

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พันตรีหญิงสุณิดา พวงมณี

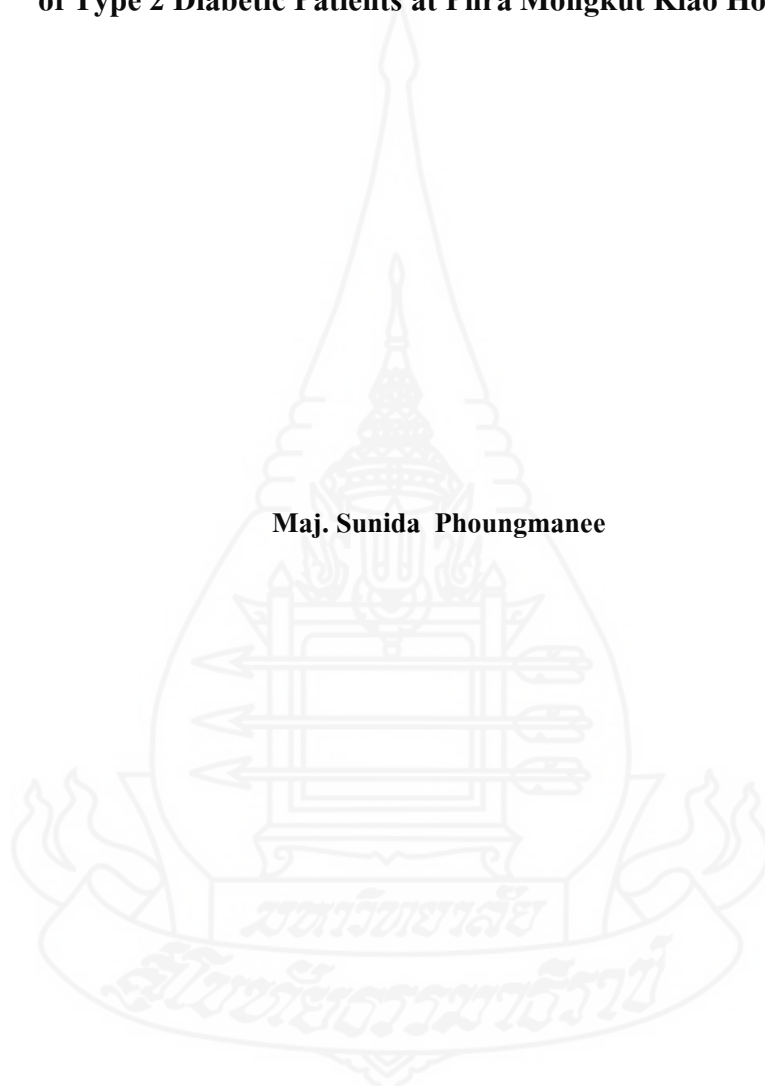


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต
วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2555

**Relationship between Knowledge and Participation of the Family in Taking Care
of Type 2 Diabetic Patients at Phra Mongkut Klao Hospital**

Maj. Sunida Phoungmanee



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Home Economics in Family and Social Development

School of Human Ecology

Sukhothai Thammathirat Open University

2012

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ชื่อและนามสกุล	พันตรีหญิงสุนิศา พวงมณี
วิชาเอก	การพัฒนาครอบครัวและสังคม
สาขาวิชา	มนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. รองศาสตราจารย์ ดร. อำไพรัตน์ อักษรพรหม 2. รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2556

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์วันทนี วาสีละสิน)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อำไพรัตน์ อักษรพรหม)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา)

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(ศาสตราจารย์ ดร. สิริวรรณ ศรีพหล)

At

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้วิจัย พันตรีหญิงสุนิศา พวงมณี **รหัสนักศึกษา** 2497000238 **ปริญญา** คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต
(การพัฒนาครอบครัวและสังคม) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. อำไพรัตน์ อักษรพรหม
(2) รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริรักษา **ปีการศึกษา** 2555

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (2) ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับ
การตรวจรักษาที่แผนกคลินิกอายุรกรรมต่อมไร้ท่อ แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 293 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Taro Yamane
(1960) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามจำนวน 2 ฉบับ สำหรับผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 1 ฉบับ และสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย 1 ฉบับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่
ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมและรายด้าน ในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาล
ในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และด้านจิตใจอยู่ในระดับที่มีความรู้มาก (2) การมีส่วนร่วมใน
ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมและรายด้าน ในด้านการควบคุมอาหาร ด้าน
การออกกำลังกาย ด้านการดูแลเท้า และการดูแลด้านจิตใจ มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ส่วนด้านการ
รับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด มีส่วนร่วมในระดับมาก และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการ
ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
มีความสัมพันธ์ทางบวกโดยรวม และรายด้านในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลใน
เลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การมีส่วนร่วมของครอบครัว

Thesis title: Relationship between Knowledge and Participation of the Family in Taking Care of Type 2 Diabetic Patients at Phra Mongkut Klao Hospital

Researcher: Maj. Sunida Phoungmanee; **ID:** 2497000238; **Degree:** Master of Home Economics (Family and Social Development); **Thesis advisors:** (1) Dr. Ampairat Aksornplom, Associate Professor; (2) Dr. Nittaya Phensirinapha, Associate Professor; **Academic year:** 2012

Abstract

The purposes of the research were to study (1) participation of the family in taking care of type 2 diabetic patients; (2) knowledge on taking care of type 2 diabetic patients of type 2 diabetic patient caretakers; and (3) relationship between knowledge on taking care of type 2 diabetic patients of type 2 diabetic patient caretakers and participation of the family in taking care of type 2 diabetic patients.

The research sample consisted of 293 type 2 diabetic patients and 293 type 2 diabetic patient caretakers who came to receive treatment at the Endocrine Gland Medical Treatment Department, the Out-Patient Department, and the In-Patient Department of Phra Mongkut Klao Hospital. The sample size was determined based on Taro Yamane's Sample Size Table at the 95 % confidence level. The employed research instruments were two questionnaires -- one for type 2 diabetic patients and the other for type 2 diabetic patient caretakers. Statistics employed for data analysis were the frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson product-moment correlation.

Research findings revealed that (1) type 2 diabetic patient caretakers had knowledge on taking care of type 2 diabetic patients at the high level in both the overall knowledge and knowledge on the aspects of food control, taking medicine for reduction of sugar level in blood, taking physical exercises, taking care of the feet, and taking care of mental health; (2) participation of the family in the total taking care of type 2 diabetic patients and in taking care of the patients in the aspects of food control, taking physical exercises, taking care of the feet, and taking care of mental health were at the moderate level; while participation in taking care of them the aspect of taking medicine for reduction of sugar level in blood was at the high level; and (3) the relationships between knowledge on taking care of type 2 diabetic patients and participation of the family in taking care of type 2 diabetic patients were positive and statistically significant at the .01 level for both the overall relationship and the relationships in the aspects of food control, taking medicine for reduction of sugar level in blood, taking physical exercises, taking care of the feet, and taking care of mental health.

Keywords: Type 2 diabetic patient, Type 2 diabetic patient caretaker, Family participation

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก
รองศาสตราจารย์ ดร.อำไพรัตน์ อักษรพรหม และรองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์
ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดและด้วยความห่วงใยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ในความกรุณา และกราบ
ขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และบุคลากรทุกระดับชั้น
ทั้งในแผนกคลินิกต่อมไร้ท่อ และหอผู้ป่วยทุกหอที่อนุญาตและให้ความร่วมมือในการทดลอง
เครื่องมือวิจัย

พร้อมทั้งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการ
ตอบแบบสอบถามเพื่อทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช ทุกท่านที่ให้ความรู้ คำแนะนำต่าง ๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่
สนับสนุน ช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดีตลอดมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคุณแม่ปราณี พวงมณีและคุณพ่อสมหมาย พวงมณี รวมทั้ง
ครอบครัวที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

ประโยชน์และคุณค่าที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอบแต่อาจารย์ทั้งในอดีต
และปัจจุบัน คุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว และผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกท่านให้มีความสุขในการดำเนิน
ชีวิต

สุนิดา พวงมณี

ตุลาคม 2556

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
สมมติฐานการศึกษา.....	6
ขอบเขตของการศึกษา.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	10
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	10
การมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย.....	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	44
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยแจกแจงความถี่ เป็นร้อยละ และเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจ ที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยแจกแจงความถี่ เป็นร้อยละ และเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง	48
ตอนที่ 3 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในรูปค่าเฉลี่ย \bar{X} และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยเสนอ ในรูปแบบตารางประกอบความเรียง.....	51
ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งโดยรวม และรายด้าน โดยเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง	69
ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.....	76
ตอนที่ 6 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย	78
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	79
สรุปผลการศึกษา	79
อภิปรายผลการศึกษา	81
ข้อเสนอแนะจากการศึกษา	85
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	85
บรรณานุกรม	86
ภาคผนวก	92
ก หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล	93
ข แบบสอบถาม.....	95
ประวัติผู้วิจัย	106

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานของ WHO (แบบที่ 1)	11
ตารางที่ 2.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานของ WHO (แบบที่ 2)	12
ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	44
ตารางที่ 4.2 จำนวนร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับ บริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ...	49
ตารางที่ 4.3 ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เรื่อง การดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งโดยรวมและรายด้าน	52
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายด้าน ด้านการควบคุมอาหาร	54
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายด้าน ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด	59
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายด้าน ด้านการออกกำลังกาย	62
ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายด้าน ด้านการดูแลเท้า	64
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายด้าน ด้านการดูแลด้านจิตใจ	67
ตารางที่ 4.9 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งโดย รวมและรายด้าน	69
ตารางที่ 4.10 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายด้าน ด้านการควบคุมอาหาร	70
ตารางที่ 4.11 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายด้าน ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด	71
ตารางที่ 4.12 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายด้าน ด้านการออกกำลังกาย	72

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.13 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายด้าน ด้านการดูแลทำ.....	73
ตารางที่ 4.14 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายด้าน การด้านดูแลจิตใจ.....	75
ตารางที่ 4.15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง โดยรวมและรายด้าน	77



ฉ

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
------------------------------------	---



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้เห็นความสำคัญของปัญหาโรคเบาหวาน จึงได้กำหนดคำขวัญไว้เมื่อปี พ.ศ. 2514 ว่า “A FULL LIFE DESPITE DIABET” ซึ่งมีความหมายว่า “แม้เป็นโรคเบาหวานชีวิตก็เบิกบานได้” จึงได้ขอให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกช่วยกันรณรงค์ป้องกันโรคเบาหวาน และต่อมาในปี พ.ศ. 2516 ในการประชุมใหญ่ของคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ได้มีความเห็นว่าการเผยแพร่ความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานกันให้กว้างขวางทั่วโลก เพื่อที่จะได้รู้จักการป้องกันไม่ให้เป็นโรค ส่วนผู้ที่ เป็นแล้วก็จะรู้จักการควบคุมโรค เพื่อจะได้มีชีวิตอยู่เช่นคนปกติอื่น ๆ นั่นก็แสดงว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เป็นปัญหาใหญ่ของสังคมโลก (ภาณุพันธ์ พุฒสุข 2542 : 2)

จากการสำรวจอัตราความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลก ปี พ.ศ. 2540 พบว่ามีอัตราเท่ากับร้อยละ 2.1 ของประชากรทั่วโลก ดังนั้นจึงประมาณได้ว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกอยู่ประมาณ 124 ล้านคน ในจำนวนนี้พบในทวีปเอเชียมากที่สุด คือ 66 ล้านคน และคาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคเอเชียและแอฟริกาซึ่งอาจจะเพิ่มขึ้นถึง 2-3 เท่า และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2553 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานในโลกนี้ถึงประมาณ 220 ล้านคน และร้อยละ 61 จะอยู่ในทวีปเอเชีย (สาธิต วรรณแสง 2546 : 18) และเมื่อถึง พ.ศ. 2568 ประมาณว่าเพิ่มขึ้นถึง 333 ล้านบาท คิดเป็นจำนวน 6.3% ของประชากรโลกที่เป็นโรคเบาหวานในแต่ละปี โดยที่มากกว่า 3 ล้านคนทั่วโลกตายเนื่องจากสาเหตุที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และปัจจุบันนี้โรคเบาหวานมีอัตราการตายในอันดับที่ 4 ที่พบในประเทศที่พัฒนาแล้ว (สุนทร ตัณฑนันท์ 2546: 16)

สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากรชาวไทยเกี่ยวกับโรคเบาหวานของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย โดยใช้แบบสอบถามและการตรวจร่างกายทั่วประเทศปี พ.ศ. 2543 ในกลุ่มคนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 13,519 คน โดยใช้เกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 2.3 และอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นตามอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จะมีอัตราการเป็นโรคเบาหวาน

ชัดเจนขึ้น และในปี พ.ศ 2539-2540 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยได้ทำการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยอีกครั้ง และได้วิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มประชากรวัยแรงงานที่แข็งแรงคิดว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน กับผู้ตรวจแล้วว่าปริมาณน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารแล้วเกินเกณฑ์ 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบว่ามีอัตราความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 4.5 กรุงเทพมหานครมีอัตราความชุกสูงสุดร้อยละ 6.1 รองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ร้อยละ 5.3, 5, 3.7 และ 2.1 ตามลำดับ และคาดว่าทั้งประเทศจะมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 8 แสนราย ซึ่งมีผู้ป่วยไม่ถึงร้อยละ 3 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ 2543 : 239-240)

และจากทะเบียนของผู้ที่มารับบริการที่แผนกคลินิกอายุรกรรมโรคต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ปี พ.ศ. 2548 มีผู้เป็นโรคเบาหวานจำนวน 1,000 คน ปี พ.ศ. 2549 มีผู้เป็นโรคเบาหวานจำนวน 1,200 คน จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น (แผนกคลินิกอายุรกรรมโรคต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) จากการที่จำนวนผู้เป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในสภาพสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีอุปนิสัยการบริโภคไม่ถูกต้อง มีเวลาออกกำลังกายลดลง เกิดความเครียดในชีวิตประจำวันมากขึ้น (ภาวนา กิริติยวงศ์ 2544 : 25)

ประเทศไทยได้เห็นความสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวานโดยได้บรรจุสาระสำคัญของการควบคุมโรคนี้ไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) โดยกำหนดเป้าหมายเพื่อลดอัตราการตายของประชากรจากโรคเบาหวานลงให้ไม่เกิน 5 คน ต่อประชากรแสนคน (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ 2541 : 54)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินซูลิน ทำให้เมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตมีความผิดปกติ มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจนเกินความสามารถที่ไตจะเก็บกักไว้ได้ จึงมีการกรองของน้ำตาลในเลือดออกมาทางปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะมีรสหวาน จึงเรียนโรคนี้ว่าเบาหวาน น้ำตาลยังสามารถดึงน้ำออกมาด้วยทำให้ปัสสาวะบ่อย (เทพ หิมะทองคำ 2546 : 26) และยังส่งผลทำให้เมตาบอลิซึมของไขมันและโปรตีนผิดปกติร่วมด้วย กล่าวคือ ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสที่ได้จากขบวนการเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงมีการสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานทดแทนทำให้เกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อ เมื่อร่วมกับมีการขาดน้ำผู้ป่วยจึงมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ผลจากการมีน้ำตาลอยู่ในเลือดเป็นเวลานาน จะทำให้น้ำตาลเข้าไปสะสมตามเนื้อเยื่อบางชนิด เกิดการคั่งของน้ำตาลในอวัยวะนั้น มีผลทำให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ภาวะเฉียบพลันที่พบได้แก่ ภาวะกรดคั่งในเลือด (Diabetic Ketoacidosis :

DKA) และอาการหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) หรือจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้แก่ การเสื่อมของหลอดเลือดแดงเล็กหรือหลอดเลือดแดงส่วนปลาย มีผลทำให้เกิดการเสื่อมของจอตาเกิดตาบอดได้ เกิดการเสื่อมของไตจนไตวาย เกิดการเสื่อมของประสาทส่วนปลายจะมีการสูญเสียการรับรู้จากสิ่งกระตุ้นภายนอก และการเสื่อมของหลอดเลือดแดงใหญ่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การเสื่อมของหลอดเลือดและเส้นประสาทมักปรากฏอาการมากที่เท้า เกิดเป็นแผลที่เท้า เนื่องจากการรับรู้สึกบริเวณเท้าลดลง มีอาการชา เมื่อผู้ป่วยเดินสะดุดของแข็ง เขียวขงมีคมหรือสัมผัสของร้อนมาก จะเกิดแผลได้ง่ายและแผลมักเป็นเรื้อรังมีการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำหรือโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายทำให้เลือดไปเลี้ยงเท้าลดลงเกิดการขาดเลือด กลายเป็นเนื้อตายได้ และเมื่อเกิดการติดเชื้อที่แผลประกอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาของจันทรา บริสุทธิ์ และเพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการทำแผลโดยใช้ทิงเจอร์ไอโอดีนหรือยาแดงใส่แผล จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสถูกตัดขาได้ เนื่องจากเกิดแผลเน่าตายมากกว่าคนปกติถึง 46 เท่า และจากการที่ผู้ป่วยถูกตัดขาหรือเท้าจะก่อให้เกิดการสูญเสียความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (body image) และการมีเอกลักษณ์แห่งตน (self identity) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ มีความรู้สึกว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น และเป็นภาระของครอบครัว เกิดความไม่มั่นใจเมื่อเข้าสังคม เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า และคิดว่าตนเองไร้ค่า อาจนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ (Meninger 1987 อ้างใน ถ้ายอง ทับทิมศรี 2541 : 3) และจากการศึกษาของภาณุพันธ์ พุฒสุข (2542) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 250 คน ในโรงพยาบาลของรัฐ 7 แห่ง ระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2541 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียค่ารักษาโดยเฉลี่ยคนละ 6,017.50 บาทต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่ารักษาของผู้ป่วยทั่วไปถึง 127 เท่า (ภาณุพันธ์ พุฒสุข 2542 : 108) จะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจได้

ในปัจจุบันโรคเบาหวานยังไม่มีวิธีการใดสามารถรักษาให้หายขาดได้แต่จุดประสงค์สำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น กรดคั่งในเลือด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ตาบอด ไตวาย และแผลที่เท้า เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยให้มีชีวิตเป็นปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงจะเป็นการบรรลุจุดประสงค์ของการรักษาโรคเบาหวาน โดยมีแนวทางการรักษาอันดับแรกคือ การแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารที่เหมาะสมกับโรค และในผู้ป่วยบางรายต้องช้ยาลดน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย จึงต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีการดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป การดูแลเท้าที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า โดยต้องปรับสมดุลระหว่างอาหาร การใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย และกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย ถ้าผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น แต่ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีจะสามารถทำให้ภาวะแทรกซ้อนด้าน microvascular ลดลง 25% ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างยืนยาว (สมจิตร แซ่จิ่ง 2547 : 6)

