างเคียงที่พบบ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่ไตทำงานบกพร่อง และผู้ที่มีการรับประทานอาหารที่ไม่ตรงเวลาแน่นอน

คำแนะนำทั่วไป

1. ควรรับประทานยาก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง
2. รับประทานอาหารทุกมื้อและตรงเวลา
3. พกพาของหวานเช่น ลูกกวาด น้ำตาล หรือน้ำหวานติดตัวเพื่อแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
4. ตรวจสอบน้ำตาลในเลือดสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง
5. งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
6. แนะนำให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรเมื่อได้รับยาชนิดอื่นร่วมด้วยเพื่อป้องกันอันตรกิริยาระหว่างยา

ตารางที่ 2.4 แสดงการเปรียบเทียบยาในกลุ่ม Sulfonylureas

ชื่อยา	ยาเริ่มออกฤทธิ์ (ชั่วโมง)	ค่าครึ่งชีวิต (ชั่วโมง)	ระยะเวลาออกฤทธิ์ (ชั่วโมง)	ขนาดยาเริ่มต้น (มิลลิกรัม)	ขนาดยาสูงสุด (มิลลิกรัม)	การจัดยา
chlorpropamide	1	35	72	250	500	ตับและไต
glibenclamide	1.5	2-4	18-24	2.5	20	ตับและไต
glibenclamide micronized	1.5	2-4	18-24	1.5	12	ตับและไต
glipizide	1	3-7	12-24	5	40	ตับ
gliclazide	1-2	12	24	40	320	ตับและไต
gliclazide modified release	1-2	12	24	30	120	ตับและไต
glimiperide	2-3	9	16-24	1	8	ไต

8.5.2 Biguanides ยากลุ่มนี้ได้แก่ Metformin ซึ่งมีประสิทธิภาพเทียบเท่า Sulfonylureas ในการลดระดับน้ำตาลในเลือด มีการใช้ยาเดี่ยว ๆ หรือร่วมกับ Sulfonylureas เพื่อเสริมฤทธิ์การรักษาผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดจะเห็นชัดใน 3-5 วันหลังเริ่มให้ยา โดยออกฤทธิ์สูงสุด 2 สัปดาห์หลังเริ่มให้ยา ดังนั้นควรปรับขนาดยาหรือตรวจผลการรักษาทุก 2 สัปดาห์ เนื่องจาก Metformin ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับโดยไม่ขึ้นกับความสามารถของเบต้าเซลล์ในการหลั่งอินซูลิน และพบอุบัติการณ์ในการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำน้อยมากเมื่อใช้เดี่ยวๆ อาการข้างเคียงที่พบบ่อยเป็นอาการทางระบบทางเดินอาหารได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง พบร้อยละ 50 สามารถลดและป้องกันได้โดยรับประทานยาพร้อมอาหารและเพิ่มขนาดยาทีละน้อย สำหรับอาการที่รุนแรงคือ ภาวะเลือดเป็นกรด (lactic acidosis) เกิด 1:30,000 ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มี ภาวะไตทำงานบกพร่อง (Serum Creatinine > 1.5 mg/dl in male, > 1.4 mg/dl in female) ภาวะตับทำงานไม่ปกติ ภาวะขาดน้ำ ภาวะ Metabolic Acidosis Heart Failure และ Alcoholism เนื่องจากเสี่ยงต่อภาวะเลือดเป็นกรด

คำแนะนำ

1. ควรรับประทานยาพร้อมอาหาร
2. เพื่อลดการเกิดอาการข้างเคียงจากยาควรปรับขนาดยาเพิ่มทีละน้อย เช่น ต้องการยา 2 กรัมต่อวัน อาจเริ่มที่ 500 มิลลิกรัมต่อวัน ในช่วง 3-5 วันแรก จากนั้นค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาครั้งละ 500 มิลลิกรัมต่อวัน ทุก 3-5 วัน จนถึงขนาดเป้าหมาย
3. แนะนำการงดดื่มแอลกอฮอล์ เพราะอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด
4. แนะนำให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรอื่นร่วมด้วย เพื่อป้องกันปฏิกิริยาระหว่างยา

8.5.3 Alpha-glucosidase inhibitors ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Acarbose และ Meglitol เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Maltase, Isomaltase, Ssucrase, Glucoamylase ทำให้ร่างกายไม่สามารถย่อยสลาย Disaccharide และ Compels Carbohydrate ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉพาะในช่วงหลังรับประทานอาหาร (postprandial glucose) ลดลง ในขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเพียงเล็กน้อย ทำให้ประสิทธิภาพการลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ของ Alpha-glucosidase inhibitors ต่ำกว่ายาในกลุ่มอื่น ๆ ข้อดีของยาคือ ไม่ดูดซึมเข้ากระแสเลือด ไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่ทำให้น้ำหนักเพิ่ม และลดระดับ Triglyceride ได้เล็กน้อย อาการข้างเคียงที่พบได้แก่ อาการท้องอืด แน่นท้อง และท้องเสีย ซึ่งสามารถแก้ไขโดยการช้ยาต่อเนื่อง โดยเริ่มช้ยาในขนาดต่ำ 25 มิลลิกรัม 1-2 ครั้งต่อวัน และเพิ่มขนาดยาอย่างช้า ๆ 25 มิลลิกรัมต่อวัน ทุก ๆ 2-4 สัปดาห์ ขนาดยาที่ช้คือ 150-300 มิลลิกรัมต่อวัน การออกฤทธิ์ของยาจะดีถ้ามีอาหารและยาอยู่ในลำไส้พร้อมกัน จึงควรแนะนำผู้ป่วยรับประทานยา Alpha-glucosidase inhibitors ทันทีที่รับประทานอาหารคำแรก (Acarbose : start at 25 mg tid titrate up to maintenance dose of 150-300 mg)

คำแนะนำทั่วไป

1. ควรรับประทานยาพร้อมอาหารคำแรก
2. อาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรพกน้ำตาลติดตัว
3. ควรมีการช้ยาที่ต่อเนื่องเพื่อลดอาการข้างเคียงจากระบบทางเดินอาหาร
4. ให้เริ่มช้ยาในขนาดต่ำก่อนและค่อยเพิ่มขนาดยาอย่างช้า ๆ เพื่อลดอาการข้างเคียง

8.5.4 Thiazolidinediones ยา Rosiglitazone และ Pioglitazone เป็นยาในกลุ่ม Thiazolidinediones ที่มีช้ในปัจจุบัน Thiazolidinediones ออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยเพิ่มความสามารถของเซลล์ในการช้กลูโคส (Insulin Sensitizer) ประสิทธิภาพของยาเทียบเท่า Sulfonylureas

และ Metformin การออกฤทธิ์ 5-7 วันหลังใช้ยา แต่ใช้เวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์จะเห็นผลสูงสุด เนื่องจากเป็นยาใหม่ จึงไม่มีรายงานผลทางคลินิกในระยะยาว อาการข้างเคียงที่พบบ่อยจากการได้รับยา Thiazolidinediones คือ น้ำหนักเพิ่ม (2-3 กิโลกรัม) และบวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ใช้ อินซูลินร่วมด้วย ผู้ป่วยที่ไม่ควรใช้ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง เนื่องจากอาจเกิด Acute Exacerbation of Heart Failure และผู้ป่วยที่มี hepatic impairment