แนวคิดสาธารณสุขในอดีตเน้นหนักด้านการบริการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว แต่ในปัจจุบันแนวคิดดังกล่าวได้เปลี่ยนไป สาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้พิจารณาแล้วว่า การบริการสาธารณสุขจะประสบความสำเร็จได้ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม (สมจิตร แซ่จิ่ง 2547 : 6) โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่ออายุที่มากแล้ว และเมื่อทราบว่าเป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็น โรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด แต่จะต้องควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย โดยต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ ดังนั้นจึงต้องกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากต้องมีการควบคุมอาหาร การดูแลสุขภาพอนามัยที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลเท้า การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เกิดอาการและอาการแสดงทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังจึงส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจได้ เกิดความเครียด ความเบื่อหน่ายต่อการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน จึงเกิดความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทในการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ปกติ สูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียพลังอำนาจ ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (ภาวนา กิรติยุดวงศ์ 2544 : 9-12) ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยของสมาชิก ซึ่งถือเป็นค่านิยมและความรับผิดชอบของคนในครอบครัวที่ให้การดูแลกันและกัน ไม่ใช่เพียงเฉพาะบิดามารดาต้องดูแลบุตรที่เจ็บป่วย แต่รวมถึงการที่บุตรดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วย คู่สามีภรรยาที่ดูแลกันและกัน พี่น้องดูแลกันและกัน เมื่อคนหนึ่งคนใดในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งในปัจจุบันความสำคัญในบทบาทนี้ของครอบครัวมีได้ลดน้อยลง แม้บริบทของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป สมาชิกในครอบครัวต้องทำงานนอกบ้าน แต่ความเชื่อ ค่านิยมเรื่องบุญคุณ ความกตัญญู และความรับผิดชอบต่อการดูแลกันและกันเมื่อเจ็บป่วยยังคงมีอยู่ (Secret 2,000 ; Subgranen & Lund 2,000 อ้างใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ 2548 : 17) และมีแนวโน้มว่าครอบครัวจะต้องมีส่วนรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวที่มี

ความผูกพันรักใคร่กันเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยจากโรคเบาหวาน สมาชิกคนอื่นในครอบครัวจึงจำเป็นต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา ลดน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะในเรื่องผิวหนังและเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผล รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิบูล เจริญสุข (2549) พบว่าครอบครัวให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยทุกอย่างทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลด้านความสุขสบายกาย ใจ และจิตวิญญาณ

ทั้งนี้การได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า ยังมีคนรักใคร่เอาใจใส่ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็ง พร้อมทั้งจะต่อสู้กับความเจ็บป่วย และยังคงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาและบรรเทาจากความเจ็บป่วยเร็วขึ้น (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์ 2540 : 111) และถ้ามีการควบคุมน้ำตาลในเลือดที่ดีแล้ว ภาวะแทรกซ้อนที่ จะเป็นอันตรายต่อชีวิตก็จะลดลง ผู้ป่วยจะมีชีวิตที่ยืนยาวได้เหมือนบุคคลทั่วไป

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง ประกอบกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำผลการวิจัยครั้งนี้มาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมครอบครัวผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่เป็นสุขและยืนยาว มีผลให้ครอบครัวเกิดความสุขและความมั่นคง และยังส่งผลถึงการพัฒนาประเทศชาติในที่สุด

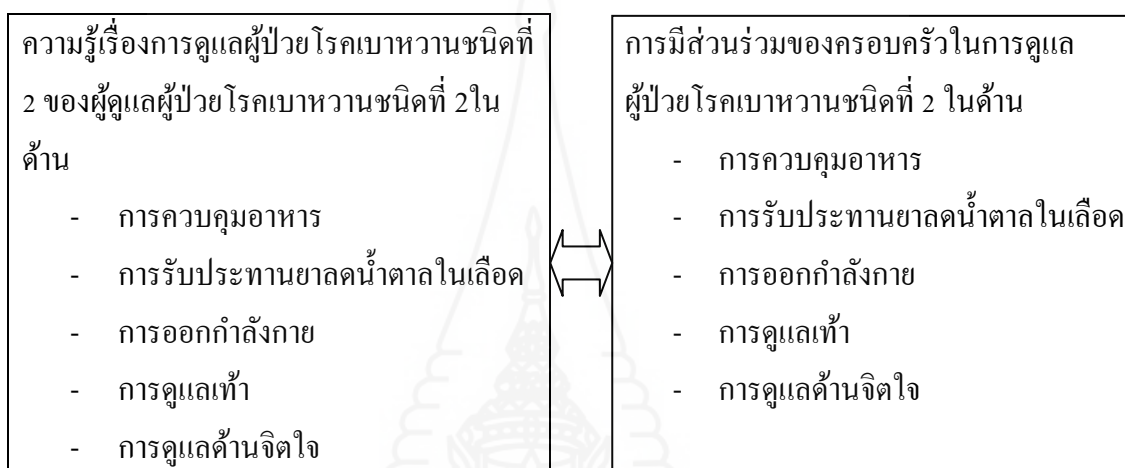
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การดูแลด้านจิตใจ

2.2 เพื่อศึกษาความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การดูแลด้านจิตใจ

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการควบคุมอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

4.2 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

4.3 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

4.4 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลเท้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

4.5 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

5. ขอบเขตการวิจัย

5.1 ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 1,000 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ไม่น้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 1,000 คน

5.2 ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

5.2.1 *ตัวแปรต้น* คือ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การดูแลด้านจิตใจ

5.2.2 *ตัวแปรตาม* คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การดูแลด้านจิตใจ

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ต้องการอินซูลินและไม่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

6.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความสัมพันธ์ในฐานะ บิดา มารดา พี่น้อง คู่สมรส บุตร หลาน บุตรสะใภ้ หรือญาติที่รับผิดชอบดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยตรงอย่างสม่ำเสมอ ไม่น้อยกว่า 1 เดือน

6.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในด้าน

6.3.1 การควบคุมอาหาร หมายถึง การสนับสนุนและการควบคุมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยให้เป็นไปตามสัดส่วนที่เหมาะสมกับโรค และเหมาะสมกับที่ผู้ป่วยต้องการรับประทาน

6.3.2 การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด หมายถึง การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงของยาลดน้ำตาลในเลือด

6.3.3 การออกกำลังกาย หมายถึง การดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ

6.3.4 การดูแลเท้า หมายถึง การช่วยดูแลความสะอาดของเท้า การบริหารเท้า การสังเกตอาการผิดปกติ การตัดเล็บ และการเลือกรองเท้า

6.3.5 การดูแลด้านจิตใจ หมายถึง การให้กำลังใจ การตอบสนองภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย

6.4 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย หมายถึง คุณลักษณะบางประการของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่นำมาศึกษาในงานวิจัย ได้แก่

6.4.1 อายุ หมายถึง จำนวนปีเต็มของอายุของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถ้ามีเศษ 6 เดือนปัดเป็น 1 ปี

6.4.2 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน หมายถึง เวลาเริ่มตั้งแต่ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานจนถึงวันสัมภาษณ์นับเป็นปีเต็ม

6.4.3 ประสบการณ์การเกิดอาการและอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเคยเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรืออาการน้ำตาลในเลือดสูง ตามัวจากโรคเบาหวานที่ตา อาการบวมจากไตทำงานไม่ดีจากโรคเบาหวาน

6.4.4 การเกิดแผลที่เท้า หมายถึง เคยเกิดแผลที่เท้าหรือกำลังเกิดแผลที่เท้าจนต้องทำการรักษา

6.4.5 ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน หมายถึง มีตาบอด ถูกตัดเท้าหรือตัดขาจากโรคเบาหวาน

6.5 ข้อมูลด้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง คุณลักษณะบางประการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่นำมาศึกษาในงานวิจัย ได้แก่

6.5.1 อายุ หมายถึง จำนวนปีเต็มของอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถ้ามีเศษ 6 ปีปัดเป็น 1 ปี

6.5.2 **เพศ** หมายถึง เพศหญิงหรือเพศชาย

6.5.3 **ระดับการศึกษา** หมายถึง วุฒิกการศึกษาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับสูงที่สุด

6.5.4 **อาชีพ** หมายถึง การประกอบอาชีพปัจจุบันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

6.5.5 **รายได้** หมายถึง รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับในแต่ละเดือนโดยประมาณเป็นบาท

6.5.6 **ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย** หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร สะใภ้ เป็นต้น

6.5.7 **ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2** หมายถึง การประเมินความรู้ของผู้ดูแลที่ได้จากการทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีความสุขและความมั่นคงในครอบครัว และให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีชีวิตที่ยืนยาว

7.2 ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เหมาะสม

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งออกเป็น

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
 - 1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน
 - 1.2 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน
 - 1.3 ประเภทของโรคเบาหวาน
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน
 - 1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
 - 1.6 ปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2
 - 1.7 การรักษาโรคเบาหวาน
2. การมีส่วนร่วมของครอบครัว
 - 2.1 ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
 - 2.2 ปัจจัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
 - 2.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ เนื่องจากการขาดฮอร์โมนจากตับอ่อน ชื่ออินซูลิน ที่จะเป็นตัวพาน้ำตาลกลูโคสในเลือดเข้าไปในเนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ หากขาดฮอร์โมนอินซูลินแล้วก็จะทำให้น้ำตาลไม่สามารถเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ และจะมีน้ำตาลในเลือดเหลือคั่งอยู่มากกว่าปกติ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินออกมาได้มากพอ หรือสร้างไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่อินซูลินนั้นออกฤทธิ์ได้ไม่ดี เมื่อใน

เลือดมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ไตจะกรองน้ำตาลออกมากับน้ำปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะมีรสหวาน จึงเรียกสภาวะนี้ว่าเบาหวาน (เทพ หิมะทองคำ 2546 : 27-28)

1.2 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ ทำได้โดยการตรวจหาระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด และในปัสสาวะแต่การตรวจหาระดับน้ำตาลในปัสสาวะตรวจไม่พบ ถ้าเป็นโรคเบาหวานไม่มาก หรือในรายที่เป็นรุนแรงซึ่ดักกักกันของไตสูงขึ้นก็จะตรวจไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะทั้ง ๆ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (สุนทร ตันทนันท์ 2532 : 29) โดยมีเกณฑ์แตกต่างตามแต่ละสมาคม ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน โดยการตรวจเลือดดำที่เจาะจากข้อพับของแขนหรือจากมือ หรืออาจใช้เลือดแดงจากหลอดเลือดฝอยที่ปลายนิ้วที่เวลาใดก็ได้ ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ คิมน้ำมาก ปัสสาวะมาก และน้ำหนักตัวลด โดยไม่ทราบสาเหตุ (WHO 1985) มีดังนี้

ตารางที่ 2.1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานของ WHO (แบบที่ 1)

	เลือดแดงจากหลอดเลือดฝอย (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	พลาสมาจากเลือดดำ (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)
- ระดับที่เป็นโรคเบาหวาน	>200	>200
- ระดับที่ยังไม่แน่ใจ	>80	>100
- ระดับที่ตัดสินว่าไม่เป็นโรค	<80	<100

และเพื่อให้แน่ใจในการตัดสินใจโรคเบาหวาน WHO คือ ใช้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FPG) (การอดอาหาร หมายถึง การงดรับประทานอาหาร หรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงานเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) และหลังคิมน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม 2 ชั่วโมง (OGTT) โดยคิดระดับกลูโคสในเลือดเป็นมิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

ตารางที่ 2.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานของ WHO (แบบที่ 2)

	เลือดแดงจากหลอดเลือดฝอย	พลาสมาจากเลือดดำ
- เมื่ออดอาหาร 8 ชั่วโมง	≥ 120	≥ 140
- 2 ชั่วโมงหลังดื่มกลูโคส	≥ 200	≥ 200

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Diabetes Association ADA) แนะนำให้ใช้ค่า FPG เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ดังนี้

- ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า (หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง) ได้มากกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 2 ครั้ง
- ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ว่าเวลาใดเวลาหนึ่ง ≥ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เพียงครั้งเดียวร่วมกับมีอาการ เช่น ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ กินจุ น้ำหนักลด เป็นต้น

ต่อมา ADA ได้ปรับค่า FPG ลงเนื่องจากเห็นว่ามิบุคคลบางกลุ่มที่แม้มีระดับน้ำตาลไม่สูงมากแต่ก็มีโรคแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกับผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จึงปรับค่าการวินิจฉัยใหม่ให้ลดต่ำลง คือ

- ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า ≥ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ว่าเวลาใดเวลาหนึ่ง ≥ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการดังกล่าวข้างต้น

1.3 ประเภทของโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก (WHO study group 1985 : 409-431) ได้แบ่งโรคเบาหวานเป็น 4 ประเภท คือ

- 1) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus) หรือเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Disease Mellitus : IDDM) กลุ่มอายุของคนที่เป็นมักเกิดกับคนอายุน้อย (น้อยกว่า 40 ปี) ร่างกายจะขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิงเนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ เมื่อไม่มีอินซูลินร่างกายก็ไม่สามารถจะนำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นยังผลให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อย และจำนวนมาก คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เมื่อร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายก็จะละลายไขมันและโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานแทน ซึ่งกระบวนการสลายไขมันจะได้สารคีโตนซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรดและเป็นพิษต่อร่างกายออกมาด้วย เมื่อมีสารคีโตนคั่งในเลือดมาก ๆ ทำให้เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน (Diabetic Ketoacidosis : DKA) เมื่อหายใจออกมาจะมีกลิ่นเหม็นผลไม้ (fruity

odur) มีอาการหายใจหอบลึก ซึ่พจรเต้นเร็ว ผิวหนังแห้งและอุ่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ระดับความรู้สึกลดลง ค่อย ๆ ลดลง และหมดสติได้ แต่อย่างไรก็ตามภาวะนี้สามารถหลีกเลี่ยงได้ คือ ต้องฉีดอินซูลินทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์ (เทพ หิมะทองคำ 2546 : 40)

2) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) หรือเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus : NIDDM) มักพบในกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และคนที่อ้วนมากเกินไปจะเกิดโรคนีได้ง่าย นอกจากนี้กรรมพันธุ์ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้อย่างมาก ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่เป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเบาหวานชนิดนี้ อาการที่พบอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีอาการเลยก็ได้ แต่ตรวจพบโดยบังเอิญ หรือมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป จนถึงขั้นแสดงอาการรุนแรง เนื่องจากตับอ่อนยังสามารถผลิตอินซูลินได้ตามปกติ หรือน้อย หรือมากกว่าปกติ แต่อินซูลินที่มีอยู่ออกฤทธิ์ได้ไม่ดีจึงไม่ถึงกับขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิงเหมือนกับคนที่ เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 การรักษาอาจควบคุมอาหารอย่างเดียว โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาฉีดอินซูลิน หรือใช้ยารับประทานลดน้ำตาลในเลือด แต่ในบางรายหากควบคุมอาหารร่วมกับรับประทานยาลด น้ำตาลในเลือดแล้วยังไม่ได้ผลอาจต้องใช้อินซูลิน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หากละเลยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง น้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อไม่ได้และโปรตีนถูกสลายมาสร้างเป็น น้ำตาลมากขึ้นที่ตับ แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีอินซูลินอยู่บ้างจึงไม่เกิดการสลายไขมัน จนเกิด ภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตนเหมือนกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เมื่อน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ร่างกายจะพยายามขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยเสียน้ำมาก และเกิดภาวะขาดน้ำ ไต ทำงานลดลงผลย้อนกลับให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอีกเพราะถูกขับออกจากร่างกายไม่ได้ ภาวะการ รับรู้ของผู้ป่วยจะลดลงเรื่อย ๆ จนหมดสติในที่สุด ภาวะนี้เรียกว่า โคมาจากน้ำตาลในเลือดสูงมาก (Hyperosmolar Hyperglycemic nonketonic coma) (เทพ หิมะทองคำ 2546 : 40-42)

3) โรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition Related Diabetes Mellitus : MRDM) เป็นโรคเบาหวานที่พบเฉพาะในเขตร้อน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ เริ่มเป็นใน Young Adult อายุ 18-30 ปี ผู้ป่วยจะมีรูปร่างผอม มีอาการแสดงของภาวะทุพโภชนาการ การ ควบคุมระดับน้ำตาลต้องอาศัยยาฉีดอินซูลิน สาเหตุของ MRDM ยังไม่ทราบแน่ชัด สันนิษฐานว่า เกิดจากการขาดสารอาหาร โดยเฉพาะ โปรตีน หรือจากสารบางอย่าง เช่น cyanoglucosides ที่ปนอยู่ กับอาหารในปริมาณสูงทำให้เกิดโรคนีได้ จำแนกได้เป็น 2 ชนิด คือ fibrocalculus pancreatic diabetes (มีหินปูนจับที่ตับอ่อน) และ protein deficient pancreatic diabetes (ไม่มีหินปูนจับที่ ตับอ่อน) (กานูพันธ์ พุฒสุข 2542 : 12)

4) โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติอื่น (Other type of diabetes) เช่น จากการติดเชื้อไวรัสบางชนิด ได้แก่ คางทูม หัดเยอรมัน จากการใช้ยาบางชนิด ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ เช่น Prednisolone, Dexamethasone หรือจากการตั้งครรภ์ โดยทั่วไปจะเกิดหลังตั้งครรภ์ 20-24 สัปดาห์ ซึ่งเจาะน้ำตาลในเลือดได้ ≥ 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หลังคลอดอาจจะกลับมาเป็นปกติหรือเป็นตลอดไป และจากการมีโรคของตับอ่อน ได้แก่ ตับอ่อนอักเสบ มะเร็งตับอ่อน และโรคต่อมไร้ท่ออื่น ๆ ได้แก่ Cushing's syndrome (ภาวะพิษเหตุพิษ 2542 : 12)

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

อาการและอาการแสดงมักเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป หากไม่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก็จะไม่ทราบว่า เป็นโรคเบาหวาน แต่บางครั้งผู้ป่วยมาพบแพทย์เนื่องจากมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น (เทพ หิมะทองคำ 2548 : 32) อาการที่พบได้บ่อย ๆ ได้แก่

1.4.1 ปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลสูงมากเกินขีดจำกัดของไต คือ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่างกายจะขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะทำให้เกิดภาวะออสโมติกไดยูเรซิส (Osmotic diuresis) บริเวณท่อไต น้ำจึงเข้ามาบริเวณนี้มาก ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะจำนวนมากและบ่อยครั้ง

1.4.2 ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) คอแห้ง กระหายน้ำ เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมาก จึงกระตุ้นศูนย์ควบคุมความกระหาย (thirst center) ทำให้กระหายน้ำมาก จึงต้องดื่มน้ำมาก

1.4.3 รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ได้อย่างปกติ จึงสลายเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้เป็นพลังงานเพื่อชดเชย จึงทำให้มีอาการหิวบ่อย

1.4.4 น้ำหนักลด (Weight loss) ผอมลง เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายจึงจำเป็นต้องสลายโปรตีนและไขมันในเนื้อเยื่อมาใช้แทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย และน้ำหนักลดลง

1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute complication) และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (Chronic complication)

1.5.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute complication) ได้แก่

1) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างมาก (Hyperglycemia) เกิดเนื่องจากการขาดอินซูลินอย่างมาก หรือมีฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์ตรงข้ามกับอินซูลิน เช่น กลูคากอน คอร์ติซอลสูงขึ้น

ร่วมด้วย เป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาโรงพยาบาลโดยไม่เคยทราบว่าเป็นโรคเบาหวานมาก่อน หรือพบในคนที่กำลังรักษาแต่หยุดรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด หรือเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ ภาวะเครียด เป็นต้น ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปากคอแห้ง ชักกระตุก อัมพาตครึ่งซีก ตรวจ Babinsky's sign ให้ผลบวก ซึม และหมดสติ จะตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 600 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Serum osmolality จะมากกว่า 340 mosm/kg พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ภานุพันธ์ พุฒสุข 2542 : 15)

2) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เกิดจากการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดมากเกินไป หรือรับประทานอาหารน้อยลง หรือการใช้พลังงานที่มากเกินไป อาการที่พบบ่อย คือ หิวบ่อย ใจสั่น เหงื่อออกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง มึนงง กระสับกระส่าย และอาจหมดสติได้ อาการนี้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และอาจถึงเสียชีวิตได้ จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยมีของหวาน เช่น ลูกอม น้ำตาล ดัดตัวไว้เพื่อจะรับประทานได้ทันทีที่มีอาการ (ภานุพันธ์ พุฒสุข 2542 : 15)

3) ภาวะกรดคั่งจากสารคีโตน (Diabetic Ketoacidosis DKA) เกิดจากการขาดอินซูลิน ร่างกายไม่สามารถใช้กลูโคสได้ จึงมีการสลายไขมันที่สะสมมาใช้ ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดสารคีโตนจำนวนมากทำให้ร่างกายเกิดภาวะเป็นกรด เมื่อมีสารคีโตนมากขึ้น ร่างกายจะขับออกมาทางปัสสาวะ เป็นผลให้มีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ด้วย ทำให้ภาวะเป็นกรดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปากคอแห้ง มีไข้ หอบ ซึมและหมดสติ ตรวจพบน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดคือ ร้อยละ 74 ของการตายจากโรคเบาหวาน (ภานุพันธ์ พุฒสุข 2542 : 15)

1.5.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มักเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่จากการทำลายของเส้นเลือดทำให้มีการเสื่อมลง ได้แก่

1) ภาวะแทรกซ้อนทางตา เกิดความพิการของจอรับภาพ (Retinopathy) หรือที่เรียกว่าเบาหวานขึ้นตา (Diabetes Retinopathy: DR) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานกว่า 10 ปี จะพบความผิดปกติของจอตามากกว่าร้อยละ 50 และถ้าเป็นมานานกว่า 20 ปี โอกาสจะเกิดสูงถึงร้อยละ 90 (เทพ หิมะทองคำ 254 : 53) เกิดจากหลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงจอรับภาพมีผนังหนาขึ้นและแรงดันเลือดสูงขึ้น ทำให้มีการโป่งพองและแตกออก มีเลือดซึมออกมาในลูกตา จนบังจอรับภาพ ทำให้ตามัวและมีอาการเสื่อมของตา ตั้งแต่สายตา แกว้ตา และประสาทตาไปพร้อม ๆ กัน ที่สำคัญ คือ จอรับภาพอาจลอกหลุดและตาบอดได้ (ภานุพันธ์ พุฒสุข 2542 : 17) นอกจากนี้ยังเกิดโรคตาอื่นอีก เช่น ต้อกระจก เป็นภาวะที่เลนส์ของลูกตาขุ่นมัว ทำให้การมองเห็นลดลง หรือไม่

เห็นเลย การรักษา คือ การผ่าตัดลอกเอาเลนส์ที่เสื่อมออก แล้วเอาเลนส์เทียมใส่แทนจะช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น (รัตนาวดี จุละยานนท์ 2545 : 108)

2) โรคแทรกซ้อนทางไต (Nephropathy) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้ร้อยละ 30-45 (รัตนาวดี จุละยานนท์ 2545 : 109) เกิดจากผนังหลอดเลือดฝอยในเซลล์ที่ชื่อว่า โกลเมอรูลัส เป็นตัวกรองในไตหนาขึ้น ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงลดลง ไตจึงทำงานได้น้อยลง จนมีไข่ขาวหรือโปรตีนออกมากับปัสสาวะ ทำให้ร่างกายขาดโปรตีน เกิดการบวม และเกิดการคั่งของสารยูเรียซึ่งเป็นของเสียและเกิดเป็นพิษต่อร่างกาย เกิดภาวะไตวาย ผู้ป่วยมีอาการ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีแรง รู้สึกหนาวง่าย ซีด ถ้าเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การทำงานของไตลดลงเหลือไม่ถึงร้อยละ 5 ผู้ป่วยจะมีอาการซึม ไม่รู้สึกตัว และเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เช่น การล้างไต การผ่าตัดเปลี่ยนไต เป็นต้น (เทพ หิมะทองคำ 2548 : 63)

3) โรคแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือดแดง เกิดจากการที่มีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับการมีภาวะไขมันในเลือดสูง จึงมีสารโคเลสเตอรอลจับตามผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหนาและเส้นเลือดตีบแข็ง (Arteriosclerosis) รูหลอดเลือดมีขนาดเล็กลง เลือดไหลผ่านได้น้อยและไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้น้อยลง หรืออาจมีลิ้มเลือดเกาะทำให้เส้นเลือดอุดตัน เกิดอันตรายต่ออวัยวะที่เส้นเลือดนั้นไปหล่อเลี้ยง เช่น ถ้าเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตันทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเกิดการพิการหรือการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (ภานุพันธ์ พุฒสุข 2542 : 18) โดยรายที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าปกติถึง 2 เท่า และผู้หญิงที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 3 เท่าเมื่อเทียบกับผู้หญิงปกติ และโอกาสในการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดก็สูงตามไปด้วย เป็น 3 เท่าในผู้ชายที่เป็นโรคเบาหวาน เมื่อเทียบกับผู้ชายปกติ (เทพ หิมะทองคำ 2546 : 49) ถ้าเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองอุดตันก็จะทำให้เกิดอัมพาต และถ้าเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงขาหรือเท้าอุดตัน มักมีอาการปวดขาเวลาเดิน ทำให้เกิดขาหรือเท้าเน่าดำ เป็นเนื้อตาย (Gangrene) เป็นสาเหตุสำคัญของการถูกตัดขาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และความดันโลหิตสูง (วัลลภา ตันตโยทัย 2536 : 241-267)

4) โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท

โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท พิจารณาตามอาการได้ 3 กลุ่ม คือ

ก. อาการที่เกิดจากประสาทส่วนปลายเสื่อม (Neuropathy) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงเส้นประสาทไขสันหลัง เยื่อหุ้มประสาท และเซลล์ประสาททำให้เซลล์ประสาทอักเสบ เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง หรือเกิดจากการมีน้ำตาลสูงอยู่เป็นเวลานานทำ

ให้เส้นประสาทบวมไม่สามารถรับความรู้สึกได้ ผู้ป่วยมักจะสูญเสียประสาทรับความรู้สึกที่เท้า โดยเริ่มที่ปลายเท้าและลุกลามขึ้นไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกร้อนและไม่รับรู้ความร้อนเย็น มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า ในบางรายจะมีอาการปวดเส้นประสาทโดยมีอาการปวดแสบปวดร้อน หรือรู้สึกเหมือนมีไฟช็อต กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง ไม่มีแรง เป็นตะคริว อันตรายที่เกิดจากการขาดของปลายประสาท คือ การเกิดบาดแผลที่เท้าหรือขา ซึ่งเป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เรียกว่า เท้าเบาหวาน (Diabetic foot) และอาจทำให้เกิดการตัดเท้าหรือขาเพื่อรักษาชีวิตไว้ในที่สุด ปัจจุบันไม่มีวิธีการที่ทำให้เท้าหายขาด แต่ลดอาการชาได้ด้วยการควบคุมน้ำตาลในเลือด ซึ่งพบได้ว่าเมื่อเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 20 ปี จะเกิดภาวะประสาทเสื่อมร้อยละ 40 (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล และ ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ 2546 : 291-308)

ข. ความผิดปกติของเส้นประสาทใดเส้นประสาทหนึ่ง เช่น เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อตาผิดปกติ ทำให้กลอกตาไม่ได้บางทิศทาง มองเห็นภาพซ้อน ผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดศีรษะมาก ความผิดปกตินี้จะดีและหายเองได้ใน 2-12 เดือน (สมบุญ วงศ์ธีรภัค 2539 : 40)

ค. ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อม ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมระบบทางเดินอาหารเสื่อม ทำให้กระเพาะอาหารไม่เคลื่อนไหว มีอาการท้องอืด แน่นท้อง รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ มีคลื่นไส้ อาเจียน การดูดซึมมีปัญหาส่งผลให้ระดับน้ำตาลไม่คงที่ และอาจเกิดท้องเสียเป็น ๆ หาย ๆ (สมบุญ วงศ์ธีรภัค 2539 : 41) และยังเกิดกับระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์เสื่อม เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทำให้ปัสสาวะไหลออกมาไม่รู้ตัว เกิดภาวะกระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัว มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมาก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 40 จะสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ (อภิชาติ คงกรพันธ์ 2537 อ่าง รัตนาวิ จุละยานนท์ 2545 : 110)

1.6 ปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมาคมโรคเบาหวานของสหรัฐอเมริกา (American Diabetic Association 2000) ได้กล่าวถึง ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ (ภาวนา กิริติยุดวงศ์ 2544 : 34) คือ

1.6.1 **กรรมพันธุ์** ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เป็นโรคเบาหวาน จะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน

1.6.2 **ความอ้วน** ทำให้เนื้อเยื่อต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน จากการศึกษาในกลุ่มคน ไพมาอินเดียน และแมกซิกกันอเมริกันในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาปรากฏว่า

ความอ้วนมีผลทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (Haffner 1998 อ้าง สมจิต แซ่จิ่ง 2547 : 21) ผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ของน้ำหนักที่ควรจะเป็นหรือผู้ที่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (Body mass index) สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง

1.6.3 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี

1.6.4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

1.6.5 มีระดับไขมัน HDL <35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (0.90 มิลลิโมล/ลิตร) และหรือระดับไตรกลีเซอไรด์ >250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (2.82 มิลลิโมลต่อลิตร)

1.6.6 มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม

1.6.7 ผู้ที่สูบบุหรี่

1.6.8 มีประวัติมีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในระดับ Impaired Fasting Glucose (IFG) คือ >110-<126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

1.7 การรักษาโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ แต่สิ่งสำคัญ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคที่จะเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย (เทพ หิมะทองคำ 2550 : 82) ซึ่งมีหลักในการรักษา ดังนี้

1.7.1 การควบคุมอาหาร เป็นสิ่งสำคัญของการรักษา เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ รักษาระดับไขมันในเลือด และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรจะเป็น (Ideal body weight) การควบคุมอาหารเหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อ้วนมาก หรือผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง หากไม่ได้ผลภายในเวลาประมาณ 3 เดือน จึงพิจารณาให้ยารักษาต่อไป (สาธิตวรรณแสง 2548 : 7)

1.7.2 การออกกำลังกาย จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แล้วยังส่งผลให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะที่หัวใจ ช่วยลดระดับไขมันในเลือด

1.7.3 การใช้ยา ยาลดน้ำตาลในเลือดมี 2 ชนิด คือ

ก. ยาอินได้แก่ กลุ่มยาซัลโฟนิลยูเรีย และ ไบทัวไนด์ ซึ่งใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

ไม่ควรใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับหรือไตบกพร่อง หรือผู้ที่ฉ่ำตัดหรือหญิงมีครรภ์

ข. ยาฉีด ได้แก่ อินซูลิน ต้องใช้ไปตลอดชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือผู้ป่วยที่ตับอ่อนไม่ทำงานหรือถูกทำลาย

ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่จะต้องทำการผ่าตัดใหญ่ หรือมีภาวะติดเชื้อหรือมีภาวะเครียดรุนแรงจนน้ำตาลในเลือดสูงมาก อาจต้องใช้ยาฉีดอินซูลินในการรักษา ถ้าร่างกายกลับมาสู่ภาวะปกติ อาจกลับมาใช้ยากินได้ (สาธิต วรรณแสง 2548 : 9-10)

2. การมีส่วนร่วมของครอบครัว

2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การมีส่วนร่วมของครอบครัว คำนึงยังไม่มีกรให้คำนิยามที่ชัดเจนและตรงตัว มีการใช้เพื่อสื่อความหมายว่า เป็นการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด แต่ให้ความหมายโดยแยกเป็นส่วน ๆ ได้ว่า

“การมีส่วนร่วม” พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ส่วน” และ “ร่วม” เมื่อนำ 2 คำมารวมกันจะหมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ด้วยกัน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในที่แห่งเดียวกัน เช่น ร่วมอยู่บ้านเดียวกัน 2) การนึกคิดอย่างเดียวกัน คือ “ร่วมคิดและร่วมใจ” 3) การพร้อมช่วยเหลือกัน หรือ “ร่วมมือ” และ 4) การมีส่วนร่วมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เช่น “ร่วมสามัคคี” นั้นหมายถึง “การมีส่วนร่วม” ครอบคลุม 3 มิติ คือ 1) ด้านสถานที่ โดยมีส่วนร่วมในที่แห่งเดียวกัน 2) ด้านความคิด คือ มีส่วนในการคิดและมีใจที่จะทำกิจกรรมร่วมกัน และ 3) ด้านการกระทำ โดยร่วมมือทำกิจกรรมอย่างเป็นอันหนึ่งเดียวกัน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ 2548 : 18)

คีธ (Keith, 1972 : 136) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง ความเกี่ยวข้องทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย (ธันชิตา สุขชม 2547 : 14)

ไวท์ (White, 1982 : 18) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมจะประกอบด้วยมิติต่าง ๆ ดังนี้ มิติที่ 1 คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะไรควรทำและทำอย่างไร มิติที่ 2 คือ การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนาการลงมือปฏิบัติการตามที่ได้ตัดสินใจ

มิติที่ 3 คือ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงาน (ธันชิตา สุขชม 2547 : 14-15) แต่ไวท์ไม่ได้กล่าวถึงมิติของความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

โคเฮนและยูฮอฟ (Cohen & Uphoff 1980 : 213-218) แบ่งลักษณะของการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) มี 3 ขั้นตอน คือ การเริ่มตัดสินใจ การดำเนินการในสิ่งที่ตัดสินใจ และการลงมือทำกับสิ่งที่ได้ตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรและการประสานขอความร่วมมือต่าง ๆ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) เป็นผลประโยชน์ทั้งทางด้านวัตถุ ด้านสังคมหรือด้านบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินประเมินผล (Evaluation) เพื่อที่จะดูว่าการดำเนินการนั้นบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่

ส่วน “ครอบครัว” พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ได้ให้ความหมายว่าผู้อยู่ร่วมครัวเรือน คือสามี ภรรยา และบุตร เป็นต้น ส่วนคณะอนุกรรมการครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ ได้ให้ความหมายของครอบครัวเนื่องในปีครอบครัวสากล ปี พ.ศ. 2533 ว่า “ครอบครัว” คือกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพิงกันทางสังคม เศรษฐกิจ และมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือสายเลือด ซึ่งเป็นความหมายที่แสดงให้เห็นมิติของหน้าที่และความสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่าโครงสร้างของครอบครัว สถานที่และกลุ่มบุคคลแต่เพียงอย่างเดียว คล้ายกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2546) ในเรื่องความหมายของครอบครัวในมุมมองของครอบครัววิธาน โดยครอบครัว คือ ผู้ที่อยู่บ้านเดียวกัน และหาเลี้ยงกัน มีการผูกพันทางสายเลือดโดยการแต่งงาน ผูกพันทางจิตใจ กฎหมาย และการพึ่งพาอาศัยและสอดคล้องกับ Burgess และคณะ (1963) ให้ความหมายของครอบครัวว่าเป็นการที่บุคคลมาอยู่ร่วมกัน โดยมีความสัมพันธ์กันด้วยการแต่งงาน เลี้ยงดู อุปถัมภ์ สมาชิกครอบครัวอาจอาศัยอยู่ร่วมกันหรือไม่ก็ตาม สมาชิกครอบครัวมีการปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม และครอบครัวจะมีวัฒนธรรมในการปฏิบัติร่วมกัน (Burgess และคณะอ้างถึงสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ 2548 : 20)

กล่าวได้ว่าได้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง สมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันโดยการแต่งงาน โดยสายเลือด หรือมีความผูกพันทางจิตใจ อยู่ร่วมกัน มีความคิด มีความเสถียรในการที่จะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกัน โดยมีการคิดและตัดสินใจร่วมกัน

แตเมื่อนำคำว่า “การมีส่วนร่วมของครอบครัว” มารวมกับมิติทางด้านสุขภาพ คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลจะตรงกับคำศัพท์ในภาษาอังกฤษหลายคำ ซึ่งมีผู้ให้

ความหมายในลักษณะต่าง ๆ กันหลายคนด้วยกัน (อ้างถึงสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ 2548 : 22-23) ได้แก่

“Family involvement in care” ซึ่ง CINIHAL (1994) ให้ความหมายว่า การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลด้านร่างกาย ส่วน Freidemann et al. (1999) บอกว่า หมายถึง การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย แสวงหาค่าปรึกษา หรือคำแนะนำและการให้การดูแล และ Spacht et al. (2000) ว่าหมายถึง การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลที่โรงพยาบาลโดยผู้ดูแลเป็นสมาชิกครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล

“Family participation” โดย Lee&Craft-Rosenberg (2002) ให้ความหมายที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกครอบครัวกับพยาบาลในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย ครอบคลุมการดูแลทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน

“Participation of informal caregivers” Laitinen (1994) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เน้นกิจวัตรประจำวันที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

“Family caregiving” Levesque, Ducharme&Lachance (1999) พูดถึงความหมายว่า สมาชิกครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งในสถานบริการและในชุมชน

“Family care action” Li et al. (2000) กล่าวว่าเป็นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุประสานงานกับบุคลากรสุขภาพ และต้องดูแลตนเอง

“Involvement of relative in care” โดย Andershed & Ternstedt (1999) ว่าเป็นการที่สมาชิกครอบครัวที่ครอบคลุมถึงเพื่อนให้การดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งทำหน้าที่ตัวกลางประสานการดูแลให้ผู้ป่วย

“Partnership nursing” ซึ่ง Cassey (1995) พูดว่าเป็นการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลกับบุคลากรวิชาชีพ ซึ่งครอบครัวสามารถต่อรองกับบุคลากรวิชาชีพ เรื่องการดูแลรักษาได้

“Share care” Kirkhart (1995) ว่าหมายถึง การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมกับพยาบาล ในกระบวนการวางแผนการพยาบาล

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจะครอบคลุม

1. ลักษณะของผู้ให้การดูแล ที่จะนับได้ว่าเป็นการดูแลจากครอบครัวนั้นจะรวมถึงสมาชิกครอบครัวที่เป็นสายเลือดเดียวกัน และที่ไม่ใช่สายเลือดเดียวกัน และรวมถึงเพื่อน (Partner)

2. สถานที่ที่ดูแล ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในสถานบริการสุขภาพทั้งที่โรงพยาบาล หรือสถานที่พักผู้สูงอายุ และที่บ้าน สถานบริการที่โรงพยาบาลและสถานที่พักผู้สูงอายุจะเป็นสถานที่ให้การดูแลโดยมีเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ส่วนบ้านเป็นสถานที่ที่ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

3. กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแล โดยตรงที่ทำกับผู้ป่วย ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น การดูแลการนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร ความสะอาด การอยู่เป็นเพื่อน การพูดคุยให้กำลังใจผู้เจ็บป่วย เป็นต้น และกิจกรรมทางอ้อมที่ไม่ได้ทำกับผู้ป่วย แต่มีประโยชน์ช่วยในการดูแลผู้ป่วย เช่น การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพเรื่องข้อมูลการดูแลรักษา การวางแผนการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งช่วยให้ครอบครัวเข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วยและเตรียมการดูแลผู้ป่วย

4. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และสมาชิกคนอื่นในครอบครัว โดยผู้ดูแลเป็นตัวกลางประสานการดูแลระหว่างสมาชิกครอบครัวและเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง

5. การต่อรองระหว่างครอบครัวและเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพยอมรับแนวทางการดูแลที่เป็นมุมมองของครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแล โดยแนวคิดกระบวนการต่อรองนี้ คือ การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เจ็บป่วยและครอบครัว

6. กระบวนการในครอบครัว ครอบครัวก็ต้องมีกระบวนการจัดการในครอบครัว เพื่อให้พัฒนกิจครอบครัวดำเนินไปได้ โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว โดยรวม

ซึ่งคล้ายคลึงกับความคิดเห็นของมัลลิกา มัตติโก ที่ว่าเมื่อสมาชิกคนใดในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ทุกคนในครอบครัวในฐานะที่มีส่วนในการทำหน้าที่สร้างและเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ย่อมหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบต่อสถานะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวไม่ได้ และจะต้องร่วมแก้ไขปัญหาด่าง ๆ ให้กลับคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็วที่สุด การทำหน้าที่ของครอบครัวในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ควรประกอบด้วย (มัลลิกา มัตติโก : 120-121)

1. ครอบครัวจะต้องดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการร่วมวินิจฉัยโรคและอาการผิดปกติได้
2. ครอบครัวต้องร่วมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย
3. ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการวินิจฉัยโรค และทำการรักษาเบื้องต้น ได้แก่ ปรอทวัดอุณหภูมิ เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นต้น
4. ครอบครัวต้องให้ความรู้ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งหาความรู้ได้จากข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยทั้งจากหนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ และผู้เชี่ยวชาญนั้น ๆ
5. ครอบครัวมีอำนาจในการเลือกและตัดสินใจว่าจะใช้วิธีการใดในการดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย

การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นการผลักดันให้ครอบครัวมีกิจกรรมมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Active participation) โดยมีหลักว่า

1. เป็นวิธีการที่จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการและเจตคติของครอบครัว
2. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วางแผน และยอมรับแผนงานนั้น ๆ
3. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย คือ การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือด และไม่ใช่ว่าสายเลือดเดียวกันแต่มีการผูกพันทางจิตใจ ให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีลักษณะร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผนดูแล และร่วมกันแก้ปัญหา จัดการกับแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งประสานงานกับบุคคลต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

2.2 ปัจจัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

2.2.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากครอบครัว มีงานวิจัยหลายงานที่บ่งบอกว่า ผู้ป่วยที่ต้องการ การดูแลจากครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นผู้เจ็บป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยมีความต้องการให้ครอบครัวช่วยเหลือดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันและต้องการกำลังใจจากครอบครัวทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน (จอม สุวรรณ 2540 อ้างถึง สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ 2548 : 24)

2.2.2 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว จากผลการศึกษาของงานวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกครอบครัว ที่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยทั้งทางสายเลือดหรือการสมรส ได้แก่

คู่สมรส บุตรชาย และบุตรสาว บุตรสะใภ้ และญาติเพราะเป็นบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลกันให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกันจะไม่ผลักภาระในการดูแลให้แก่บุคคลอื่นเนื่องจากถือว่าเป็นความรับผิดชอบ เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ และเมื่อพิจารณาถึงสายสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสที่เป็นภรรยา และบุตรสาว ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงถูกสังคมกำหนดให้เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ 2548 : 25-26)

นอกจากเพศแล้ว อายุ รายได้ สถานภาพสมรสของผู้ดูแล ระยะเวลาที่เป็นผู้ดูแล ความรู้และความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา และทักษะการดูแลของผู้ดูแล จะมีผลต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยด้วย โดยลินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) ทำการศึกษาพบว่า ความรู้และทักษะของผู้ดูแลมีผลต่อความสามารถของผู้ดูแล โดยนำญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลโดยทำการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติมีความเข้าใจอาการของผู้ป่วย วิธีการรักษาของแพทย์ ญาติจะลดความรู้สึกกังวล และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง เสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย (ลินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ 2540 อ้างถึง สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ 2548 : 32)

2.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยโดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด และส่วนมากเป็นในผู้สูงอายุ ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสนับสนุน ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติ หรือใกล้เคียงปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และครอบครัวเกิดความผาสุก จากการศึกษาของผู้วิจัยคิดว่าครอบครัวควรให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังต่อไปนี้

2.3.1 การควบคุมอาหาร

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ การควบคุมอาหารจึงช่วยลดปริมาณกลูโคสที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายโดยการลดปริมาณหรือเปลี่ยนสัดส่วนหรือชนิดของอาหาร เพื่อให้ น้ำตาลดูดซึมได้ช้าลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ (วิทยา ศรีดามา 2541 : 16) การควบคุมอาหารไม่ใช่การอดอาหาร แต่ปรับเปลี่ยนสัดส่วนของอาหารให้มีแคลอรีต่ำ แทนที่จะรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง การควบคุมอาหารจึงเน้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคน ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย

หรือไม่ก็ตาม การให้ความรู้เรื่องอาหารกับผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ผลดีและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย (สมจิต แซ่จิ่ง 2547 : 23)

ประเภทอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควรรับประทานหรือควรหลีกเลี่ยง คือ (สมจิต แซ่จิ่ง 2547 : 24)

1. อาหารที่ห้ามรับประทาน ได้แก่ อาหารน้ำตาล และขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฟอยทอง สังขยา น้ำผลไม้ ซึ่งมีน้ำตาลประมาณ 8-15% ควรดื่มน้ำเปล่า น้ำชา ไม่ใส่น้ำตาล ถ้าดื่มกาแฟความเข้มข้นไม่ควรใส่น้ำตาล นมข้นหวาน หรือครีมเทียม ควรใส่นมจืดพร่องไขมันหรือน้ำตาลเทียมแทน

2. อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักกาด ผักคะน้า ถั่วฝักยาว ผักบุ้ง ถั่วงอก นำมาประกอบอาหาร เช่น ต้มจืด ยำ ผัดผัก เป็นต้น อาหารเหล่านี้มีสารอาหารต่ำ นอกจากนั้นยังมีกากอาหารเรียกว่า ไฟเบอร์ ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง และลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ แนะนำไปรับประทานไฟเบอร์ 20-40 กรัม/วัน

3. รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง ปัจจุบันอาหารพวกแป้งไม่จำกัดจำนวนถ้าผู้ป่วยไม่อ้วนมาก เนื่องจากการรับประทานคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น ไม่ได้ทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้น หรือระดับอินซูลินเพิ่มขึ้น การลดอาหารจำพวกแป้งทำให้ต้องเพิ่มอาหารพวกไขมัน ซึ่งอาจจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง และต้องเพิ่มเนื้อสัตว์ ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของไต ส่วนผลไม้ก็ต้องจำกัดจำนวน เนื่องจากผลไม้ 1 ส่วนให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี แต่จำนวน 1 ส่วนจะไม่เท่ากันในแต่ละชนิด

อาหาร 5 หมู่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ (สมจิต แซ่จิ่ง 2547 : 26)

1. นม ไข่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ถั่วเมล็ดแห้งและงา ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะช่วยให้การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายให้กลับดีขึ้น ควรจะได้รับปริมาณร้อยละ 12-15 ของพลังงานที่ต้องการต่อวัน

2. ข้าวแป้ง เผือก มัน น้ำตาล อาหารหมู่นี้จะให้สารอาหารที่สำคัญ คือ คาร์โบไฮเดรต ซึ่งจะให้น้ำตาลแก่ร่างกายเมื่อย่อยสลายในร่างกาย ควรบริโภคอาหารหมู่นี้ปริมาณร้อยละ 50-60 ของพลังงานที่ต้องการต่อวัน

3. ผีซผักต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างการทำงานของร่างกาย ซึ่งจะมีสารอาหารจำพวกวิตามินและเกลือแร่ที่สำคัญแก่ร่างกาย เพื่อควบคุมระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายให้เป็นปกติ ผัก 1 ส่วนให้คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม โปรตีน 2 กรัม พลังงาน 25 กิโลแคลอรี เส้นใยอาหาร 2-3 กรัม (เทพ หิมะทองคำ 2548: 146)

4. ผลไม้ต่าง ๆ ให้ประโยชน์เช่นเดียวกับผัก ผลไม้ 1 ส่วนให้

คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม พลังงาน 60 กิโลแคลอรี เส้นใยอาหาร 2 กรัมขึ้นไป (เทพ หิมะทองคำ 2548: 147) น้ำผลไม้มีเส้นใยอาหารน้อยมาก ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรดื่มน้ำผลไม้มากเกินไป เพราะจะทำให้ได้รับพลังงานเกิน

5. ไขมันจากพืชและสัตว์ ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ควรบริโภคไขมันที่มาจากพืชมากกว่าไขมันที่มาจากสัตว์ หรือกะทิ เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา เป็นต้น อาหารทอดนี้ 1 ส่วนเท่ากับน้ำมัน 1 ช้อนชา ให้ไขมัน 5 กรัม และพลังงาน 45 กิโลแคลอรี (เทพ หิมะทองคำ 2548: 151)

การควบคุมอาหาร คือ การควบคุมปริมาณพลังงานในอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามน้ำหนักตัว และกิจกรรมการใช้พลังงานประจำวันของแต่ละคน เพราะฉะนั้นจึงควรที่จะปรึกษาแพทย์ และนักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร ที่จะช่วยพิจารณาปริมาณพลังงานที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคน แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรระวังถึงหลักในการเลือกรับประทานอาหารดังนี้ (เทพ หิมะทองคำ 2548: 137-139)

1. รับประทานอาหารให้หลากหลาย และมีความสมดุลของสารอาหาร
รับประทานให้เป็นเวลา ไม่ควรรับประทานอาหารเฉพาะเวลาหิว เพราะจะทำให้รับประทานมากกว่าที่ควร

2. หลีกเลี่ยงของหวานและอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาล

3. รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่มีใยอาหารเพิ่มขึ้น

4. รับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันให้น้อยลง การควบคุมไขมันและคอเลสเตอรอล ทำได้โดย

- ใช้น้ำมันพืชแทนไขมันสัตว์ในการประกอบอาหาร เช่น ใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันหมู ใช้น้ำมันรำข้าวแทนเนย ลดปริมาณไขมันและกะทิที่ใช้ปรุงอาหาร เป็นต้น

- ลดอาหารประเภทที่มีไขมันสูง เช่น ไข่กรอก กุนเชียง เบคอน ฮอตดอก พิซซ่า โคนัท อาหารทอดทุกชนิด เมล็ดถั่วต่าง ๆ เช่น ถั่วลิสง เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ และอาหารประเภทเกรวี่ น้ำสลัดข้น เป็นต้น

- ลดอาหารประเภททอด เลือกรับประทานอาหารประเภทผัด อย่าง นึ่ง อบ ยำ แทน

- เลือกรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ลดปริมาณอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปลาหมึก เลือกรับประทานปลาโดยเฉพาะปลาทะเล และโปรตีนจากพืช เช่น เต้าหู้ เป็นต้น

- ลดอาหารประเภทไข่ โดยเฉพาะจำกัดปริมาณไข่แดง ไม่ควรเกิน 2-3 ฟอง ต่อสัปดาห์ แต่อาจจะรับประทานไข่ขาวได้ทุกวัน โดยรับประทานแทนเนื้อสัตว์

- เลือกดีมันหรือผลิตภัณฑ์นมที่ทำจากนมพร่องไขมันแทน
- หลีกเลี่ยงอาหารประเภทครีมหรือครีมเทียม
- ในการประกอบอาหารควรใช้กระทะประเภทที่มีสารเคลือบไม่ติดกระทะ (nonstick) จะช่วยลดการใช้ไขมันลงได้

- รับประทานผักเพิ่มขึ้น เนื่องจากผักมีใยอาหารมาก

5. ลดอาหารเค็มหรือการใช้เกลือในอาหารให้น้อยลง สารโซเดียมในเกลือจะทำให้ร่างกายกักน้ำไว้มากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตสูง และไตจะต้องทำงานหนักขึ้นด้วย ทำได้โดย

- ลดอาหารที่มีรสเค็มจัด จำกัดปริมาณเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว ไขมันหอยที่ใส่ในอาหาร หรือลดปริมาณเครื่องปรุงเหล่านี้ในการปรุงอาหารแล้วปรุงแต่งรสด้วยมะนาว น้ำส้ม กระเทียม หัวหอม และเครื่องเทศแทน

- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือสูง เช่น อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง แสม ไข่เค็ม ปลาเค็ม อาหารซองสำเร็จรูป หรืออาหารว่างสำเร็จรูป เช่น มันฝรั่งทอดกรอบใส่เกลือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปหรือ ไอศกรีมบรรจุซอง เป็นต้น

6. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้พลังงานสูงเกือบเท่าไขมันแต่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ แอลกอฮอล์ 1 กรัมให้พลังงาน 7 กิโลแคลอรี ในกระเพาะอาหาร แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมและนำไปเผาผลาญที่ตับ ตับทำหน้าที่สะสมกลูโคสไว้ในรูปของไกลโคเจนเพื่อใช้เป็นพลังงาน ขณะที่ตับเผาผลาญแอลกอฮอล์ระดับน้ำตาลจะลดต่ำลงเนื่องจากแอลกอฮอล์ยับยั้งตับไม่ให้สร้างกลูโคส ฉะนั้นการดื่มวิสกี้เพียง 2 เป๊ก (90 มิลลิลิตร) ในขณะที่ท้องว่างอาจทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานช็อกหมดสติได้เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางชนิด เช่น ไวน์หวาน รัม มีส่วนประกอบของคาร์โบไฮเดรตมาก อาจทำให้ระดับน้ำตาลขึ้นสูงได้

2.3.2 การใช้ยาลดระดับน้ำตาล

การพิจารณาใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ตอบสนองต่อการควบคุมอาหาร ปัจจุบันมี 2 ประเภท คือ (เทพ หิมะทองคำ 2548: 107-101)

1. ยารับประทาน (Oral hypoglycemic agents) ที่ใช้บ่อยมี 2 กลุ่ม คือ

- ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea) ยากลุ่มนี้ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อายุเกิน 40 ปี และไม่มีอาการแทรกซ้อน ใช้ไม่ได้ผลกับผู้ป่วยที่ตับอ่อนไม่ทำงานแล้ว ยาออกฤทธิ์โดยกระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมามากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพของอินซูลินในการนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย ระวังการสร้างน้ำตาลจากตับ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง และช่วยลดการเกาะกันของเกร็ดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น ช่วยป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

- ยากลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanide) มักใช้กับผู้ป่วยที่ค่อนข้างอ้วน เพราะยาจะทำให้ความอยากอาหารลดลง และในผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลไม่สูงมากนัก ออกฤทธิ์โดยเพิ่มการใช้น้ำตาลกลูโคสที่กล้ามเนื้อต่าง ๆ ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้ และลดการสร้างกลูโคสจากตับ แต่ไม่มีฤทธิ์กระตุ้นให้ตับอ่อนหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น

อาการข้างเคียงของยาชนิดรับประทาน คือ

- อาการแพ้ยา (hypersensitivity reactions) จะเกิดขึ้นใน 2-6 สัปดาห์ หลังเริ่มให้การรักษาโดยจะมีผื่นแดง คัน บางรายอาจมีตับอักเสบ ปริมาณเม็ดเลือดขาวต่ำลงแต่พบได้น้อยมาก

- อาการไม่จำเพาะเจาะจง (nonspecific reactions) ได้แก่ คลื่นไส้ ท้องอืด ปวดศีรษะ ชาตามแขนขา อาการเหล่านี้ไม่รุนแรง เป็นอยู่ไม่นานก็จะหายไป

2. ยาฉีดอินซูลิน ใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ตอบสนองต่อยาเม็ดรับประทาน มี 3 ชนิดด้วยกันคือ

- ชนิดที่ออกฤทธิ์เร็ว มีลักษณะเป็นน้ำใส ใช้ฉีดเมื่อต้องการลดระดับน้ำตาลในเลือดลงอย่างรวดเร็วที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก หรือมีภาวะกรดคีโตนในเลือดจากสารคีโตน จะออกฤทธิ์ในเวลา 30-60 นาที ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 2-4 ชั่วโมงหลังฉีด มีฤทธิ์นานประมาณ 5-7 ชั่วโมง

- ชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง มีลักษณะน้ำขุ่น ออกฤทธิ์หลังฉีด 2-4 ชั่วโมง ออกฤทธิ์สูงสุดในเวลา 6-12 ชั่วโมง มีฤทธิ์อยู่นาน 18-24 ชั่วโมง

- ชนิดออกฤทธิ์นาน ออกฤทธิ์หลังฉีด 8-14 ชั่วโมง มีฤทธิ์นาน 86 ชั่วโมง

การฉีดอินซูลินจะฉีดเข้าใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขน หน้าขา หน้าท้อง หรือ สะโพก แต่ปัจจุบันแพทย์จะแนะนำให้ฉีดอินซูลินเข้าบริเวณหน้าท้อง เนื่องจากการดูดซึมยาจะมีอัตราสม่ำเสมอ และมีชั้นไขมันหนา ทำให้ผู้ป่วยเจ็บน้อยที่สุด

อาการข้างเคียงที่เกิดจากอินซูลิน ได้แก่ (สมจิต แซ่จิ่ง 2547 : 29)

- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) แก้ไขโดยระมัดระวังขนาดของอินซูลินให้พอเหมาะกับปริมาณอาหารและกิจกรรมของผู้ป่วยในแต่ละวัน เพราะฉะนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องใช้ยาฉีดอินซูลินต้องฉีดในปริมาณตามการรักษาของแพทย์ให้ถูกต้อง ถ้าอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดอยู่บ่อย ๆ จะทำให้สมองเสื่อมลงเรื่อย ๆ
 - ปฏิกริยาที่ผิวหนัง อาจเป็นปฏิกริยาชั่วคราวใน 2-3 สัปดาห์แรกที่ฉีดยา และจะหายไปเอง ซึ่งวิธีแก้ คือ เปลี่ยนที่ฉีดยาหรือเปลี่ยนชนิดอินซูลิน
 - ปฏิกริยาแพ้อินซูลิน แก้ไขโดยเปลี่ยนเป็นใช้อินซูลินจากหมู หรืออินซูลินชนิดที่มีโครงสร้างเหมือนของคน
 - ภาวะต้านอินซูลิน หมายถึง การที่ต้องใช้อินซูลินเกินกว่า 200 ยูนิตต่อวัน แก้ไขโดยการเปลี่ยนชนิดอินซูลิน ให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ หรือใช้อินซูลินที่บริสุทธิ์ที่มีโครงสร้างเหมือนของคน