ตารางที่ 2.5 แสดงการเปรียบเทียบยาในกลุ่ม Thiazolidinediones

ชื่อยา	ขนาดยา (มิลลิกรัมต่อวัน)	การบริหารยา (ครั้งต่อวัน)	ชีวมูล	ค่าครึ่งชีวิต (ชั่วโมง)	การขจัดยา
Pioglitazone	14-45	1	>90%	3-7	ตับและไต
rosiglitazone	2-8	1	>99%	3-4	ตับและไต

คำแนะนำที่ควรให้แก่ผู้ป่วยที่รับยา Thiazolidinediones

1. ยาให้ผลสูงสุดต้องใช้เวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์
2. ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการบวมโดยเฉพาะที่อวัยวะส่วนปลาย
3. ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) แนะนำให้ชั่งน้ำหนักในช่วงเริ่มให้ยาและเฝ้าระวังการเกิด Volume Overload
4. ควรตรวจภาวะการทำงานของตับ
5. แนะนำผู้ป่วยเรื่องอาการแสดงของภาวะตับทำงานบกพร่อง และติดต่อแพทย์เมื่อพบอาการดังกล่าว

8.5.5 Nonsulfonylurea insulin secretagogues ยา Repaglinide และnateglinide เป็นยาในกลุ่ม nonsulfonylurea insulin secretagogues การออกฤทธิ์เหมือน sulfonylureas ต่างกันที่ nonsulfonylurea insulin secretagogues มี metabolic half life สั้นกว่า มีการกระตุ้นเบต้าเซลล์ให้หลั่งอินซูลินในช่วงเวลาสั้น ๆ สามารถลด postprandial glucose ได้ดี ขณะที่มีผลลดการหลั่งอินซูลินในช่วง fasting น้อยมาก การใช้ยาที่ได้ผลดีต้องรับประทานก่อนอาหาร 15 นาที ข้อดีของยาคือ โอกาสเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อใช้เดี่ยว ๆ น้อยกว่า sulfonylureas และทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มน้อยกว่า ข้อด้อยคือ จำเป็นต้องให้ยารวันละหลายครั้ง และการให้ยา sulfonylureas ร่วมกับ nonsulfonylurea insulin secretagogues จึงไม่แนะนำ

ตารางที่ 2.6 แสดงการเปรียบเทียบในกลุ่ม nonsulfonylurea insulin secretagogues

ชื่อยา	ขนาดยา (มิลลิกรัมต่อวัน)	การบริหารยา (ครั้งต่อวัน)	ชีวมวล	ค่าครึ่งชีวิต (ชั่วโมง)	การขจัดยา
repaglinide	0.5-16	3	56%	1	ตับ (CRP3A4)
nateglinide	60-120	3	73%	1.5	ตับ (CYP2C9,3A4)

คำแนะนำทั่วไป

1. แนะนำให้รับประทานยาก่อนอาหาร 15 นาที
2. อธิบายผู้ป่วยถึงภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงพร้อมทั้งวิธีการแก้ไข
3. ควรพกพาลูกกวาด น้ำตาลก้อนหรือน้ำหวานติดตัวขณะขับรถหรือออกกำลังกาย เพื่อแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

8.5.6 Insulin มี 5 ชนิด ได้แก่ insulin lispro, regular insulin, NPH insulin, lente insulin และ ultra-lente insulin ยา insulin จะใช้ในกรณีควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายด้วยการใช้รับประทาน ขนาดของการใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 อยู่ที่ประมาณ 0.5 ยูนิตต่อกิโลกรัมต่อวัน การให้ยา insulin มีหลายวิธีได้แก่

- 1) การใช้ intermediate acting insulin วันละครั้ง
- 2) การใช้ Intermediate acting insulin วันละครั้งตอนเช้าร่วมกับการใช้ short หรือ rapid acting insulin ในตอนก่อนอาหารเช้าและก่อนอาหารเย็น
- 3) การใช้ intermediate acting ผสมกับ short acting หรือ rapid acting insulin ให้วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและก่อนอาหารเย็น(2/3ของปริมาณ insulin ต่อวันให้ก่อนอาหารเช้าด้วยอัตราส่วนของ intermediate acting ต่อ short หรือ rapid acting insulin 2 ต่อ 1 ส่วนที่เหลือคือ 1/3 ของปริมาณ insulin ต่อวันให้ก่อนอาหารเย็นด้วยอัตราส่วนของ intermediate acting ต่อ short หรือ rapid acting insulin 1 ต่อ 1)
- 4) การใช้ Short หรือ rapid acting insulin เดี่ยว ๆ โดยให้ก่อนอาหารทุกมื้อที่รับประทาน
- 5) การใช้ premix insulin วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและเย็น
- 6) การใช้ insulin dispensing device เช่น insulin pen หรือ insulin pump

แบบที่นิยมที่สุดคือแบบที่ 3 ซึ่งจะให้ผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและมีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนขนาดยาได้ง่ายที่สุด

ตารางที่ 2.7 แสดงการเปรียบเทียบยาในกลุ่ม Insulin

ชนิดของ insulin	ยาเริ่มออกฤทธิ์ (ชั่วโมง)	ยาออกฤทธิ์สูงสุด (ชั่วโมง)	ระยะเวลาออกฤทธิ์ (ชั่วโมง)
Rapid acting lispro	0.25	0.5-1.5	2-4
Short acting regular	0.5-1	2-3	4-6
Intermediate acting			
NPH	2-4	4-10	10-16
Lente	3-4	4-12	12-18
Long acting ultra-lente	6-10	minimal	20-24

ขั้นตอนในการเลือกใช้ยารักษาโรคเบาหวาน

1. การเลือกใช้ยารักษา จะเริ่มจากยาเดี่ยวก่อน (หลังจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตประมาณ 3 เดือนแล้วไม่ได้ผล) ซึ่งการเลือกใช้ยา ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยที่อ้วน สรีรวิทยาเกิดจากการดื้อต่ออินซูลิน นิยมให้ยาในกลุ่มที่ลดการดื้อต่ออินซูลิน เช่น metformin, rosiglitazone หรือ pioglitazone ถ้าผู้ป่วยมีโรคไตหรือมีภาวะ metabolic acidosis เหนียวปื้นหรือเรื้อรังไม่ควรให้ metformin เนื่องจากเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ได้ ถ้าผู้ป่วยมีโรคตับ ต้องระวังการใช้ยาในกลุ่มนี้ทุกตัว นอกจากนี้ metformin ยังลดความอยากอาหาร ช่วยลดน้ำหนัก และไม่ทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

1.2 ผู้ป่วยที่รูปร่างผอม หรืออายุน้อยกว่า 40 ปี หรือได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานมานาน้อยกว่า 5 ปี หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมีค่าน้อยกว่า 300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร นิยมใช้ยา sulfonylurea หรือ repaglinide เนื่องจากการสร้างอินซูลินลดลงแต่การทำงานของตับอ่อนยังปกติ การใช้ repaglinide จะดีกว่ายาในกลุ่ม sulfonylureas ในแง่การออกฤทธิ์เร็ว ทำให้ลดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงภายหลังอาหาร (postprandial hyperglycemia) ได้ และยังเป็นตัวเลือกในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยากกลุ่มซัลฟา นอกจากนี้ ยากลุ่ม sulfonylureas เมื่อใช้ไปนาน ๆ จะมีการตอบสนองจากยาลดลงรวมถึงทำให้น้ำหนักเพิ่มและระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่ข้อเสียของ repaglinide คือ ยามีค่าครึ่งชีวิตสั้น จึงต้องให้ยาวันละ 2-4 ครั้ง และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ การเลือกใช้ยาชนิดใดในกลุ่ม sulfonylureas ควรพิจารณาระยะเวลาในการเริ่มออกฤทธิ์ (เช่น ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

ควรเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้น) ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ (มีผลต่อความถี่ในการรับประทานต่อวัน) ปฏิกริยาระหว่างยาและวิถีทางขับถ่ายยา(เช่น ผู้ป่วยโรคไต ควรใช้ยาในรุ่นที่ 2 เป็นต้น)

1.3 acarbose ใช้เป็นยาเดี่ยวตัวแรกได้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ปานกลาง เมื่อเทียบกับ sulfonylureas และ metformin มีข้อดีในการลดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงภายหลังอาหาร และอุบัติการณ์การเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำพบน้อย แต่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหาร จึงควรเพิ่มขนาดยาอย่างช้าๆ ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยลำไส้อักเสบ อุจตัน และมีความผิดปกติอื่น ๆ ของลำไส้

1.4 ไม่ควรใช้อินซูลินตั้งแต่แรก เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะอินซูลินในเลือดสูงอยู่แล้ว

2. หลังจากใช้ยาเดี่ยวแล้วยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อาจเพิ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดที่ 2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพได้แก่

2.1 sulfonylureas ร่วมกับ metformin เป็นสูตรที่นิยมมากที่สุด เนื่องจากมีการเสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกัน และไม่เพิ่มอาการไม่พึงประสงค์ของยาแต่ละชนิดนิยมใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อ้วน และไม่มี ความผิดปกติของการทำงานของตับหรือไต

2.2 Sulfonylureas ร่วมกับ acarbose นิยมในผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงภายหลังอาหาร จากรายงานวิจัยพบว่าได้ผลดีเทียบเท่าการใช้ sulfonylureas ร่วมกับ metformin

2.3 sulfonylureas ร่วมกับ pioglitazone

2.4 sulfonylureas ร่วมกับ acarbose พบว่าประโยชน์ของ metformin ลดลงร้อยละ 35 แต่ยังใช้สูตรยานี้ได้

2.5 Metformin ร่วมกับ rosiglitazone หรือ pioglitazone

3. หลังจากใช้ยาระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน 2 ชนิดร่วมกันแล้ว ยังไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ควรเปลี่ยนเป็นใช้อินซูลินร่วมกับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานเนื่องจากมีรายงานวิจัยพบว่า ถึงแม้การให้อินซูลินอย่างเดียว (หลังจากภาวะล้มเหลวของการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานร่วมกัน 2 ชนิด) จะมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยเทียบเท่ากับการใช้อินซูลินร่วมกับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานก็ตาม แต่การใช้อินซูลินร่วมกับยาลดน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานจะช่วยลดปริมาณความต้องการอินซูลินต่อวัน และลดการเพิ่มน้ำหนักของผู้ป่วยด้วย

3.1 อินซูลินร่วมกับ Metformin ลดความต้องการอินซูลินในแต่ละวันลงได้

3.2 อินซูลินร่วมกับ acarbose ลดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงภายหลังอาหารได้

3.3 อินซูลินร่วมกับ pioglitazone

4. ยาเพิ่มเติม ในปัจจุบันแนะนำให้รับประทานแอสไพรินขนาด 81-325 มิลลิกรัม ต่อวันในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประวัติโรคหลอดเลือดและหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย บางส่วนเนื่องจากขาดเลือด ผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด โรคหลอดเลือดสมองเสื่อม (stroke) หรือสมอง เกิดขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) และ/หรืออาการปวดเค้นอก (angina) นอกจากนี้ ยังแนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติของโรคหลอดเลือดและหัวใจโคโรนารี สูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง อ้วน macro/ micro albuminuria โคลเลสเตอรอลสูงกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร LDL สูงกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร HDL ต่ำกว่า 45 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมีอายุมากกว่า 30 ปี อย่างไรก็ตาม มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้แอสไพริน มีแนวโน้มที่จะมีภาวะเลือดออก มีประวัติเลือดออกในระบบ ทางเดินอาหาร โรคตับเฉียบพลัน และผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 21 ปี เนื่องจากเสี่ยงต่อ Reya's syndrome (ADA, 2004)

งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

พิมลรัตน์ อินแสน (2551) ศึกษาการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแบบไม่ทดลองที่ ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ กับการควบคุมโรค การสำรวจวิจัยครั้งนี้ได้องค์ความรู้จากงานวิจัยจำนวน 230 เรื่อง นำไปพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

พิจิตรา ทูลมาลา (2551) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางไตของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี ผลการวิจัยพบว่า มีการรับรู้การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ กับการพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .002

ลักษณะ ททรัพย์สมบูรณ์ (2551) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานใน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสาคร ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05)

อานุสร สีสุชาติ (2551) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานใน โรงพยาบาล ศูนย์กลางในนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมดูแลตนเอง การจัดการความเครียด อนามัยทั่วไป การได้รับยา และการ ติดตามการรักษา การควบคุมอาหาร การดูแลเท้า การออกกำลังกายโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ

นวพรรษ วุฒิชรรม (2551) ศึกษาวิถีชีวิตผู้ป่วยเบาหวานท่ามกลางของหวาน ตำบลหนองกะป๋อ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย และการ ใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ชนากานต์ แสนสิงห์ชัย (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ที่ เป็นเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการความเครียด อยู่ในระดับน้อย

มุกิตา ชมพูนุศรี (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวาน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ และผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าพฤติกรรม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการจัดการความเครียด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

อมรรัตน์ ทองอุทัยศิริ (2550) ศึกษาวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รับประทานอาหารมื้อเช้าและมือเที่ยงตรงเวลามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม รับประทานอาหารไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่างกันที่การจำกัดปริมาณอาหาร อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

โอโณทัย เหล่าเที่ยง (2550) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลสออด จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาเฉพาะรายพบว่าด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($R=0.186$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมที่สุด ได้แก่พฤติกรรมด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การรักษา การพักผ่อน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่วนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์และสังคม

อมรรัตน์ ทองอุทัยศิริ (2550) ศึกษาวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองบัวลำภูพบว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้รับประทานอาหารประเภทผัก อาหารจานด่วนและผลไม้รสหวานน้อยกว่า กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($P<0.05$) ในด้านการเคลื่อนไหวพบว่า มีการเคลื่อนไหวในการเดินทางและการออกกำลังกายมากกว่า กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ <0.05

เกษม เขียดสูงเนิน (2549) ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมู่ที่ 3 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่ถูกขนาดและเวลา

เกจรีย์ พันธุ์เขียน (2549) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในศูนย์สุขภาพชุมชน ต.สันนาเม็ง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงร้อยละ 83.7 รองลงมาคือพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการบริโภค ร้อยละ 81.6 ด้านอารมณ์และด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 52.0 และร้อยละ 51.0 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาถูกต้องเพียงร้อยละ 38.8