2.3.3 การออกกำลังกาย

เป้าหมายของการควบคุม โรคเบาหวานที่สำคัญก็คือ การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนอกจากจะทำได้โดยการควบคุมอาหารแล้ว การออกกำลังกายเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยได้มาก การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงได้ เนื่องจากขณะออกกำลังกายร่างกายจะต้องใช้พลังงาน และร่างกายจะใช้น้ำตาลเพื่อเปลี่ยนไปเป็นพลังงาน และการออกกำลังกายยังก่อให้เกิดประโยชน์อีกหลายประการ คือ น้ำหนักตัวลดลงทำให้ควบคุม โรคเบาหวาน ได้ง่าย และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ช่วยให้มีระดับคลอเลสเตอรอลในเลือดต่ำลง ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือดที่เป็นเหตุให้หัวใจขาดเลือด และยังช่วยทำให้มีสุขภาพจิตดี อารมณ์แจ่มใส คลายความเครียดได้ (เทพ หิมะทองคำ 2548: 92-93)

ข้อควรปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนการออกกำลังกาย (สมจิต แซ่จิ่ง 2547 : 27-28)

- ควรดื่มน้ำให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย
- ควรเตรียมน้ำผลไม้หรือลูกอมไว้ในกรณีที่เกิดอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
- ควรบริโภคอาหารว่างที่มีคาร์โบไฮเดรตประมาณ 15 กรัม เช่น ผลไม้สด 1 ส่วน หรือน้ำผลไม้ 120 ซีซี หรือขนมปัง 1 แผ่น ก่อนออกกำลังกาย 30-60 นาทีเสมอ (เทพ

หิมะทองคำ 2548 : 95) หรือถ้าเป็นการออกกำลังกายอย่างหนักเป็นเวลานานควรบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 15-30 กรัมทุก ๆ ชั่วโมง

- การออกกำลังกายควรเริ่มจาก 10 นาทีต่อวันก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นวันละ 5 นาที จนครบ 20-25 นาทีต่อวัน

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเป็นแผลเบาหวาน เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการชาที่เท้าจากปลายประสาทเสื่อมต้องระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้า โดยหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการกระทบกระแทกที่เท้ามาก ๆ หรือใส่รองเท้าคับไป เป็นต้น (เทพ หิมะทองคำ 2548 : 94)

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูง ไม่ควรออกกำลังกายที่หนัก และหักโหม และควรได้รับการตรวจให้แน่ชัด และปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย (เทพ หิมะทองคำ 2548 : 94)

2.3.4 การดูแลเท้า

การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เนื่องจากจะเป็นแผลที่หายยากกว่าคนทั่วไป และถ้ามีการติดเชื้อที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยต้องถูกตัดเท้าหรือขาได้ ฉะนั้นการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าโดยการใส่ใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้า และรวมกิจกรรมดังกล่าวเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยต้องกระทำเป็นอย่างยิ่ง (ถ้ายอง ทับทิมศรี 2541: 20) โดยดูแลเท้าในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การดูแลความสะอาดของผิวหนัง เพื่อคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง
 - ทำความสะอาดเท้าและดูแลผิวหนังทุกวัน เวลาอาบน้ำควรล้างเท้าและฟอกด้วยสบู่อ่อน ๆ ตามซอกนิ้วเท้าและส่วนต่าง ๆ ของเท้าอย่างทั่วถึง ภายหลังล้างเท้าเช็ดหรือย่ำแล้วซับทุกส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณซอกนิ้วเท้าให้แห้งด้วยผ้าเนื้อนุ่ม ระวังอย่าเช็ดแรงเกินไป เพราะผิวหนังอาจลอกเป็นแผลได้ ถ้าผิวหนังที่เท้าแห้ง หรือมีรอยแตก หลังจากทำความสะอาดและเช็ดเท้าแห้งเรียบร้อยแล้วควรใช้ครีมทาผิวทาบาง ๆ บริเวณเท้าโดยเว้นบริเวณซอกนิ้วเท้า และรอบเล็บเท้า เพราะจะเกิดเป็นเชื้อราได้ ควรทาครีมวันละ 1-2 ครั้ง
 - ถ้ามีเหงื่อออกที่เท้าบ่อย ๆ ควรใช้แป้งฝุ่นทาบาง ๆ ให้ทั่วเท้า ตลอดจนโรยผงแป้งใส่ภายในรองเท้า และเลือกใช้รองเท้าที่มีการระบายอากาศดี รวมทั้งต้องเปลี่ยนถุงเท้าบ่อย ๆ

2. การตรวจเพื่อหาความผิดปกติ ตรวจดูลักษณะเท้าให้ละเอียดทุกส่วน และทุกวัน ๆ ละ 1 ครั้ง เช่น ที่ฝ่าเท้า ซอกนิ้วเท้า เล็บเท้า โดยเฉพาะซอกนิ้วเท้าซึ่งอาจอับชื้นเกิดเชื้อราได้ง่าย

3. การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

- ตัดเล็บด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเล็บขบ ซึ่งอาจลุกลามเกิดเป็นแผลที่กว้างขึ้น และติดเชื้อรุนแรงจนทำให้ถูกตัดขาได้ ควรตัดเล็บในแนวตรง และอย่าให้สั้นชิดผิวหนังจนเกินไป หลีกเลี่ยงการตัดขอบเล็บด้านข้าง การตัดเล็บควรตัดหลังล้างเท้าหรืออาบน้ำใหม่ ๆ
- หลีกเลี่ยงการใช้มีดโกน หรือวัตถุแข็งและซอกเล็บ เพราะอาจทำให้เกิดบาดแผลและเนื้อเยื่อชอกช้ำได้
- ระวังของร้อน เช่น น้ำร้อน สะเก็ดถ่านกระเด็น โคนเท้า ห้ามใช้กระเป๋าน้ำร้อนหรือขวดใส่น้ำร้อนวางบริเวณเท้า ยกเว้นว่าได้รับคำแนะนำจากแพทย์ในบางกรณี ถ้ารู้สึกเท้าชาห้ามประคบด้วยของร้อนใด ๆ เพราะอาการชาในผู้ป่วยโรคเบาหวานมักเกิดจากการเสื่อมของเส้นประสาท การใช้ความร้อนนอกจากจะไม่ช่วยลดอาการชาแล้ว ยังทำให้เกิดแผลใหม่pongได้ง่าย
- หลีกเลี่ยงการตัด ดึง หรือแกะหนังแข็ง ๆ นูนหรือตาปลา และไม่ควรซื้อยากัดลอกตาปลามาใช้เอง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพราะอาจทำให้เกิดการอักเสบได้
- เมื่อผิวหนังเป็นตุ่มพองขึ้นมา ห้ามเจาะหรือตัด ลอกหนังออกเอง ควรไปพบแพทย์
- ห้ามเดินเท้าเปล่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งบนพื้นที่ยร้อนหรือขรุขระถึงแม้จะอยู่ในบ้าน ก็ควรใส่ถุงเท้าหรือรองเท้าบาง ๆ เพราะอาจเหยียบของมีคมได้ทำให้เกิดแผลที่เท้าได้
- ทุกครั้งที่ออกจากบ้านควรใส่ถุงเท้า และรองเท้าที่เหมาะสมกับเท้า รองเท้าควรสวมได้พอดี ไม่บีบรัดและมีพื้นนุ่ม ไม่หลวมหลุดเวลาเดิน และต้องมีการระบายอากาศและความชื้นได้ดี ก่อนนำรองเท้ามาใส่ควรตรวจดูภายในรองเท้าเพราะอาจมีเศษหิน กรวด ทราย หรือวัตถุใด ๆ ตกค้างอยู่ ควรเคาะรองเท้าก่อนทุกครั้ง หากมีเศษหินหรือวัตถุค้างในรองเท้าจะทำให้เกิดแผลได้ สำหรับรองเท้าใหม่ในวันแรก ๆ ควรใส่เพียงช่วงระยะเวลาสั้น ๆ สลับกับรองเท้าคู่เก่า และเพิ่มเวลาใส่ให้นานขึ้น เพื่อให้รองเท้าค่อย ๆ ขยายปรับตัวเข้ากับเท้าได้ดี
- การเลือกซื้อรองเท้า ต้องเลือกที่สวมใส่สบาย ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการซื้อควรเป็นเวลากลางวัน บ่ายหรือเย็น เพราะช่วงเวลาดังกล่าวเท้าจะขยายตัวเต็มที่ เมื่อนำมาใส่จะไม่รู้สึกแน่น ขนาดรองเท้าควรให้มีขนาดใหญ่กว่าเท้าประมาณ ½-¾ นิ้ว และมีรูปร่าง

เหมือนกับเท้า ทดลองใส่ขยับนิ้วเท้าดูว่าขยับได้หรือไม่ ถ้าขยับไม่ได้แสดงว่ารองเท้าคับไป และควรจะลองใส่ทั้ง 2 ข้าง แล้วเดินไปรอบ ๆ เพื่อให้แน่ใจว่าใส่ได้พอดี ชนิดของรองเท้าควรเป็นรองเท้าผ้าใบสังเคราะห์ รองเท้าผ้าใบ และรองเท้าหนัง ไม่ควรสวมรองเท้าที่ทำด้วยพลาสติก เพราะจะทำให้เกิดความอับชื้นของเท้า

4. การส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้า

- หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง หรือการนั่งยอง ๆ เป็นเวลานาน ๆ เพราะจะทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก

- หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เพราะจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้หลอดเลือดเกิดการตีบแคบเร็วขึ้น

- ในฤดูหนาว ควรสวมถุงเท้าที่ทำด้วยผ้าฝ้าย เพื่อให้เท้าอบอุ่น เพราะอากาศเย็นทำให้หลอดเลือดแดงตีบตัว เลือดไปเลี้ยงบริเวณเท้าลดลง ความอบอุ่นทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัวเลือดไปเลี้ยงเท้าดีขึ้น

- ไม่สวมถุงเท้าที่รัดแน่นเกินไป รั้วกระวังถุงเท้าหรือถุงน่องไม่ให้ขมวดเป็นปมตรงส่วนปลาย เพราะถุงเท้าที่รัดแน่นเกินไปจะขัดขวางการไหลเวียนของเลือด

- ควรนวดนิ้วเท้า ฝ่าเท้า และน่อง หรือบริหารเท้าและขาทุกวัน จะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น โดยปฏิบัติวันละ 1-2 ครั้ง ดังนี้

- 1) เดินเร็ว ๆ หรือวิ่งเหยาะ ๆ วันละ 20-30 นาที

- 2) ยืนตรงเขย่งส้นเท้าขึ้นทั้ง 2 ข้าง นับ 1-2-3 แล้ววางส้นเท้า

ราบลง ทำ 10 ครั้ง

- 3) นั่งลงที่ขอบเตียง หรือเก้าอี้ให้เท้าลอยสูงจากพื้น บิดข้อเท้าไปซ้ายไปข้างซ้ายและขวา 10 ครั้ง บนและล่าง 10 ครั้ง และหมุนปลายเท้าเป็นวง 10 ครั้ง โดยทำทีละข้าง

- 4) นั่งที่ขอบเตียงหรือเก้าอี้ ห้อยเท้าลงตามสบาย ยกขา 2 ข้างขึ้นให้ข้อเท้าเหยียดตรง และข้อเท้าอเป็นมุมฉาก นับ 1-10 แล้วจึงห้อยเท้าลงตามสบาย นับ 1-2-3 แล้วเริ่มยกขาขึ้นอีก ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง

- 5) นอนราบตามสบาย วางมือ 2 ข้าง ขนานกับลำตัว ยกขาขึ้นตั้งฉากกับลำตัว นับ 1-10 แล้ววางขาไปกับพื้นดังเดิม ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง

- 6) นั่งราบกับพื้นขาเหยียดตรงไปข้างหน้า ลำตัวตรง วางมือบนพื้น และแขนแนบกับลำตัวงอปลายเท้าเข้าหาลำตัว นับ 1-10 แล้วเหยียดปลายเท้าไปข้างหน้า นับ 1-10 ทำสลับกันข้างละ 10 ครั้ง

5. การดูแลรักษาบาดแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการลุกลามของแผล

- ถ้ามีแผลเกิดขึ้นเล็กน้อย สำหรับแผลสดควรทำความสะอาดด้วยน้ำต้มสุก หรือล้างด้วยน้ำเกลือ sterile 0.9% และใส่ยาฆ่าเชื้อ โรคที่มีฤทธิ์ไม่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ เช่น น้ำยา

เบตาดีน หลีกเลี่ยงการใช้ยาแดง เมอร์โซ โอลेट ทิงเจอร์ ไอ โอดีน ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ หรือเปราะเปื้อนสิ่งสกปรก

- ถ้าแผลมีการอักเสบลุกลาม ควรไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาทันที
- ลดการลงน้ำหนักที่แผล โดยการนอนพักเฉย ๆ พยายามอย่าเดิน โดยไม่จำเป็น เพื่อไม่ให้เกิดการชอกช้ำของเนื้อเยื่อบริเวณแผล ซึ่งจะทำให้มีการอักเสบหรือติดเชื้อลุกลาม

2.3.5 การดูแลด้านจิตใจ

ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะแรก คือ กลัว ตกใจ สับสน ไม่เชื่อว่า จะรักษาไม่หายจึงเปลี่ยนสถานที่รักษา หรือบางครั้งหยุดการรักษาด้วยแผนปัจจุบัน แล้วไปรักษาด้วยยาหม้อ หรือวิธีอื่น ๆ หรือการเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน จนกลับมารับประทานอาหารในลักษณะเดิม ซึ่งจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรงได้ จนผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต บางรายถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่ จากการศึกษาของวิลาวด์ ผลพลอย (วิลาวด์ ผลพลอย 2539 อ้างถึง ล่ายอง ทับทิมศรี 2541 : 17) เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่าย เพราะอดีตที่จะต้องควบคุมตนเองไปตลอดชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการคุกคามของโรค ทุกข์ทรมานต่ออาการชา เจ็บ และคันที่ขาจนนอนไม่หลับ อายุที่เลียบเท่าคิดเชื่อว่า กลัวผู้อื่นรังเกียจ กลัวถูกตัดขาหรือเป็นแผลที่เท้าและกลัวตาย

จากการศึกษาของ Meninger (1987) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลเรื้อรัง และถูกตัดขาออกไปจำนวน 20 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายจะมีปฏิกิริยาเศร้าโศก เกิดความรู้สึกสูญเสียมา ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์และอัตลักษณ์ ความรู้สึกสูญเสียนี้อาจเป็นเดือน เป็นปี หรือหลาย ๆ ปี ที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์นี้ได้ จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาวะของครอบครัว จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า บางรายอาจมีอัตมโนทัศน์ทางลบจะส่งผลให้อาการของโรคเบาหวานรุนแรงขึ้น และมีความวิตกกังวลกลัวคู่สมรสไม่ยอมรับ และถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง อาจนำไปสู่พฤติกรรมกรรมฆ่าตัวตายได้ (Meninger 1987 อ้างถึง ล่ายอง ทับทิมศรี 2541 : 18)

ความเครียดจากภาวะของโรคเบาหวานดังกล่าว มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ไขมันหรือกลูโคสจะถูกขับออกสู่กระแสเลือด แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะไม่สามารถใช้ประโยชน์จากพลังงานเหล่านี้ได้ เนื่องจากมีความบกพร่องของอินซูลิน จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ทำให้อาการของโรคเบาหวานแย่ลง การจัดการกับความเครียดที่ดีจึงช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เป็นอย่างดี

ดังนั้น สมาชิกในครอบครัว ควรมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วย เพื่อลดความเครียดของผู้ป่วย โดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วย ให้กำลังใจ สนใจดูจากเอาใจใส่สอบถามและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เพื่อเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วย มีจิตใจที่เข้มแข็งเมื่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยเข้มแข็ง ก็จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายให้ดีขึ้นด้วย ทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข (ชันชิตา สุขชม 2547 : 23-24)

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมจิต แซ่จิ่ง (2547) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลราชวิถี มีวัตถุประสงค์เพื่อพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เริ่มรู้ว่าเป็นเบาหวาน การรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วยของร่างกาย วิธีการรักษาของแพทย์ และเจตคติที่มีต่อโรคเบาหวาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เริ่มรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยของร่างกาย และเจตคติที่มีต่อโรคเบาหวาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านอารมณ์ และสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เริ่มรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สภาพที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่เริ่มรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ประสิทธิภาพสิ่งเสพติด และเจตคติที่มีต่อโรคเบาหวาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา สภาพที่อยู่อาศัย ประสิทธิภาพเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ของบุคคลในครอบครัว การได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว การรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วย และเจตคติที่มีต่อโรคเบาหวาน

จันทรา พรหมน้อย (2547) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญทางอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และให้การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย โดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามวัดระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีครอนบาช แอลฟา (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94, 0.95, 0.90 และ 0.91 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านทักษะคิดของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 23.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากผลการศึกษาควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล และเสริมสร้างทักษะคิดในทางบวกต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล

จันทพร ธีรทองดี (2548) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประชากรเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ครอบครัว จัดเป็นกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว และกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว เครื่องมือในการวิจัยคือ โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่สร้างจากแนวคิดของ Gerber (2005) และ Orem (1991) ประกอบด้วยการสร้าง

สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ประเมินผลการทดลองโดยใช้แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของ Rappaport et al (1982) และแบบประเมินการรับรู้ภาวะผู้ดูแลที่ดัดแปลงมาจาก Oberst (1990) ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิระพรรณ สุริยงค์ (2550) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวของภัทรภรณ์ หุ่นปั้นคำและคณะ 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.86 ผลการวิจัยพบว่า 1. คะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวและการติดตามผลทันทีหลังจากจบโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และในระยะติดตามผล 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2. คะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจบ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวทันที และหลังติดตามผลในระยะ 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวสามารถเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

นิชา คำจันทร์ดี (2551) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลเท้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลเท้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประชากรเป็นผู้ที่

เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 353 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เคยเกิดแผลที่เท้าจำนวน 126 ราย และกลุ่มที่ไม่เคยเกิดแผลจำนวน 227 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกผลการตรวจและวินิจฉัย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลเท้า แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว และแบบบันทึกการประเมินสภาพและลักษณะเท้า การไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย และการรับรู้สีกที่เท้า โดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลเท้า แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในพบค่า KR20 เท่ากับ .70 และ .74 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลเท้าระดับไม่ดีทั้งในกลุ่มที่เคยเกิดแผลและกลุ่มที่ไม่เคยเกิดแผล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานทางด้านโภชนาการ ($p=.001$) ปัจจัยเกี่ยวกับเบาหวานด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ($p=.017$) ปัจจัยเกี่ยวกับเท้าด้านการรับรู้สีกของสันประสาทส่วนปลาย ($p=.002$)

คุณหญิง พวงสุมาลย์ (2554) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานใน โรงพยาบาลบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและปัญหาของการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางกรวย ระหว่างปี 2552- 2554 จำนวน 635 คน โดยเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ (Structured Question) แบบมาตรวัด 5 ระดับ (Rating Scale) ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งหมด ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.862 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยควรได้รับแผนการรักษาที่มีประสิทธิภาพจากสถานพยาบาล ร่วมกับการจัดสรรทรัพยากรให้เครือข่ายรวมทั้งการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการติดตามผู้ป่วยและญาติ และองค์ประกอบ 7 มีความสัมพันธ์ใน 26 คุณลักษณะ ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบข้อมูลทางคลินิก การจัดการแบบมีส่วนร่วม การติดตามมาตรฐานวิชาชีพ ต้นทุน ประสิทธิภาพ การสร้างความตระหนักในคุณค่าแห่งตน การดูแลโรคเรื้อรังเชิงระบบ ด้านการดูแลสุขภาพเชิงรุก ปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยเกิดจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวทำให้ขาดความสนใจต่อการดูแลผู้ป่วยระยะยาว การดูแลอย่างเข้มงวด การออกกำลังที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และการจัดระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการต้องรอคอยเป็นเวลานานในการตรวจ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานเป็น โรคเรื้อรังที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ และยังคงเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังที่เกิดอันตรายต่อ

ผู้ป่วย เป้าหมายในการรักษาที่สำคัญที่สุด คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ หรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด เพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้โดยต้องมีการดูแลในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง การออกกำลังกาย การดูแลเท้าที่ถูกต้องเพื่อป้องกันปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับเท้า และการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ เพื่อให้มีชีวิตอย่างปกติสุขและยืนยาว

ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องเผชิญกับอุปสรรคในการควบคุมโรคมากมาย ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ประสบการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม จากการออกกำลังกาย การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดที่ไม่ถูกต้อง พฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง และภาวะเครียดส่งผลกระทบต่อจิตใจ ดังนั้นจึงต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการดูแลด้านจิตใจ คาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้คำปรึกษาหรือจัดบริการให้ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างถูกต้องและเหมาะสม สามารถควบคุมความรุนแรง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างปกติสุข และยืนยาว



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจ เพื่อศึกษาความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาตามขั้นตอนการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มารับการตรวจรักษาที่แผนกคลินิกอายุรกรรมต่อมไร้ท่อ แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2550 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2551

1.2 กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Taro Yamane (1960) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน .05 จากจำนวนประชากรที่มารับการรักษาที่แผนกคลินิกอายุรกรรมต่อมไร้ท่อ แผนกผู้ป่วยนอกประมาณ และแผนกผู้ป่วยในประมาณ 1,000 คน ฉะนั้นต้องใช้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 293 คน เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 255 คนและผู้ป่วยในจำนวน 38 คนโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีผู้ดูแลผู้ป่วยมาด้วย
2. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างที่แผนกคลินิกอายุรกรรมต่อมไร้ท่อ และแผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้

1. จัดเรียงลำดับผู้ป่วยตามใบนัดที่ผู้ป่วยนำมาขึ้นในวันตรวจ
2. สุ่มผู้ป่วยตามใบนัดและทำสัญลักษณ์ไว้
3. แจ้งให้เจ้าหน้าที่ห้องตรวจทราบกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการเก็บข้อมูล

4. ปฏิบัติการเก็บข้อมูลที่ได้ทำสัญลักษณ์ไว้

และมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยใน ดังนี้

1. ศึกษาประวัติผู้ป่วยว่าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

อย่างแท้จริง

2. มีผู้ดูแลที่อยู่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยจริง

3. แจ้งให้เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยทราบ

4. ปฏิบัติการเก็บข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามที่ใช้สอบถามกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ

สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกที่อยู่ด้วยกัน ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้าน

- | | | | |
|---|-------|----|-----|
| 1. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการควบคุมอาหาร | จำนวน | 12 | ข้อ |
| 2. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรับประทานยา | | | |
| ลดระดับน้ำตาลในเลือด | จำนวน | 6 | ข้อ |
| 3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการออกกำลังกาย | จำนวน | 6 | ข้อ |
| 4. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเท้า | จำนวน | 14 | ข้อ |
| 5. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลด้านจิตใจ | จำนวน | 5 | ข้อ |

โดยใช้รูปแบบของมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบ 4 ระดับ และ

กำหนดให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเห็นของตนเอง และ

ข้อคำถามแต่ละข้อกำหนดคะแนนดังนี้

- | | | |
|---|---------|------------------------|
| 4 | หมายถึง | ปฏิบัติทุกวันเป็นประจำ |
| 3 | หมายถึง | ปฏิบัติเกือบทุกวัน |
| 2 | หมายถึง | ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง |

1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามที่ใช้สอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมี 2 ส่วน
ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การได้รับข้อมูลเรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 2 การวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามลักษณะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้าน

- | | |
|---|--------------|
| 1. ความรู้ในเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน | จำนวน 14 ข้อ |
| 2. ความรู้ในเรื่องยาลดระดับน้ำตาลในเลือด | จำนวน 5 ข้อ |
| 3. ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน | จำนวน 5 ข้อ |
| 4. ความรู้ในเรื่องการดูแลเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวาน | จำนวน 12 ข้อ |
| 5. การดูแลด้านจิตใจ | จำนวน 5 ข้อ |

โดยใช้รูปแบบของDichotomous แบบ 2 ระดับ และกำหนดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความรู้ของตนเอง และข้อคำถามแต่ละข้อกำหนดคะแนนดังนี้

1 หมายถึง รู้ โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตอบคำถามได้
ถูกต้อง

0 หมายถึง ไม่รู้ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตอบคำถามผิด

แล้วนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นดังนี้ การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบวัดความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไปปรับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วจึงนำมาคำนวณความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบต่อมไร้ท่อ จำนวน 2 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน

พยาบาลประจำหน่วยงานคลินิกต่อไร้ท่อ จำนวน 1 ท่าน

การหาค่าความเชื่อมั่น โดยการนำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบวัดความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย แล้วจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \sum \frac{si^2}{st^2} \right]$$

โดย α = ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n = จำนวนของข้อความ

$\sum si^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

st^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

และแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .8

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่แผนกคลินิกต่อมไร้ท่อ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย

3.2 เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยพบหัวหน้าพยาบาลคลินิกต่อมไร้ท่อ แผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม และอายุรกรรม จำนวน 6 หอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย และทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามและแบบวัดความรู้ให้หัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยทราบก่อนนำไปทำการเก็บข้อมูล

3.3 ศึกษาประวัติของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด และแจ้งให้พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยกับหัวหน้าแผนกที่จะทำการเก็บข้อมูลทราบ แล้วขอนัดวัน เวลากับผู้ป่วยและญาติเพื่อเก็บข้อมูล

3.4 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันจันทร์และวันพฤหัสบดีที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิก ต่อมาไร้ท่อ โดยแนะนำตัวเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษา โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่แผนกผู้ป่วยใน ผู้วิจัยได้นัดเก็บข้อมูลตามวัน เวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสะดวก

3.5 นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

4.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้การแจกแจงความถี่ เป็นร้อยละ

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้การหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยรวม 1.00 = ไม่มีเลย, 1.01-1.75 = น้อยที่สุด, 1.76-2.50 = น้อย, 2.51-3.25 = ปานกลาง 3.26-4.00 = มาก

4.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้แจกแจงความถี่ เป็นร้อยละ

ส่วนที่ 2 การวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้หาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยรวม 0.00 = ไม่มี, 0.01-0.33 = ต่ำ, 0.34-0.66 = ปานกลาง, 0.67-1.00 = มาก

4.3 หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson product moment correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลความหมาย ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 3 ตอน
ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษา
ที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจที่
แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตอนที่ 3 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับ
การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตอนที่ 6 ผลการทดสอบสมมติฐาน

**ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนก
ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยแจกแจงความถี่เป็น ร้อยละ
และเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตารางที่ 4.1**

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจ
รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตัวแปร	n	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	79	27
หญิง	214	73
	293	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

	ตัวแปร	n	ร้อยละ
2. อายุ	30-40 ปี	14	4.8
	41-50 ปี	181	61.8
	51-60 ปี	65	22.3
	61 ปีขึ้นไป	33	11.3
		293	100
3. สถานภาพสมรส	โสด	14	4.8
	คู่	259	88.4
	หม้าย/หย่า/แยก	20	6.8
		293	100
4. การศึกษาสูงสุด	ไม่ได้เรียนหนังสือ	11	3.4
	ประถมศึกษา	51	17.4
	มัธยมศึกษา	133	45.4
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา	17	5.8
	ปริญญาตรี	78	22.6
	สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.0
		293	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

	ตัวแปร	n	ร้อยละ
5. อาชีพ			
	ว่างงาน	104	35.5
	รับราชการ	53	18.1
	รัฐวิสาหกิจ	22	7.5
	พนักงานบริษัท	35	11.9
	รับจ้างทั่วไป	22	7.5
	ธุรกิจส่วนตัว	16	5.5
	ค้าขาย	32	10.9
	เกษตรกรรม	0	0
	เกษียณอายุ/ข้าราชการบำนาญ	9	3.1
	รวม	293	100
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
	น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	92	31.4
	5,001-10,000 บาทต่อเดือน	95	32.4
	10,001-15,000 บาทต่อเดือน	60	20.5
	มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน	46	15.9
	รวม	293	100
7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว			
	1-2 คน	65	22.5
	3-5 คน	195	66.6
	6 คนขึ้นไป	32	10.9
	รวม	293	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

	ตัวแปร	n	ร้อยละ
8. ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน			
	1-5 ปี	118	40.3
	6-10 ปี	80	27.3
	มากกว่า 10 ปี	94	32.1
	รวม	293	100
9. อาการหรือภาวะแทรกซ้อนของโรค			
	มี	93	31.7
	ไม่มี	200	68.3
	รวม	293	100
9.1 อาการแทรกซ้อนที่เกิด			
	ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	18	6.1
	ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	52	17.7
	ภาวะกรดคั่งในเลือด	5	1.7
	อาการทางตา	33	11.3
	อาการทางโรคหัวใจและหลอดเลือด	11	3.8
	อาการแทรกซ้อนทางไต	4	1.4
	อาการแทรกซ้อนของระบบประสาท	5	1.7
	แผลที่เท้า	12	4.1
	อาการอื่นๆ	0	0
	รวม	140	100
10. ความพิการที่เกิดจากโรค			
	มี	1	0.3
	ไม่มี	292	99.7
	รวม	293	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

	ตัวแปร	n	ร้อยละ
10.1 ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน			
	ตาบอด	0	0
	ถูกตัดขาหรือเท้าจากแผล	0	0
	โรคเบาหวาน	1	0.3
	อัมพฤกษ์หรืออัมพาต	0	0
	อื่น ๆ		
	รวม	1	0.3

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 214 ราย (73%) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยส่วนมาก อยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 181 ราย (61.8%) สถานภาพสมรส คือ สถานภาพคู่ จำนวน 259 ราย (88.4%) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของผู้ป่วย คือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 133 ราย (45.4%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ 189 ราย (64.5%) ส่วนมากรับราชการ 53 ราย (18.1%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท จำนวน 95 (32.4%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ประมาณ 3-5 คน จำนวน 195 ราย (66.6) ระยะเวลาของการเป็นเบาหวานอยู่ในช่วงเฉลี่ย 1-5 ปี จำนวน 118 ราย (40.3%) ผู้ป่วยที่มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีจำนวน 93 ราย (31.7%) โดยส่วนมากมีอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 52 ราย (17.7%) และมีผู้ป่วยที่มีความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน คือ อาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต เพียง 1 ราย (0.3%)

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ
ตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

	ตัวแปร	n	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	108	36.9
	หญิง	185	63.1
	รวม	293	100
2. อายุ	20-29 ปี	112	32.2
	30-39 ปี	75	25.6
	40-49 ปี	46	22.5
	50-59 ปี	30	10.2
	รวม	293	100
3. สถานภาพสมรส	โสด	65	22.2
	คู่	23	76.1
	หม้าย/หย่า/แยก	5	1.7
	รวม	293	100
4. การศึกษาสูงสุด	ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0
	ประถมศึกษา	27	9.2
	มัธยมศึกษา	239	81.8
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา		
	ปริญญาตรี	0	0
	สูงกว่าปริญญาตรี	27	9.2
	รวม	0	0
	รวม	293	100

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

	ตัวแปร	n	ร้อยละ
5. อาชีพ			
	ว่างงาน	0	0
	รับราชการ	10	3.4
	รัฐวิสาหกิจ	12	4.1
	พนักงานบริษัท	97	33.1
	รับจ้างทั่วไป	91	31.1
	ธุรกิจส่วนตัว	2	0.7
	ค้าขาย	81	27.6
	เกษตรกรรม	0	0
	เกษียณอายุ/ข้าราชการบำนาญ	0	0
	รวม	293	100
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
	น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	0	0
	5,001-10,000 บาทต่อเดือน	230	78.5
	10,001-15,000 บาทต่อเดือน	47	16.5
	15,001-20,000 บาทต่อเดือน	11	3.5
	มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	5	1.7
	รวม	293	100
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
	บิดา-มารดา	6	2.0
	คู่สมรส	70	24.4
	บุตร	177	60.4
	หลาน	2	0.7
	พี่น้อง	21	7.2
	ลุง/ป้า/น้า/อา	2	0.7
	อื่นๆ	13	4.4
	รวม	293	100

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

	ตัวแปร	n	ร้อยละ
8. เคยได้รับข้อมูลเรื่อง โรคเบาหวานมาก่อน	ไม่เคย	195	66.6
	เคย	98	33.4
	รวม	293	100

จากตารางที่ 4.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 185 รวม (63.1%) ส่วนอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี จำนวน 112 ราย (38.2%) มีสถานภาพสมรส สถานภาพคู่ จำนวน 223 ราย (76.1%) มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 239 ราย (81.6%) อาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัท จำนวน 97 ราย (33%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 230 ราย (78.5) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ เป็นบุตรของผู้ป่วย จำนวน 177 ราย (60.4%) และยังไม่เคยได้รับข้อมูลเรื่องโรคเบาหวานมาก่อน จำนวน 195 ราย (66.6)

ตอนที่ 3 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 ในรูปค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ทั้งโดยรวมและรายด้าน
 โดยเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตารางที่ 4.3-4.8

ตารางที่ 4.3 ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	n	\bar{X}	S.D.	ระดับแปลผล
1. ด้านการควบคุมอาหาร	293	0.75	0.76	มาก
2. ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด	293	0.71		มาก
3. ด้านการออกกำลังกาย	293			มาก
4. ด้านการดูแลเท้า	293			มาก
5. ด้านดูแลด้านจิตใจ	293			มาก
ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	293	0.72		มาก

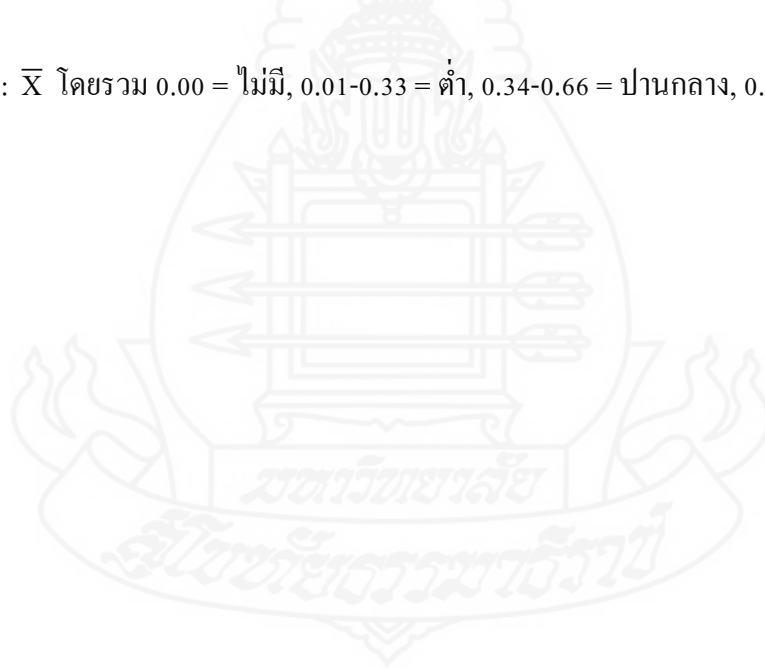
หมายเหตุ : \bar{X} โดยรวม 0.00 = ไม่มี, 0.01-0.33 = ต่ำ, 0.34-0.66 = ปานกลาง, 0.67-1.00 = มาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับที่มีความรู้มาก

4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	n	\bar{X}	S.D.	ระดับแปลผล
1. ด้านการควบคุมอาหาร	293	0.75	0.43	มาก
2. ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด	293	0.71	0.45	มาก
3. ด้านการออกกำลังกาย	293	0.95	0.21	มาก
4. ด้านการดูแลเท้า	293	0.53	0.50	มาก
5. ด้านดูแลด้านจิตใจ	293	0.84	0.37	มาก
ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยรวม	293	0.72	0.45	มาก

หมายเหตุ : \bar{X} โดยรวม 0.00 = ไม่มี, 0.01-0.33 = ต่ำ, 0.34-0.66 = ปานกลาง, 0.67-1.00 = มาก



ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายด้าน ด้านการควบคุมอาหาร

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
1. ด้านการควบคุมอาหาร									
1.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควร รับประทานอาหารให้ตรงเวลา	253	86.35	38	12.97	2	0.68	293	100	1.86
1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควร รับประทานอาหารที่ปรุงจาก น้ำมันพืช ประเภทน้ำมันถั่วเหลือง, น้ำมันรำข้าว	247	84.30	29	9.90	17	5.80	293	100	1.84
1.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควร รับประทานเนื้อสัตว์ติดมันและหนัง	227	77.47	40	13.65	26	8.87	293	100	1.77
*1.4 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรดื่ม น้ำอัลคาไลน์หรือน้ำหวานบ่อย ๆ เพื่อป้องกันอาการน้ำตาลใน เลือดต่ำ	181	61.77	70	23.89	42	14.33	293	100	1.62

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
1.5 ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรดื่มเหล้า เบียร์	241	82.25	36	12.29	16	5.46	293	100	1.82
*1.6 ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถรับประทานผลไม้ทุกชนิดไม่จำกัดจำนวน เช่น ทุเรียน ขนุน มะม่วงสุก เงาะ เป็นต้น	148	50.51	83	28.33	62	21.16	293	100	1.51
1.7 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำจากกะทิ เช่น แกงเจียวหวานไก่ เป็นต้น	249	84.98	30	10.24	14	4.78	293	100	1.85
*1.8 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานอาหารประเภททอดมากกว่าต้ม อย่าง นึ่ง	178	60.75	54	18.43	61	20.82	293	100	1.61

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
1.9 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรดื่ม นมจืดไขมันต่ำมากกว่านมรส ช็อคโกแลต	262	89.42	12	4.10	19	6.48	293	100	1.89
1.10 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ รับประทานอาหารรสเค็มจัด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความดันโลหิตสูง	251	85.67	16	5.46	26	8.87	293	100	1.86
1.11 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรใช้ น้ำตาลเทียมเช่น อีควอล ใส่ใน เครื่องดื่มแทนน้ำตาลทราย	252	86.01	20	6.83	21	7.17	293	100	1.86
1.12 ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถ รับประทานผัก เช่น ผักกาดขาว ผักกวางตุ้ง ได้โดยไม่จำกัด จำนวน	253	86.35	26	8.87	14	4.78	293	100	1.86

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
*1.13 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควร รับประทานขนมหวาน เช่น ทองหยอด ทองหยิบ ฝอยทอง เพื่อป้องกันอาการน้ำตาลใน เลือดต่ำ	208	70.99	57	19.45	28	9.56	293	100	1.71
*1.14 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรอด อาหารเป็นบางมื้อเพื่อควบคุม น้ำตาลในเลือด	147	50.17	53	18.09	93	31.74	293	100	1.50
เฉลี่ย	221	75.43	40	13.65	32	10.92	293	100	1.75
S.D.									0.14