นาตยา คงคามี (2549) ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลสุขภาพตนเองยังไม่เหมาะสมในทุกด้านซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจและขาดความเชื่อที่ถูกต้องต่อการดูแลตนเอง แนวทางที่จะพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ เพิ่มพูนความรู้ การสร้างความตระหนัก และส่งเสริมการดูแลตนเองคือการใช้กระบวนการกลุ่ม การให้สุขศึกษาและการเยี่ยมบ้าน

วราภรณ์ หนู่มศรี (2549) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมาก และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

สุริยา สุนทราศี (2549) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยขาดการดูแลตนเองที่ดีคือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ยา และการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

เสียงสวรรค์ ทิพย์รักษ์ (2549) ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานลำานารายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ผลวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องรับประทานอาหาร การใช้ยา

กรรณิกา แก้วกัณหา (2548) ศึกษาการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลค่ายกษัตริย์เสวีระ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้านต่าง ๆ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า ด้านการดูแลสุขภาพจิต ของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการอบรม พบว่าหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และจากการติดตามครั้งที่ 1 และการติดตามครั้งที่ 2 พบว่าไม่แตกต่างกัน

เฉลิมศรี ยศธแสนย์ (2548) ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังคงรับประทานอาหารตามความชิน โดยเฉพาะอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลสูง ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ออกกำลังกายไม่ถูกต้อง แนวทางที่จะพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือการให้คำปรึกษารายกลุ่ม วิทยุบุคคล การฝึกอบรม การเสนอตัวแบบที่มีภาวะแทรกซ้อนสูง การทำกลุ่มช่วยกันเอง และการใช้สื่อแผ่นป้ายเตือนใจ

เดือนจิตร ภักดีพรหม (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองจอก กรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับดี การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

มันทนา ศรีรักษา (2548) ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลค่ายบางระจัน อ.ค่ายบางระจัน จ.สิงห์บุรี ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลสุขภาพตนเองยังไม่เหมาะสมในทุกด้านซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจและขาดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองแนวทางที่จะพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือให้สุขศึกษารายกลุ่มและการเยี่ยมบ้าน

สงกรานต์ กลั่นดวง (2548) ศึกษาการประยุกต์ใช้ The “take PRIDE” program ในการส่งเสริมพฤติกรรมกำกักับตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมในการกำกักับตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญ (p - value = 0.300) มีความคาดหวังในความสามารถตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ < 0.001

นงเยาว์ เพ็ชรสมบัติ (2546) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสถานีอนามัยเขาสามลิบ จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่รับประทานอาหารไม่ครบทั้งแปด เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักผลไม้ การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ไม่ได้ออกกำลังกายนอกเหนือจากการทำงานบ้านและงานประจำ การใช้ยาและการติดตามการรักษาอยู่ในระดับดี มีการดูแลสุขภาพทั่วไปและทำอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบอาการระดับน้ำตาลในเลือดและอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและยังคงปฏิบัติตัวด้วยความเคยชิน

แฟรงค์ (Frang, 2007 : 49-52) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เรื่องการควบคุมอาหารและการใช้ยา ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

เมย์นาร์ด (Maynard, 2008 : 241-248) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เรื่องการควบคุมอาหารและการใช้ยา ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน

จิราภรณ์ มณีวุฒิกุล (2551) ศึกษาผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยเภสัชกรในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูล จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยรวมทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการใช้ยาของกลุ่มศึกษามีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.02

กรรณิกา ปัญญา (2550) ศึกษาประสิทธิผลและบทบาทของเภสัชกร ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาที่แก้ไขได้ยากและไม่สามารถแก้ไขให้หมดไปในผู้ป่วยบางราย คือ ปัญหาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีความสำคัญหลังจากที่ผู้ป่วยถูกจำหน่าย เนื่องจากเภสัชกรสามารถเข้าถึงปัญหาการใช้ยาได้ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ < 0.05

รสมาลิน ชาบรรม (2550) ศึกษาผลของภาวะซึมเศร้าต่อความร่วมมือ ในการใช้ยา และการควบคุมระดับน้ำตาล ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยลดความสามารถของผู้ป่วยที่จะร่วมมือต่อแบบแผนการใช้ยา

กุลอนงค์ เกิดศิริ (2549) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป มีโอกาสพบปัญหาจากการใช้ยาได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ปัจจัยเสี่ยง

ปัญญา อู่ประเสริฐ (2547) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาด้านยา มีต่อ ปัญหาจากการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยทำการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบปัญหาจากการใช้ยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมช่วงเริ่มต้นศึกษาไม่พบว่าแตกต่างกัน แต่เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่าปัญหาจากการใช้ยา (1.03 ± 1.06 ปัญหา/ราย เทียบกับ 3.47 ± 1.55 ปัญหา/ราย, $P < 0.001$) ระดับน้ำตาลในเลือด (176.50 ± 60.02 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เทียบกับ 215.40 ± 60.21 มิลลิกรัม/เดซิลิตร $P < 0.013$) ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง (0.12 ± 0.42 ปัญหา/ราย เทียบกับ 1.47 ± 1.04 ปัญหา/ราย $P < 0.001$) ในกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ การให้

คำปรึกษาด้านยาอาจช่วยลดปัญหาจากการใช้ยา เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

วนิดา มานะกิจจงกล (2549) ศึกษาการใช้ดัชนีวัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

รัฐพร โลหะวิศวาพานิช (2546) ศึกษาผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรคลินิกแก่ผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้และคำปรึกษามีผลต่อความรู้ เจตคติ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ความพึงพอใจระดับน้ำตาลในเลือด และการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ < 0.05

ยุวดี เจนศิลานุกูล (2545) ทำการวิจัยเชิงทดลองแบบทดสอบก่อนหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม เพื่อค้นหา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคเบาหวาน รวมทั้งให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย โดยติดตามผู้ป่วยนอกเบาหวานของโรงพยาบาลมะเร็ง จำนวน 36 คน เก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าเป็นเวลา 4 เดือน ผู้ป่วยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมจากเภสัชกรจำนวน 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 57.8 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ยาไม่ถูกวิธี ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาที่พบมากที่สุด คือ การรับประทานยาที่ควรงดเว้น (ข้อจำกัดของการวิจัยนี้คือ ทำการติดตามระยะเวลาสั้นเพียง 4 เดือนและไม่มีกลุ่มควบคุมในการวิจัย)

รีเวนท์และเบอร์เกอร์ (Levien and Backer, 2009 : 92-106) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาชนิดรับประทานร่วมกับยาอื่นๆ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง

นาธานและคณะ (Nathan. et al., 2009 : 6-17) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาชนิดรับประทานและชนิดฉีดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง

ชิตตี้และเบอร์ค (Chitre and Burke, 2006 : 249-255) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และมีการวางแผนการติดตามผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย

กานต์ธิดา แก้วอาษา (2551) ศึกษาผลการประยุกต์ใช้เทคนิคเต้าเต๋อซันซึ่งร่วมกับการสอนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า การประยุกต์ใช้เทคนิคเต้าเต๋อซันซึ่งร่วมกับการสอนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียด และการใช้ยา การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

บำเหน็จ แสงรัตน์ (2551) ศึกษาผลการออกกำลังกายแบบฟิสิกส์ต่อระดับไกลโคไซด์และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ระดับไกลโคไซด์และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ออกกำลังกายแบบฟิสิกส์มีค่าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบฟิสิกส์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ < .001