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ด้านการควบคุมอาหารโดยภาพรวม อยู่ในระดับ มาก มีค่าเฉลี่ยที่ 1.75 โดยมีผู้ตอบถูก 221 คน คิดเป็นร้อยละ 75.43 ตอบผิด 40 คน คิดเป็นร้อยละ 13.65 และไม่รู้ 32 คน คิดเป็นร้อยละ 10.92 โดยตอบถูกมากที่สุดเรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรดื่มนมจืดไขมันต่ำ มากกว่านมรสช็อคโกแลต จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 89.42 ค่าเฉลี่ย 1.89 รองลงมาคือ เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานผัก เช่น ผักกาดขาว ผักกวางตุ้ง ได้โดยไม่จำกัดจำนวน จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 86.35 ค่าเฉลี่ย 1.86 เรื่องที่ตอบผิดมากที่สุดคือ เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถรับประทานผลไม้ทุกชนิดไม่ จำกัดจำนวน เช่น ทุเรียน ขนุน มะม่วงสุก เงาะ เป็นต้น จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 28.33 ค่าเฉลี่ย 1.51 และเรื่องที่ตอบไม่รู้มากที่สุดคือ เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรอดอาหารเป็นบางมื้อเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 31.74 ค่าเฉลี่ย 1.50



ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายด้าน ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
2. ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด									
2.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดให้ตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง เช่น ยาก่อนอาหาร ควรรับประทานก่อนอาหาร 30 นาที	268	91.47	10	3.41	15	5.12	293	100	1.91
*2.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดเพิ่ม ถ้าวันไหนมีการรับประทานอาหารมากเกินไป	198	67.58	27	9.22	68	23.21	293	100	1.68

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
*2.3 เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการแทรกซ้อนจากการรับประทานยา เช่น อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรปรับขนาดยาเองเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อน	188	64.16	29	9.90	76	25.94	293	100	1.64
*2.4 ผู้ป่วยโรคเบาหวานถ้าไม่มีอาการผิดปกติใดๆ สามารถหยุดการรับประทานยาเบาหวานได้	194	66.21	20	6.83	79	26.96	293	100	1.66
*2.5 ถ้าผู้ป่วยเบาหวานลืมรับประทานยามื้อใดมื้อหนึ่ง ควรให้รับประทานเพิ่มเป็น 2 เท่าในมื้อต่อไป	199	67.92	26	8.87	68	23.21	293	100	1.68
เฉลี่ย	209	71.33	24	8.19	60	20.48	293	100	1.71
S.D.									0.11

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยที่ 1.71 โดยมีผู้ตอบถูก 209 คน คิดเป็น ร้อยละ 71.33 ตอบผิด 24 คน คิดเป็นร้อยละ 8.19 และไม่รู้ 60 คน คิดเป็นร้อยละ 20.48 โดยตอบถูกมากที่สุดเรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดให้ตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง เช่น ยาก่อนอาหาร ควรรับประทานก่อนอาหาร 30 นาที จำนวน 268 คน คิดเป็นร้อยละ 91.47 ค่าเฉลี่ย 1.91 รองลงมาคือ เรื่อง ถ้าผู้ป่วยเบาหวานลืมรับประทานยามื้อใดมื้อหนึ่ง ควรรับประทานเพิ่มเป็น 2 เท่า ในมื้อต่อไป จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 67.92 ค่าเฉลี่ย 1.68 เรื่องที่ตอบผิดมากที่สุด คือ เรื่อง เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการแทรกซ้อนจากการรับประทานยา เช่น อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรปรับขนาดยาเองเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อน จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 9.90 ค่าเฉลี่ย 1.64 และเรื่องที่ตอบไม่รู้มากที่สุดคือ เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานถ้าไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ สามารถหยุดการรับประทานยาเบาหวานได้ จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 26.96 ค่าเฉลี่ย 1.66



ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายด้าน ด้านการออกกำลังกาย

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
3. ด้านการออกกำลังกาย									
3.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรออก กำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	292	99.66	0	0.00	1	0.34	293	100	2.00
3.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรออก กำลังกาย อย่างต่อเนื่อง 20-30 นาที/ครั้ง	226	77.13	27	9.22	40	13.65	293	100	1.76
3.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรดื่มน้ำ ก่อนออกกำลังกาย เพื่อป้องกัน อาการน้ำตาลในเลือดสูงจากการ สูญเสียน้ำในร่างกายทางเหงื่อ	291	99.32	0	0.00	2	0.68	293	100	2.00
3.4 ก่อนผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกาย ควรมีการเตรียมลูกอมหรือน้ำ ผลไม้ไว้ทุกครั้ง	292	99.66	0	0.00	1	0.34	293	100	2.00

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
3.5 ขณะผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกาย ควรสังเกตอาการผิดปกติอย่างใดบ้าง เช่น หน้ามืด เป็นลม	292	99.66	0	0.00	1	0.34	293	100	2.00
เฉลี่ย	279	95.22	5	1.71	9	3.07	293	100	1.95
S.D.									0.10

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ด้านการออกกำลังกายโดยภาพรวม อยู่ในระดับ มาก มีค่าเฉลี่ยที่ 1.95 โดยมีผู้ตอบถูก 279 คน คิดเป็น ร้อยละ 95.22 ตอบผิด 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.71 และไม่รู้ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.07 โดยตอบถูกมากที่สุดเรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ เรื่อง ก่อนผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายควรมีการเตรียมลูกอมหรือน้ำผลไม้ไว้ทุกครั้ง และเรื่อง ขณะผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายควรสังเกตอาการผิดปกติอย่างใดบ้าง เช่น หน้ามืด เป็นลม จำนวน 292 คน คิดเป็นร้อยละ 99.66 ค่าเฉลี่ย 2.00 เรื่องที่ตอบผิดมากที่สุด คือ เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 20-30 นาที/ครั้ง จำนวน 27 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.22 ค่าเฉลี่ย 1.76 และเรื่องที่ตอบไม่รู้มากที่สุดคือ เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 20-30 นาที/ครั้ง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 13.65 ค่าเฉลี่ย 1.76

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายด้าน ด้านการดูแลเท้า

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
4. ด้านการดูแลเท้า									
4.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียดว่ามีแผล, ตาปลา, หนองนํ้า อย่างน้อยวันละครั้ง	196	66.89	41	13.99	56	19.11	293	100	1.67
4.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรทำความสะอาดเท้าทุกวันด้วยสบู่อ่อน	175	59.73	46	15.70	72	24.57	293	100	1.60
4.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเช็ดผิวหนังให้แห้งหลังการอาบน้ำ	189	64.51	34	11.60	70	23.89	293	100	1.65
4.4 ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผิวหนังแห้งควรทาด้วยโลชั่นบาง ๆ	154	52.56	65	22.18	74	25.26	293	100	1.53
*4.5 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรตัดเล็บเท้าเป็นแนวโค้งตามรูปนิ้วเท้า	168	57.34	84	28.67	41	13.99	293	100	1.57

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
*4.6 ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดตาปลาหรือหนังหนาๆ สามารถใช้มีดตัดตาปลาหรือหนังหนาๆ ได้เอง	149	50.85	84	28.67	60	20.48	293	100	1.51
*4.7 ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดแผลเล็กน้อย สามารถใช้ยาแดงหรือทิงเจอร์ไอโอดีนใส่แผลได้	129	44.03	111	37.88	53	18.09	293	100	1.44
4.8 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรบริหารเท้าทุกวัน	180	61.43	48	16.38	65	22.18	293	100	1.61
*4.9 ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานรู้สึกลูกชาที่เท้าหรือขา สามารถใช้กระเป๋าน้ำร้อนวางที่เท้าหรือขาได้โดยตรง	132	45.05	90	30.72	71	24.23	293	100	1.45
*4.10 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรสวมรองเท้าแตะแบบคิบบ เพื่อให้เท้าไม่อับชื้น	107	36.52	120	40.96	66	22.53	293	100	1.37

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
4.11 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการสังเกตอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า โดยใช้วัสดุปลายมน จุ่มดูปลายมือปลายเท้าว่ามี ความรู้สึกหรือไม่	145	49.49	96	32.76	52	17.75	293	100	1.49
เฉลี่ย	157	53.58	73	24.92	63	21.50	293	100	1.53
S.D.									0.09

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ด้านการดูแลเท้าโดยภาพรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง มีค่าเฉลี่ยที่ 1.53 โดยมีผู้ตอบถูก 157 คน คิดเป็น ร้อยละ 53.88 ตอบผิด 73 คน คิดเป็นร้อยละ 24.92 และไม่รู้ 63 คน คิดเป็นร้อยละ 21.50 โดยตอบถูกมากที่สุดเรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจดูเท้าอย่างละเอียดว่ามีแผล, ตาปลา, หนองน้ำ อย่างน้อยวันละครั้ง จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 66.89 ค่าเฉลี่ย 1.67 รองลงมาคือ เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเช็ดผิวหนังให้แห้งหลัง การอาบน้ำ จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 64.51 ค่าเฉลี่ย 1.65 เรื่องที่ตอบผิดมากที่สุด คือ เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรสวมรองเท้าแบบคิบบ เพื่อให้เท้าไม่ อับชื้น จำนวน 120 คน คิดเป็น ร้อยละ 40.96 ค่าเฉลี่ย 1.37 และเรื่องที่ตอบไม่รู้มากที่สุดคือ เรื่อง ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผิวหนังแห้ง ควรทาด้วยโลชั่นบาง ๆ จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 25.26 ค่าเฉลี่ย 1.53

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายด้าน ด้านการดูแลด้านจิตใจ

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
ด้านการดูแลด้านจิตใจ									
5.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัว เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ เพื่อคลายเครียด	253	86.35	14	4.78	26	8.87	293	100	1.86
5.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวอย่างใกล้ชิด	260	88.74	2	0.68	31	10.58	293	100	1.89
5.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับคำแนะนำและกำลังใจจากครอบครัว	252	86.01	11	3.75	30	10.24	293	100	1.86
*5.4 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรถูกจำกัดกิจกรรมนอกบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น	215	73.38	41	13.99	37	12.63	293	100	1.73

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่รู้		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
5.5 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีเวลาพักผ่อนร่วมกับครอบครัว เช่น พาไปเที่ยวทะเล เป็นต้น	255	87.03	7	2.39	31	10.58	293	100	1.87
เฉลี่ย	247	84.30	15	5.12	31	10.58	293	100	1.84
S.D.									0.06

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ด้านการดูแลด้านจิตใจโดยภาพรวม อยู่ในระดับ มาก มีค่าเฉลี่ยที่ 1.84 โดยมีผู้ตอบถูก 247 คน คิดเป็นร้อยละ 84.30 ตอบผิด 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.12 และไม่รู้ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 10.58 โดยตอบถูกมากที่สุดเรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวอย่างใกล้ชิด จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 88.74 ค่าเฉลี่ย 1.89 รองลงมาคือ เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีเวลาพักผ่อนร่วมกับครอบครัว เช่น พาไปเที่ยวทะเล เป็นต้น จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 87.03 ค่าเฉลี่ย 1.87 เรื่องที่ตอบผิดมากที่สุด คือ เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรถูกจำกัดกิจกรรมนอกบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 73.38 ค่าเฉลี่ย 1.73 และเรื่องที่ตอบไม่รู้มากที่สุดคือ เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรถูกจำกัดกิจกรรมนอกบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 12.63 ค่าเฉลี่ย

1.73

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	n	\bar{X}	S.D.	ระดับแปลผล
2. ด้านการควบคุมอาหาร	293	3.11	0.15	ปานกลาง
3. ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด	293	3.36	0.23	มาก
4. ด้านการออกกำลังกาย	293	2.85	0.22	ปานกลาง
5. ด้านการดูแลเท้า	293	2.96	0.16	ปานกลาง
6. ด้านดูแลด้านจิตใจ	293	2.86	0.27	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในครอบครัวโดยรวม	293	3.03	0.24	ปานกลาง

หมายเหตุ : \bar{X} โดยรวม 1.00 = ไม่มีเลย, 1.01-1.75 = น้อยที่สุด, 1.76-2.50 = น้อย, 2.51-3.25 = ปานกลาง 3.26-4.00 = มาก

จากตารางที่ 4.9 พบว่า การมีส่วนร่วมในครอบครัวโดยรวม มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ส่วนการมีส่วนร่วมรายด้าน ในด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลเท้า และการดูแลด้านจิตใจ มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง และด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด มีส่วนร่วมในระดับมาก

ตารางที่ 4.10 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายด้าน ด้านการควบคุมอาหาร

ตัวแปร	ปฏิบัติ5-7 วัน/สัปดาห์		ปฏิบัติ3-4 วัน/สัปดาห์		ปฏิบัติ1-2 วัน/สัปดาห์		ไม่เคยปฏิบัติเลย		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
1.1	55	18.77	185	63.14	50	17.06	3	1.02	293	100	3.00
1.2	84	28.67	159	54.27	33	11.26	17	5.80	293	100	3.06
1.3	55	18.77	188	64.16	30	10.24	20	6.83	293	100	2.95
1.4	72	24.57	166	56.66	32	10.92	23	7.85	293	100	2.98
*1.5	16	5.46	23	7.85	60	20.48	194	66.21	293	100	3.47
1.6	90	30.72	152	51.88	11	3.75	40	13.65	293	100	3.00
1.7	86	29.35	175	59.73	14	4.78	18	6.14	293	100	3.12
1.8	84	28.67	182	62.12	22	7.51	5	1.71	293	100	3.18
1.9	82	27.99	173	59.04	34	11.60	4	1.37	293	100	3.14
1.10	90	30.72	147	50.17	28	9.56	28	9.56	293	100	3.02
1.11	83	28.33	181	61.77	25	8.53	4	1.37	293	100	3.17
*1.12	30	10.24	37	12.63	43	14.68	183	62.46	293	100	3.29
ค่าเฉลี่ย	69	23.52	147	50.28	32	10.86	45	15.33	293	100	3.11
S.D.											0.15

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ด้านการดูแลด้านการควบคุมอาหาร อยู่ในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.11

ตารางที่ 4.11 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายด้าน ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด

ตัวแปร	ปฏิบัติ5-7 วัน/สัปดาห์		ปฏิบัติ3-4 วัน/สัปดาห์		ปฏิบัติ1-2 วัน/สัปดาห์		ไม่เคยปฏิบัติเลย		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
2.1	201	68.60	63	21.50	12	4.10	17	5.80	293	100	3.53
2.2	206	70.31	54	18.43	16	5.46	17	5.80	293	100	3.53
*2.3	30	10.24	69	23.55	61	20.82	133	45.39	293	100	3.01
*2.4	34	11.60	28	9.56	95	32.42	136	46.42	293	100	3.14
2.5	200	68.26	41	13.99	39	13.31	13	4.44	293	100	3.46
*2.6	22	7.51	13	4.44	58	19.80	200	68.26	293	100	3.49
ค่าเฉลี่ย	116	39.42	45	15.24	47	15.98	86	29.35	293	100	3.36
S.D.											0.23

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 3.36

ตารางที่ 4.12 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายด้าน ด้านการออกกำลังกาย

	ปฏิบัติ5-7 วัน/สัปดาห์		ปฏิบัติ3-4 วัน/สัปดาห์		ปฏิบัติ1-2 วัน/สัปดาห์		ไม่เคยปฏิบัติเลย		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
3.1	93	31.74	112	38.23	68	23.21	20	6.83	293	100	2.95
3.2	96	32.76	75	25.60	98	33.45	24	8.19	293	100	2.83
3.3	75	25.60	76	25.94	84	28.67	58	19.80	293	100	2.57
3.4	78	26.62	81	27.65	80	27.30	54	18.43	293	100	2.62
3.5	118	40.27	125	42.66	27	9.22	23	7.85	293	100	3.15
3.6	105	35.84	98	33.45	75	25.60	15	5.12	293	100	3.00
ค่าเฉลี่ย	94	32.14	95	32.25	72	24.57	32	11.04	293	100	2.85
S.D.											0.22

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.85

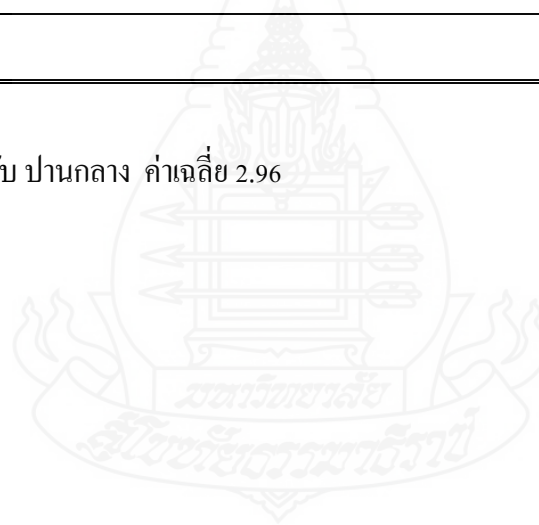
ตารางที่ 4.13 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายด้าน ด้านการดูแลเท้า

	ปฏิบัติ5-7 วัน/สัปดาห์		ปฏิบัติ3-4 วัน/สัปดาห์		ปฏิบัติ1-2 วัน/สัปดาห์		ไม่เคยปฏิบัติเลย		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
4.1	116	39.59	82	27.99	57	19.45	38	12.97	293	100	2.94
4.2	140	47.78	109	37.20	14	4.78	30	10.24	293	100	3.23
4.3	135	46.08	59	20.14	56	19.11	43	14.68	293	100	2.98
4.4	97	33.11	90	30.72	84	28.67	22	7.51	293	100	2.89
4.5	80	27.30	105	35.84	88	30.03	20	6.83	293	100	2.84
*4.6	40	13.65	69	23.55	74	25.26	110	37.54	293	100	2.87
4.7	118	40.27	98	33.45	56	19.11	21	7.17	293	100	3.07
4.8	114	38.91	99	33.79	50	17.06	30	10.24	293	100	3.01
4.9	121	41.30	95	32.42	55	18.77	22	7.51	293	100	3.08
4.10	73	24.91	68	23.21	120	40.96	32	10.92	293	100	2.62
*4.11	46	15.70	52	17.75	85	29.01	110	37.54	293	100	2.88
*4.12	32	10.92	53	18.09	86	29.35	122	41.64	293	100	3.02
*4.13	24	8.19	51	17.41	98	33.45	120	40.96	293	100	3.07

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

	ปฏิบัติ5-7 วัน/สัปดาห์		ปฏิบัติ3-4 วัน/สัปดาห์		ปฏิบัติ1-2 วัน/สัปดาห์		ไม่เคยปฏิบัติเลย		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
*4.14	48	16.38	32	10.92	83	28.33	130	44.37	293	100	3.01
ค่าเฉลี่ย	85	28.86	76	25.89	72	24.52	61	20.72	293	100	2.96
S.D.											0.16

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ด้านการดูแลทำ อยู่ในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.96



ตารางที่ 4.14 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายด้าน การด้านดูแลจิตใจ