สมนึก กุลสถิตพร และคณะ (2551) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ชุมชนเขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร โดยนำเอาทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (The Transtheoretical Model; TIM) ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ในระหว่างก่อนและหลังการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ <0.05

ขวัญหทัย ไตรพีช (2550) ศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า การออกกำลังกายสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและหรือระดับน้ำตาลเกะเม็ดเลือดแดงได้

ปรีชาดี ทองสาลี (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง การฝึกปฏิบัติโยคะต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความผาสุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองที่ลดลงของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ <0.05

เสาวลักษณ์ คุณทวี (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย-จิตแบบซิงค์ต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอประสาทตาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

โบนาส (Bronas, 2009 : 220-225) ได้ศึกษาการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานโดยการโยคะ ถี่จี่ และจิ้งก่ โดยออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

โรนาลด์ (Ronald, 2005 : 88-101) ได้ศึกษาการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน สัปดาห์ละ 3-4 วัน ผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง และน้ำหนักลดลง

เกร็กและคณะ (Gregg, et al., 2003) ได้ศึกษาการออกกำลังกายจากการเดินทั่วไป แล้วการเดินเร็ว 1 ชั่วโมงสามารถเผาผลาญพลังงานได้ถึง 400 แคลอรี ซึ่งเทียบได้กับการวิ่งในระยะทางที่เท่าๆกัน เช่นการเดินเร็ว 1 ไมล์ในเวลา 15 นาที เผาผลาญพลังงานเท่ากับการวิ่งจ็อกกิ้งในระยะทางเท่ากันในเวลา 8.5 นาที ดังนั้นการเดินจึงมีผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ควบคุมน้ำหนัก รูปร่างดีขึ้น ป้องกันกระดูกบาง และบาดเจ็บต่อข้อต่อและกล้ามเนื้อน้อยกว่าการออกกำลังกายอย่างหนัก ในผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่อายุ 18 ขึ้นไปพบว่า การเดินลดอัตราการตายที่เกิดจากหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีกิจกรรมการเดินสะสมอย่างน้อย 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ลดอัตราการตายร้อยละ 39 การเดินสะสม 3-4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ลดอัตราการตายร้อยละ 54

สวาร์ตซ์และคณะ (Swartz, et al., 2003) พบว่า การเดินสะสม 10,000 ก้าวต่อวัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่งผลในการควบคุมน้ำหนัก การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและยังมีประสิทธิผลต่อในผู้ป่วยอื่นๆอีกด้วย และกล่าวว่า The American College of Sports Medicine (ACSM) ได้แนะนำในการเพิ่มกิจกรรมทางกายระดับความหนักปานกลาง (Moderate intensity physical activity) สะสมอย่างน้อย 30 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ การเดินเป็นวิธีการเพิ่มกิจกรรมทางกายระดับความหนักปานกลางที่ง่ายที่สุดและเป็นวิธีที่แนะนำแก่ผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุป โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่ขาด ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค สามารถดูแลตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย และการใช้ยาที่ถูกต้อง ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลแบบเดิม โดยให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยยึดหลักการดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและการฟังอย่างใส่ใจ เป็นการสร้างความไว้วางใจ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ ร่วมกับการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้วยการเรียนรู้ร่วมกัน คือการให้ความรู้ เสริมทักษะ การให้กำลังใจและการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว

หลักเกณฑ์สากลของจริยธรรมการวิจัยในคน

การวิจัยในคน โดยเฉพาะการวิจัยทางคลินิกมีวัตถุประสงค์ที่มีไว้เพื่อประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยแต่ละรายที่ยินยอมเป็นอาสาสมัครของการวิจัยนั้น ดังนั้นผู้วิจัยควรคำนึงถึงหลักการทางจริยธรรมที่สำคัญสามประการได้แก่

1. หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) มีความหมายครอบคลุม 4 ประเด็นย่อยได้แก่ การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นคน การเคารพในการมีอิสระในการตัดสินใจให้คำยินยอมโดยมีข้อมูลที่เพียงพอ การเคารพในศักดิ์ศรีของบุคคลที่อ่อนแอ เปราะบาง (vulnerable person) ซึ่งคือความสามารถทางร่างกาย/จิตใจ และการเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาเป็นความลับ กล่าวโดยรวมหมายถึงผู้วิจัยต้องให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่การตัดสินใจเข้าเป็นอาสาสมัคร ซึ่งเป็นอิสระ (ไม่ถูกต้องบังคับหรือไม่อยู่ในสถานการณ์จำยอม) บุคคลที่อยู่ในฐานะที่ไม่อาจตัดสินใจได้อย่างมีสติสัมปชัญญะ เช่น ขณะเจ็บป่วยหมดสติ/ผู้ป่วยโรคจิต เด็กเล็กผู้เยาว์ ผู้ถูกคุมขัง เป็นต้น จะต้องได้รับการปกป้องคุ้มครองเป็นพิเศษจากการถูกใช้ในทางที่ผิด ผู้วิจัยต้องเคารพในการตัดสินใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร และเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ ป้องกันการเข้าถึงข้อมูลของผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง

2. หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (beneficence, non-maleficence) มีความหมายครอบคลุมประเด็นย่อย 3 ประการ ได้แก่

2.1 การชั่งน้ำหนักระหว่างความเสี่ยงและผลประโยชน์ (balancing risks and benefits) กล่าวคือ ประโยชน์ที่ได้จะต้องมากกว่าความเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และความเสี่ยงนั้นอาสาสมัครยอมรับได้ ดังนั้นการวิจัยทางคลินิกจึงต้องมีผลการทดลองในห้องปฏิบัติการ หรือในสัตว์ทดลองให้มั่นใจเรื่องความปลอดภัยก่อนเสมอ สำหรับความเสี่ยงในกรณีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ อาจจะไม่ชัดเจน เช่นในการวิจัยทางคลินิก ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดแก่ร่างกาย แต่ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์เป็นความเสี่ยงต่อจิตใจหรือชื่อเสียงเกียรติยศของบุคคลหรือกลุ่มชนหรือองค์กร

2.2 การลดอันตรายให้น้อยที่สุด (minimizing harm) กล่าวคือ ผู้วิจัยมีหน้าที่ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับอาสาสมัคร หรือหากป้องกันไม่ได้ควรหาทางให้เกิดอันตรายน้อยที่สุด อาสาสมัครต้องไม่เสี่ยงอันตรายโดยไม่จำเป็น ดังนั้นผู้วิจัยจึงควรใช้ตัวอย่างการวิจัยให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นตอบคำถามวิจัยได้ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติ

2.3 การสร้างประโยชน์สูงสุด (maximizing benefit) กล่าวคือ ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดที่จะพึงมีแก่อาสาสมัครโดยตรงด้วยนอกเหนือจากผลประโยชน์แก่ตนเอง/สังคม/วิชาการ

3. หลักยุติธรรม (justice) หมายถึงความเที่ยงธรรม (fairness) และความเท่าเทียมกัน (equity) กล่าวคือผู้วิจัยต้องปฏิบัติต่ออาสาสมัครแต่ละคนอย่างถูกต้องยุติธรรมและเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงความเสี่ยงและการกระจายให้เกิดผลประโยชน์อย่างเหมาะสมแก่ผู้ยอมตนเป็นอาสาสมัคร เช่น ไม่ควรเลือกที่จะวิจัยในกลุ่มคนเปราะบางอ่อนแอ/ด้อยโอกาส ซึ่งไม่สามารถปกป้องสิทธิและผลประโยชน์ของตนเองได้ หรือเลือกการวิจัยที่มีผลประโยชน์สูงในกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่าอยู่แล้วในสังคม เป็นต้น

หลักเกณฑ์ทางจริยธรรมสำหรับการวิจัยในคน

หลักเกณฑ์ต่อไปนี้เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยควรปฏิบัติ (ระบุในโครงร่างวิจัย และปฏิบัติ) เพื่อให้บรรลุหลักการพื้นฐานทางจริยธรรมสำหรับการวิจัยในคนตามที่กล่าวแล้วดังปรากฏในคำประกาศเฮลซิงกิ ข้อที่ 9 ความว่า ผู้วิจัยควรตระหนักถึงจริยธรรม กฎหมาย และกฎระเบียบที่จำเป็นในการวิจัยในคนของประเทศนั้น ๆ ด้วยพร้อมกันไปกับกฎระเบียบนานาชาติ จะไม่มีการอ้างใช้จริยธรรม กฎหมาย กฎระเบียบ ของประเทศใด เพื่อมาลดการปกป้องอาสาสมัครใน โครงการวิจัยที่กำหนดไว้ในคำประกาศเฮลซิงกิ

1. ผู้วิจัยจะต้องแสดงถึงความจำเป็นอันหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องทำการวิจัยในคน
2. ผู้วิจัยต้องระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ระบุประโยชน์และความเป็นไปได้
3. ผู้วิจัยต้องแสดงหลักฐานผลการศึกษาในห้องทดลอง/สัตว์ทดลอง หรือผลการวิจัยอื่นอย่างเพียงพอที่จะยืนยันถึงความปลอดภัยและเหมาะสมที่จะนำมาวิจัยในคน
4. มีระเบียบวิธีวิจัย ขั้นตอนและการออกแบบ (research methodology/design) ที่ดีและเหมาะสมสามารถตอบคำถามวิจัยได้ หรือบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นการวิจัยทางคลินิกที่เกี่ยวกับการพัฒนาการพัฒนายาวัคซีน การวิจัยที่ออกแบบไม่เหมาะสมไม่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์จะทำให้มีคนต้องเสี่ยงโดยไม่เกิดประโยชน์
5. ผู้วิจัยต้องมีความรู้ความสามารถประสบการณ์เพียงพอที่จะดำเนินการวิจัยในคนได้ โดยการแสดงหลักฐานคุณวุฒิการศึกษา การฝึกอบรม และผลงาน
6. ผู้วิจัยต้องระบุจำนวนคนหรือขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมที่จะใช้ในการวิจัยซึ่งไม่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (ซึ่งทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณ เวลา และเพิ่มจำนวนคนที่เสี่ยงด้วย) หรือน้อยเกินไปจนไม่สามารถให้ค่าทดสอบที่เชื่อถือได้ทางสถิติ
7. ผู้วิจัยต้องพยายามจำกัดความเสี่ยงให้มน้อยที่สุดต่ออาสาสมัคร
8. ในกระบวนการขอความยินยอม ผู้วิจัยต้องจัดทำเอกสารคำอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายให้อาสาสมัครทราบก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ โดยมีรายละเอียดในหัวข้อต่อไปนี้ อนึ่งผู้วิจัยควรเปิดโอกาสให้มีการซักถาม และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจด้วย

- 8.1 วัตถุประสงค์ พร้อมวิธีวิจัยที่จะปฏิบัติต่ออาสาสมัคร
- 8.2 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่ออาสาสมัคร ผู้อื่นหรือวงวิชาการ
- 8.3 ความเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับอาสาสมัคร
- 8.4 ทางเลือกในการรักษา หรือตรวจวินิจฉัยที่อาจเป็นประโยชน์กับอาสาสมัคร
- 8.5 วิธีการ/ขอบเขตดูแลเก็บรักษาข้อมูลของอาสาสมัครไว้เป็นความลับ
- 8.6 การดูแลรักษา/ระยะเวลา ที่ผู้วิจัยจะจัดให้อาสาสมัคร
- 8.7 การจ่ายเงินชดเชยหรือค่าใช้จ่าย ในกรณีที่เกิดอันตรายถึงขั้นพิการ หรือเสียชีวิต หรือเกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากการวิจัย (adverse event) ขึ้นกับอาสาสมัครซึ่งอาจมีการทำประกัน ให้โดยผู้ให้ทุนวิจัย

8.8 สิทธิของอาสาสมัครที่จะถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่อ โดยยังคงได้รับการดูแลรักษา/วินิจฉัย/บริการตามปกติที่พึงได้รับ

8.9 ชื่อที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้วิจัย และสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ประจำสถาบัน เพื่อให้สามารถติดต่อสอบถามได้ ทั้งในกรณีมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น หรือ ต้องการติดต่อขอทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยเพิ่มเติม

8.10 การจ่ายค่าตอบแทนหรือสิทธิประโยชน์แก่อาสาสมัคร ต้องระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ไม่ว่าจะค่าตอบแทนจะเป็นการรักษาหรือเงินก็ตาม ซึ่งจะต้องไม่มากเกินไปจนล่อใจให้เข้ามาเป็นอาสาสมัคร ซึ่งเสมือนการจ้างเป็นอาสาสมัคร (Unduce Inducement) โดยทั่วไปอาจจ่ายเป็นค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา (โดยคำนวณจากค่าแรงต่อวัน) หรือค่าอาหารด้วย

9. ผู้วิจัยจัดทำใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรให้อาสาสมัครเซ็นชื่อไว้เป็นหลักฐานเพื่อสนับสนุนให้ทั้งสองฝ่ายมีความมั่นใจเกี่ยวกับความเสมอภาพ และเป็นความสมบูรณ์ของเอกสารที่จะมีผลทางกฎหมายที่จะช่วยปกป้องไม่เฉพาะอาสาสมัครเท่านั้น ยังช่วยปกป้องผู้วิจัยและผู้ให้ทุนวิจัยอีกด้วย (ณรงค์ โพธิ์พฤษานันท์, 2551 : 20-21)

กล่าวโดยสรุปเป็นหลักการและหลักเกณฑ์สากลด้านจริยธรรมที่ผู้วิจัย และผู้พิจารณา ด้านจริยธรรมการวิจัยในคนจะต้องคำนึงถึง หากพิจารณาในมุมกว้างแล้ว จริยธรรมการวิจัยเป็นข้อพึงปฏิบัติในการวิจัยเพื่อให้เกิดประโยชน์และหลีกเลี่ยงโทษที่จะเกิดจากการวิจัยจริยธรรมที่สำคัญคือ ความซื่อสัตย์ ความเมตตา ความรับผิดชอบ ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ความมีใจกว้าง ความยุติธรรม และความรับผิดชอบต่อการเผยแพร่ผลงานของตน ในการศึกษาวิจัยยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับผิดชอบ รับผิดชอบ และเรียนรู้ (LLSL)” ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์สำหรับการวิจัยในคน ได้แก่ การจำกัดความเสี่ยงให้น้อยที่สุด กระบวนขอความยินยอม การรักษาความลับ และสิทธิในการบริการที่เท่าเทียมกัน โดยใช้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุมดูแล

ผู้ป่วยด้วยวิธีปกติในเครือข่ายบริการ โรงพยาบาลเขาย้อย ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองดูแลด้วยเทคนิค “รัก รับผิดชอบ รับผิดชอบ และเรียนรู้ (LLSL)” ในเครือข่ายบริการ โรงพยาบาลบ้านลาด ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับมาเปรียบเทียบผล

ปริทรรศน์ประสบการณ์ตรงและเหตุการณ์จริง

การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและการฟังอย่างใส่ใจที่ประสบความสำเร็จ โรงพยาบาลบ้านลาด
กรณี : เกือบเสียชีวิต

สนองชายวัยกลางคนเป็นเบาหวานมาประมาณ 5-6 ปี มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง งานผู้ป่วยนอก ได้ส่งปัญหานี้ให้กับทีมงานเยี่ยมบ้าน เพื่อให้สนองได้รับการดูแลตามเกณฑ์ โดยการไปเจาะเลือด นำยาไปให้ที่บ้าน ขาข้างขวาเริ่มลึบ และเริ่มมีแผล พยาบาลช่วยเหลือโดยการ ใช้ไม้ค้ำยัน และแนะนำให้ไปรับยาโรงพยาบาล แต่สนองก็ไม่ได้ไปตรวจตามนัด จนกระทั่งวันหนึ่ง สนองมาโรงพยาบาลด้วยอาการอ่อนเพลียมาก ตรวจพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง 350 mg/dl ขาข้างขวามีแผลตั้งแต่ข้อเท้าถึงเข่า ลักษณะแผลมีน้ำเหลืองไหลเป็นทางยาว เปรอะเปื้อนขา มีกลิ่นเน่าเหม็น ออกมาจากพยาบาลต้องใส่ผ้าปิดจมูก เมื่อสัมผัสปรากฏว่า ตัวสนองร้อนจี๋ พยาบาลคนหนึ่งบอกว่า ตัวร้อนมากให้นำปรอทไปวัดไข้ พบว่าอุณหภูมิ 40 °C เมื่อประเมินสภาพแล้วพยาบาลรายงานแพทย์ เมื่อแพทย์ตรวจดูอาการให้การวินิจฉัยว่า น้ำตาลในเลือดสูงและติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Hyperglycemia & Sepsis) ต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป และอาจต้องตัดขา สนองน้ำตาลไหลพราก คิ้วขมวดเข้าหากัน และพูดว่า “ผมไม่ไปรักษาโรงพยาบาลไหนทั้งนั้น ไม่ว่าจะไปโรงพยาบาลบ้านลาด หรือโรงพยาบาลทั่วไป” พยาบาลใช้เทคนิครักและการรับฟังได้อธิบายถึงความจำเป็นจะต้องนอนโรงพยาบาลจนสนองยอมนอนที่โรงพยาบาลบ้านลาด สนองนอนพักรักษาตัวได้ 3 วัน จึงขอกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน เราไม่ได้ข่าวคราวของสนองอีกเลย

วันหนึ่งพยาบาลห้องคลอดได้ออกเยี่ยมบ้านคนไข้หลังคลอดในละแวกบ้านที่สนองอาศัยอยู่ พร้อมกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลที่ไปเยี่ยมบ้านสนอง คำพูดที่สะดุดในใจฉันจากพยาบาลห้องคลอด นั่นคือ “หนูอยากจะทำบ้านจริงๆ” และผู้ป่วยมีแผลเน่าเหม็นซึ่งเป็นแผลเบาหวาน ฉันในฐานะเลขาทีมดูแลผู้ป่วย ฉันทิ้งงานบนโต๊ะไปชวนหอมซึ่งมาอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน หัวหน้างานผู้ป่วยใน หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้างานกายภาพบำบัด งานเยี่ยมบ้าน และพยาบาลห้องคลอด พร้อมคนขับรถ ในใจที่ชวนคนอื่นๆ ไปอยากให้เขาได้เห็นสภาพจริง บ้านของสนองห่างจากโรงพยาบาลเพียง 3 กิโลเมตร เมื่อถึงบ้านสนอง สภาพบ้าน “มันน่าเรื่องจริงๆ สมดังที่น้องพยาบาลบอก” สภาพเป็นหลังกามุงจากแซมด้วยสังกะสี มองเห็นรอยสนิมและน้ำหยด มีแคร่ไม้ไผ่อยู่ริมห้อง มีฟูกเก่าๆ

กลิ่นเหม็นสาบ ลักษณะสีดำสกปรกไม่เคยผ่านการทำความสะอาด พื้นบ้านเป็นพื้นดินสีดำ สภาพอับชื้น มีก้นบุหรี่ทิ้งเรี่ยราด ฝาบ้าน บุด้วยกระดานอัด ป้ายโฆษณาและกระดาษแข็งกรุผนัง สมองนั่งอยู่บนแคร่เล็กๆ ผิวดำแดง เนื้อตัวมอมแมม ผมยาว มีหนวดเครายาวเหมือนแขกอินเดีย ความรู้สึกขณะนั้นบ้านเรายังมีคนอยู่สภาพแบบนี้่อีกหรือ ฉันนึกถึงรายการวงเวียนชีวิต และอยากจะทำบ้านใหม่เสียเดี๋ยวนั้น สมองมีสีหน้าตกใจเล็กน้อย ต่อมาก็ปรับเป็นยิ้มแฉ่งแจ่มใส ทีมงานของเราพูดคุยกับสมองถามถึงทุกข์สุข บ้างก็เดินไปคุยกับข้างบ้าน บ้างก็เดินดูรอบบ้าน ฉันมองสีหน้าทุกคน คิ้วขมวด เจียบ ส่วนหมอที่พาไปด้วย ได้ตรวจและสั่งการรักษา พยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินทำแผล งานกายภาพบำบัด แนะนำการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเดิน เราอยู่ที่นั่นประมาณ 1 ชั่วโมงกว่า จึงขึ้นรถกลับ ทุกคนเจียบ ฉันไม่รู้ว่าเขาเหนื่อยหรือเจียบงันเมื่อได้เห็นสภาพของสมองก็มีอายุได้

วันรุ่งขึ้นการประชุมทีมงานดูแลผู้ป่วยได้เกิดขึ้น ปัญหาที่พบจากการสอบถามข้างบ้าน ซึ่งเป็นพ่อตามีความขัดแย้งกัน เพราะแต่ก่อนสมองเคยขับรถบรรทุกทุกสปีด เมื่อป่วยเป็นเบาหวาน และมีแผลที่เท้าไม่สามารถทำงานได้ ต้องนั่งๆ นอนๆ อยู่กับบ้าน ภรรยารับจ้างวันละ 150 บาท ถ้าไม่ได้ไปทำงานก็ไม่ได้เงิน ส่วนลูกสาว 2 คน กำลังเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ภรรยาเล่าว่า เมื่อต้องพาสมองมาโรงพยาบาลจะไม่ได้รับค่าจ้าง 150 บาท ซึ่งเป็นเงินเลี้ยงครอบครัว ทีมงานมองตากัน นิ่งนานและแล้วแสงสว่างในใจของก็เกิดขึ้น จึงได้ข้อสรุปว่าเราจะไปทำแผลที่บ้าน ในช่วง 1 เดือนแรก เราจะไปทำแผลวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และเมื่อแผลดีขึ้น เราจะไปทำแผลเดือนละ 1 ครั้ง เมื่อแผลแคบลงได้สอนภรรยาและลูกทำแผลเองทุกวัน โดยมารับชุดทำแผลที่โรงพยาบาล ส่วนเรื่องของการรับยาให้มารับยานอกเวลาราชการ การทำงานเพื่อสมองไม่หยุดอยู่แค่นั้น ยังมีการประสานกับสถานีอนามัยเพื่อให้มาทำแผลและดูแลต่อ ในส่วนที่อยู่อาศัยเราได้ไปประสานกับสถานีอนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล และพ่อตา เนื่องจากต้องการได้ลูกเขย และความฝันของสมองก็เป็นความจริง เมื่อพ่อตาให้ที่ปลูกบ้านทางด้านหลัง องค์การบริหารส่วนตำบลช่วยสมทบเงิน 30,000 บาท โดยคนงานโรงพยาบาลไปช่วยกันสร้าง สมองได้บ้านใหม่ พร้อมกับข่าวว่าที่หายเกือบสนิท ซึ่งครั้งหนึ่งหมอบอกว่า “อาจต้องตัดขา” สมองควบคุมระดับน้ำตาลได้ใกล้เคียงปกติ ด้วยความร่วมมือร่วมใจ และการดูแลด้วยเทคนิครักและรับฟัง จากทีมสุขภาพ ครอบครัว ญาติ และองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกวันนี้สมองอยู่อย่างมีความสุข จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นฉันได้นำเรื่องไปเล่าในการประชุมกลุ่ม การพยาบาล ในเวทีแห่งการเรียนรู้ ในปีต่อ ๆ มา ดอกไม้แห่งความดีเริ่มออกดอกและบานสะพรั่งไปทั่วโรงพยาบาลของฉัน และมันจะบานมากขึ้น จนเต็มโรงพยาบาลของเรา

จากเหตุการณ์ที่ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างประสบการณ์จริงของทีมงานดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านลาด ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นแกนนำในการนำแนวคิดการดูแลด้วยเทคนิครักและรับฟัง

ผู้วิจัยได้ให้ความหมายการดูแลด้วยความรักและการฟังอย่างใส่ใจ และได้ให้คำนิยามศัพท์ไว้ในบทที่ 1 จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยเหล่านั้นได้รับการดูแลด้วยวิธีปกติจะไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การรักษาสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า อย่างสม่ำเสมอ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น วิธีการดำเนินการส่วนใหญ่มีการจัดอบรมให้ความรู้ ให้สุศึกษา ในเรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรม ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการอบรมมีคะแนนการดูแลตนเอง หลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรม ระดับน้ำตาลในเลือดหลังการอบรมน้อยกว่าก่อนการอบรม ยังไม่พบการศึกษาเรื่องการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการผ่อนคลายและยังไม่มีรายงานการวิจัยที่แสดง ถึงที่มสุขภาพการดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและการฟังอย่างใส่ใจ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่ด้วยความรัก และการฟังอย่างใส่ใจ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดนี้มาปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนในโรงพยาบาลบ้านลาด มาประมาณ 3 ปีเต็ม จึงได้วิเคราะห์ย้อนรอยลักษณะการดูแลผู้ป่วยที่ด้วยความรักและการฟังอย่างใส่ใจ มีลักษณะนุ่มนวล ใสใจ ห่วงใย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ การหาสาเหตุที่แท้จริง (Root cause) ในแต่ละรายที่บ้านและตามวิถีชีวิตและได้แสดงลักษณะย่อยของแต่ละลักษณะดังแสดงไว้ในบทที่ 1 ในส่วนของนิยามศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยมีความมั่นใจว่าถ้าที่มสุขภาพปฏิบัติเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยเชิงคุณภาพของ การศึกษาในสภาพการณ์จริง ประสบการณ์ตรง และเหตุการณ์จริง มาสร้างยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วย เทคนิค “รัก รับฟัง รับรู้และเรียนรู้ (LLSL)” คลินิกเบาหวานเครือข่ายบริการโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

รายงานสภาพจริง

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยที่มีความสัมพันธ์ทางพยาธิสภาพเกี่ยวข้องโดยตรงต่อหลอดเลือดต่างๆ ได้แก่ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มที่มีภาวะเบาหวานรู้ตัวว่าเป็นเบาหวานเพียงร้อยละ 54.33 เข้ารับการรักษาพยาบาลเพียงร้อยละ 48.54 อัตราการป่วยและการตาย พ.ศ. 2540-2550 พบว่า อัตราการตาย ต่อแสนประชากรแนวโน้มสูงขึ้นคือ 7.5-12.21 และพบว่าอัตราการป่วยต่อแสนประชากรแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกันคือร้อยละ 148.7-650.43 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2552) จังหวัดเพชรบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคกลางของประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในปี 2549 2550 และ

2551 เท่ากับ 6,918 7,127 และ 6,361 คน คิดเป็นอัตราการป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 1,523.85 1,569.88 และ 1,401.16 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2552) อำเภอบ้านลาด มีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในปี 2549 2550 และ 2551 เท่ากับ 501 622 และ 689 คน คิดเป็นอัตราการป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 999.50, 1235.33 และ 1,374 ตามลำดับ โรงพยาบาลบ้านลาด อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ได้เล็งเห็นความสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานเป็นอย่างมาก จึงได้จัดตั้งคลินิกเบาหวานมาตั้งแต่ปี 2542 ให้บริการในวันพุธ ทุกสัปดาห์ และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ปรากฏว่าพบผู้ป่วยที่ต้องประสบกับปัญหาคือ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติได้ จากสถิติผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานจำนวน 395 คน เป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 50 มีภาวะแทรกซ้อนร่วมกับระบบหลอดเลือดแดง จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 47 โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมกับหลายๆ อย่าง (Neuropathy ตา ไต) จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 18.73 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง วิถีชีวิตผู้ป่วยเบาหวานท่ามกลางของหวาน (นวพรพร วุฒิชิธรรม, 2551) จำนวน 30 ราย พบว่าพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไม่เหมาะสม ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย และการใช้ยา ไม่ได้รับการดูแลครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ไม่มีรูปแบบที่แน่นอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จากปรากฏการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงเกินมาตรฐาน ภาวะแทรกซ้อนร่วมกับหลายๆ อย่าง (ขาปลายมือปลายเท้า ตา ไต และเท้า) สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ทฤษฎีระบบ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง แนวคิดการดูแลสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ การดูแลด้วยความรัก การฟังร่วมกับการเรียนรู้ร่วมกัน มาสร้างยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค “รัก รับฟัง รับรู้และเรียนรู้ (LSSL)” คลินิกเบาหวานเครือข่ายบริการโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน อยู่กับเบาหวานได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีสืบไป

สรุปผลการประมวลแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสร้างยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับฟัง รับรู้และเรียนรู้ (LSSL)” ตามกรอบแนวคิดดังนี้

ภาพที่ 2.13 แสดงกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสร้างยุทธศาสตร์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค “รัก รับผิดชอบ รับผิดชอบ และเรียนรู้ (LLSL)” (กิจกรรมวิจัยขั้นที่ 2 R₂A)