	ปฏิบัติ5-7 วัน/สัปดาห์		ปฏิบัติ3-4 วัน/สัปดาห์		ปฏิบัติ1-2 วัน/สัปดาห์		ไม่เคยปฏิบัติเลย		รวม		\bar{X}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
5.1	124	42.32	117	39.93	45	15.36	7	2.39	293	100	3.22
5.2	83	28.33	82	27.99	93	31.74	35	11.95	293	100	2.73
5.3	82	27.99	86	29.35	94	32.08	31	10.58	293	100	2.75
5.4	45	15.36	102	34.81	122	41.64	24	8.19	293	100	2.57
5.5	118	40.27	86	29.35	76	25.94	13	4.44	293	100	3.05
ค่าเฉลี่ย	90	30.85	95	32.29	86	29.35	22	7.51	293	100	2.86
S.D.											0.27

จากตารางที่ 4.14 พบว่า ด้านการดูแลเท้า อยู่ในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.86

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับ
การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2



ตารางที่ 4.15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	การมีส่วนร่วม โดยรวม	การมีส่วนร่วมด้าน อาหาร	การมีส่วนร่วม ด้านยาฯ	การมีส่วนร่วมด้าน การออกกำลังกาย	การมีส่วนร่วม ด้านดูแลเท้า	การมีส่วนร่วม ด้านจิตใจ
ความรู้ผู้ดูแลโดยรวม	.161**	-	-	-	-	-
ความรู้ผู้ดูแลด้านอาหาร		.126**	-	-	-	-
ความรู้ผู้ดูแลด้านยาฯ			.158**	-	-	-
ความรู้ผู้ดูแลด้านการออกกำลังกาย				.113**	-	-
ความรู้ผู้ดูแลด้านเท้า					.122**	-
ความรู้ผู้ดูแลด้านจิตใจ						.127**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวก ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตอนที่ 6 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

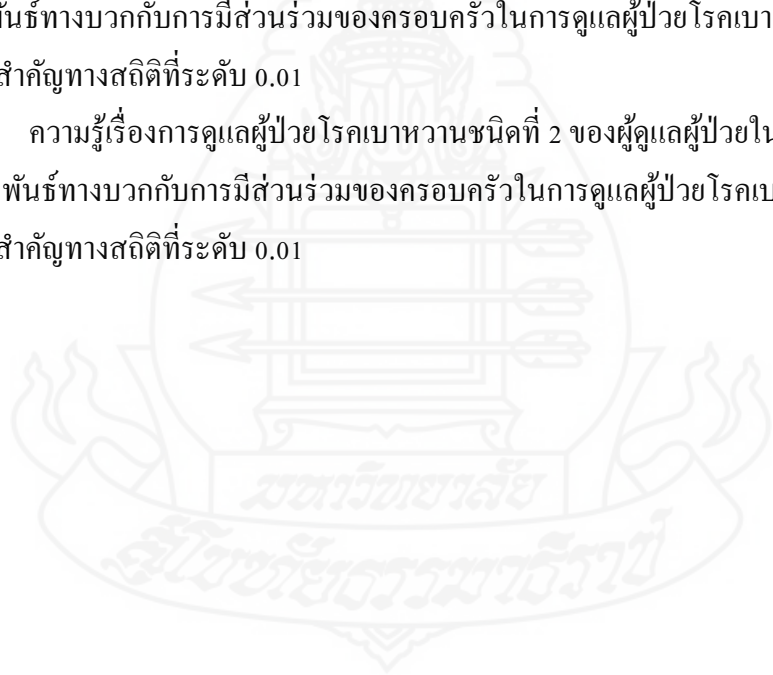
ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการควบคุมอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลเท้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจหาความสัมพันธ์ โดยสรุปดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การดูแลจิตใจ และความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การดูแลจิตใจ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1.2 วิธีการวิจัยโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่เป็น

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 293 คนระหว่างเดือนธันวาคม 2550 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2551 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 2 ชุด คือชุดที่ 1 สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตอบแบบสอบถาม และชุดที่ 2 สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามชุดที่ 1 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .8 และแบบสอบถามชุดที่ 2 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .8 แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งเป็นตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้การแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้การแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ตอนที่ 3 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวใน และหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

1.3 ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 214 ราย (73%) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยส่วนมาก อยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 181 ราย (61.8%) สถานภาพสมรส คือ สถานภาพคู่ จำนวน 259 ราย (88.4%) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของผู้ป่วย คือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 133 ราย (45.4%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 104 ราย (35.5%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท จำนวน 95 (32.4%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ประมาณ 3-5 คน จำนวน 195 ราย (66.6) ระยะเวลาของการเป็นเบาหวานอยู่ในช่วงเฉลี่ย 1-5 ปี จำนวน 118 ราย (40.3%) ผู้ป่วยที่มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีจำนวน 93 ราย (31.7%) โดยส่วนมากมีอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 52 ราย (17.7%) และมีผู้ป่วยที่มีความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน คือ ถูกตัดขาหรือเท้าจากแผลโรคเบาหวานเพียง 1 ราย (0.3%)

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 185 รวม (63.1%) ส่วนอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี จำนวน 112 ราย (38.2%) มีสถานภาพสมรส สถานภาพคู่ จำนวน 223 ราย (76.1%) มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 239 ราย (81.6%) อาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัท จำนวน 97 ราย (33%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 230 ราย (78.5%) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย จำนวน 177 ราย (60.4%) และยังไม่เคยได้รับข้อมูลเรื่องโรคเบาหวานมาก่อน จำนวน 195 ราย (66.6%)

ตอนที่ 3 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมและรายด้านในด้าน การควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และด้านจิตใจอยู่ในระดับที่มีความรู้มาก

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การมีส่วนร่วมในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมและรายด้านในด้าน การควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลเท้า และการดูแลด้านจิตใจ มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ส่วนด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด มีส่วนร่วมในระดับมาก

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความสัมพันธ์

ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวก ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตอนที่ 6 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการควบคุมอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลเท้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายแยกตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และด้านจิตใจจากการวิเคราะห์ข้อมูลตารางที่ 4.3 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับที่มีความรู้มาก ซึ่งมัลลิกา มัตติโก (2540 : 120-121) ได้กล่าวถึงการรับหน้าที่ของครอบครัวในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัวในข้อหนึ่งควรประกอบด้วยว่า ครอบครัวต้องให้ความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งหาความรู้ได้จากแหล่งข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยต่าง ๆ ได้ทั้ง

ทางหนังสือ วิทยุ โทรทัศน์และผู้เชี่ยวชาญ จึงสามารถอธิบายผลการวิเคราะห์ในเรื่องนี้ได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการศึกษาของจินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) พบว่าความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อความสามารถของผู้ดูแล โดยนำญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยทำการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติมีความเข้าใจอาการของผู้ป่วย วิธีการรักษาของแพทย์ ญาติจะลดความรู้สึกกลัวและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง เสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย และจากตารางที่ 4.2 พบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 81.8 ซึ่งทำให้อธิบายได้ว่าสามารถรับรู้และมีความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ในระดับหนึ่งทั้งจากหนังสือ วิทยุ หรือโทรทัศน์

2.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การดูแลด้านจิตใจ จากการวิเคราะห์ข้อมูลตารางที่ 4.4 พบว่าการมีส่วนร่วมในครอบครัวโดยรวมมีระดับปานกลาง ส่วนการมีส่วนร่วมในครอบครัวรายด้าน ในด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด มีส่วนร่วมในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเป็นเพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับรู้ข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษาหรือบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สิ่งสำคัญคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติให้มากที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ซึ่งหลักในการรักษา คือ การควบคุมอาหาร และการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ (เทพ หิมะทองคำ 2548: 82) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลำดับที่ 1 จะมีความรัก ความห่วงใย ช่วยเหลือเกื้อกูล และมีความผูกพันกันร่วมวางแผนดูแลเพื่อการดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการวิเคราะห์ข้อมูลตารางที่ 4.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 60.4 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 63.1 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2548) ได้ศึกษาถึงปัจจัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกครอบครัว ที่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยทั้งทางสายเลือด หรือการสมรส ได้แก่ คู่สมรส บุตรชาย บุตรสาว บุตรสะใภ้ และญาติ นับเป็นบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลกัน ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จะไม่ผลัดภาระในการดูแลให้แก่บุคคลอื่น เนื่องจากถือว่าเป็นความรับผิดชอบ เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ และเมื่อพิจารณาถึงสายสัมพันธ์ในครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสที่เป็นภรรยา และเป็นบุตรสาว ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงถูกสังคมกำหนดให้เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์หน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย และสอดคล้องกับการ

วิจัยของจันทรา พรหมน้อยและคณะ (2547) ได้ศึกษาปัจจัยการทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล สามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 23.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมที่ผู้ดูแลให้คะแนนสูงสุด คือ เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแลเพราะเป็นการทดแทนบุญคุณ ให้ความรัก หรือระลึกถึงความดีที่มีต่อกัน สำหรับโดยภาพรวมระดับทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วม และระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการดูแลด้านจิตใจ มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า ต้องใช้ระยะเวลาในการช่วยเหลือ กำกับดูแลพอสมควร และจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ตารางที่ 4.2) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพ หารายได้เลี้ยงครอบครัวโดยผู้ว่างงานและผู้เกษียณอายุพบร้อยละ 0 และมีสถานภาพผู้ร้อยละ 76.1 จึงทำให้มีเวลาที่จะดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ครอบคลุมได้ทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของคุษฎี พวงสุมาลัย (2554) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พบว่ามี 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ ปัจจัยที่ 1 ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information Factors) ปัจจัยที่ 2 การจัดการแบบมีส่วนร่วม (Participation Management Factors) ปัจจัยที่ 3 ด้านการดูตามมาตรฐานวิชาชีพ (Professional Standardization Factors) ปัจจัยที่ 4 ด้านต้นทุนประสิทธิภาพ (Effective Cost Factors) ปัจจัยที่ 5 ความตระหนักในคุณค่าแห่งตน (Self Awareness Factors) ปัจจัยที่ 6 การดูแลโรคเรื้อรังเชิงระบบ (Chronic care System Factors) ปัจจัยที่ 7 ด้านการดูแลสุขภาพเชิงรุก (Proactive Health Care Factors) ปัญหาอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านครอบครัว มีความสัมพันธ์แบบหลวมในครอบครัวเดี่ยวทำให้ขาดความสนใจ และผูกพันต่อการดูแลผู้ป่วยระยะยาว รองลงมาคือ การปฏิเสธเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีข้อจำกัดในด้านเวลา

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวก ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งอธิบายได้ว่าสภาพสังคมไทยที่ยังให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวเป็นอย่างมาก ซึ่งเมื่อบุคคลมาอยู่รวมกันเป็นครอบครัวแล้วย่อมต้องมีบทบาทหน้าที่ มีความรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์ และต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความห่วงใย ห่วงหาอาทรกัน ดูแลกันเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยก็จะมาช่วยเหลือดูแลกันอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นบทบาทที่ทำให้ครอบครัวดำรงได้อย่างปกติสุข ซึ่งคล้ายกับความคิดเห็นของอมราภรณ์ ผ่างแก้ว ที่ว่าครอบครัวมีความสำคัญในบทบาทการดูแลรักษาผู้ติดสุราเป็นอย่างมากในกรณีที่ผู้ติดสุราเข้ามารับการรักษาใน โรงพยาบาลเป็นครั้งแรกพวกเขาเหล่านี้อาจจะมาด้วยความเต็มใจ ถูกบังคับ หรืออาจถูกตั้งเงื่อนไขบางอย่างจากคนใกล้ชิดและครอบครัว ให้มารับการบำบัดรักษาดอนพิษสุราใน โรงพยาบาล ผู้ติดสุราเองก็ยังคงขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การดำเนินโรค การปฏิบัติตนและขั้นตอนการบำบัดรักษาต่าง ๆ โรงพยาบาลผู้ดูแลประจำตึกจึงจำเป็นต้องให้ความรู้ สอนสุขศึกษาจัดให้มีการเข้ากลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุราซึ่งเป็นกิจกรรมระหว่างวันสำหรับผู้ป่วย และกลุ่มประคับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติในวันศุกร์ทุกสัปดาห์ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เขาสนใจและตั้งใจที่จะร่วมมือในการบำบัดรักษาเป็นอย่างดีและดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่การวางแผนเข้ารับการบำบัดรักษาใน โรงพยาบาล ร่วมตัดสินใจรับผิดชอบวางแผนการบำบัดรักษาร่วมกับทีมผู้บำบัดทำให้ระยะการถอนพิษสุราของผู้ป่วยสั้นลง อาการผู้ป่วยดีขึ้นเร็วเพราะมีกำลังใจมาจากญาติและผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการอยากเลิกสุรามากขึ้น จนถึงการวางแผนจำหน่ายก็ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ญาติจะพยายามมาดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดและยินดีมารับผู้ป่วยกลับด้วยความเต็มใจ (อมราภรณ์ ผ่างแก้ว 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของน้ำทิพย์ แก้ววิจิต และกัลยาณี ท่าจิ้น (2550) เรื่องความรู้และบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพบว่าในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจความรู้ด้านสาเหตุของการเกิดโรคมี่ความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาทด้านการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ความรู้ด้านเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคมี่ความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทด้านการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ

3. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

3.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรมีการกำหนดเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพร่วมกันทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะราย

3.2 จากข้อมูลพบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังมีอาการและอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ ดังนั้นควรเพิ่มกิจกรรมการให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องการทำอาหารเพื่อสุขภาพ การดูแลเท้า และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3.3 ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านจิตใจร่วมด้วยให้มากขึ้น โดยมีการติดตามสอบถามในวันที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษา

3.4 ควรมีการจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ได้มาทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เช่น การจัดกิจกรรมในวันเบาหวาน โรค

4. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

4.1 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อจะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการดูแลในด้านอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย และการดูแลเท้าอย่างแท้จริง รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆในการดูแลผู้ป่วย เพื่อที่พยาบาลหรือนุคลากรทางการแพทย์จะได้วางแผนการรักษาที่เหมาะสมเป็นเฉพาะราย และการควบคุมโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะเป็นการป้องกันอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

4.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันและใช้ค่าผลการตรวจเลือดหา HbA1c ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาร่วมศึกษา เพื่อสามารถทำนายได้ถึงความสำเร็จในการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ดีหรือไม่

4.3 ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยมากกับครอบครัวที่มีส่วนร่วมน้อย

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค (2546) *คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องอาหาร : รู้ทันเบาหวาน* พิมพ์ครั้งที่ 7
กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข
- จันทพร ชีรทองดี (2548) “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ต่อการรับรู้การดูแลของ
ผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่สมอง” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต
พยาบาลศาสตร์ (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จันทรา พรหมน้อย (2547) “ปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุใน
โรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) *สถานะสุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543* กรุงเทพมหานคร
อุทยานพิมพ์
- จีระพรรณ สุริยงค์ (2550) “ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแล
ของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์ (2541) *โรคต่อมไร้ท่อ และเมตาบอลิซึมสำหรับเวชปฏิบัติ 3*
กรุงเทพมหานคร โครงการตำราจุฬาฯ อายุรศาสตร์
- คุษฎี พวงสุมาลย์ (2547) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
โรคเบาหวานในโรงพยาบาลบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี”
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ทัสสนี นุชประยูร และเดศรี ชำนิจารกิจ บรรณาธิการ (2541) “สถิติในวิจัยทางการแพทย์”
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ด่านสุทธาการพิมพ์
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ (2548) *ความรู้เรื่องเบาหวาน* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร
วิทย์พัฒน์
- _____. (2550) *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์* พิมพ์ครั้งที่ 8
กรุงเทพมหานคร วิทย์พัฒน์

- ชิตี สันับสนุนและวิทยา ศรีดามา (2543) “การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน” ในวิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ) “การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน” พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ยูนิตี้พับลิเคชั่น
- นภาพร ประยูรวิวัฒน์ (2548) *ภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์ประสาทและความผิดปกติอื่น ๆ ทางระบบประสาทในผู้ป่วยเบาหวาน* กรุงเทพมหานคร เรียนแสงการพิมพ์
- เบญจมาศ บุญเรืองขาว (2550) “การทำหน้าที่ของครอบครัว และศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ประภัสร์ โสทธิโสภา (2542) “อาหารผู้ป่วยเบาหวาน” ใน สุนิตย์ จันท์ประเสริฐ และสมพงษ์ สุวรรณวัยกร (บรรณาธิการ) (2542). *Diabetic Educator’s Handbook*. กรุงเทพมหานคร เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น
- พวงรัตน์ พรวิริยะทรัพย์ (2543) *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์* กรุงเทพมหานคร สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
- พิกุล เจริญสุข (2549) “ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
- ไพรวรรณ พลวัน (2548) “ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของสมาชิกครอบครัวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของคนพิการ:กรณีศึกษาจังหวัดบุรีรัมย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ภาณุพันธ์ พุฒสุข (2542) “ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตวิทยาศาสตร์ (วิทยาการระบาด) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ภาวนา กิรติยดวงค์ (2544) *การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน : มโนคติสำหรับการดูแล* พิมพ์ครั้งที่ 2 ชลบุรี พี.เพรส
- มยุรี ปัญญาสิม (2551) “ผลของการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- มัลลิกา มัตติโก (2530) “ครอบครัวและการดูแลสุขภาพตนเอง” การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคม วัฒนธรรม ศูนย์นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

- ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์ (2553) “เบาหวานจอตา” *วารสารเบาหวาน* 42, 1 (มกราคม-มิถุนายน) : 15-20
- รัตนาวดี จุละยานนท์ (2545) “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครชัยศรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
- ราชบัณฑิตยสถาน (2525) *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525* พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร อักษรเจริญทัศน์
- ถ้ายอง ทับทิมศรี (2541) “ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลทำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วชิรา โขตามระ (2549) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการฉีกควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลศิริราช” สารนิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาคหกรรมศาสตร์เพื่อชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- วณีย์ ปรีชาอนันต์ (2550) “ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลพนสนิมคม” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- วรรณิ นิธิยานันท์ (2548) “เบาหวานและการออกกกำลังกาย” ใน สุทิน ศรีอัญญาพร และวรรณิ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ) (2548) *โรคเบาหวาน* กรุงเทพมหานคร เรือนแก้วการพิมพ์
- สมจิต แซ่จิ่ง (2547) “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลราชวิถี” วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย (2551) “แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2551” กรุงเทพมหานคร รุ่งศิลป์การพิมพ์
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (2551) *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน* กรุงเทพมหานคร รุ่งศิลป์การพิมพ์
- สาธิต วรรณแสง (2548) *ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน* กรุงเทพมหานคร เรือนแสงการพิมพ์

- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2548) *กระบวนการพยาบาล:ทฤษฎีและการนำไปใช้* พิมพ์ครั้งที่ 15
 สุนทร ตันทนันท์ (2548) “ใส่ใจเท่าก่อน...เพื่อการถูกบั่นขาเบาหวาน”
- สุนทรี นาคะเสถียร (2547) “การติดตามประเมินผลการควบคุมเบาหวาน” ในรัชตะ รัชตะนาวิน
 และธิดา นิงสานนท์ (บรรณาธิการ) *โรคเบาหวาน กรุงเทพมหานคร*
 เรือนแก้วการพิมพ์
- สุภมาส อังศุโชติ (2548) “การพัฒนาเครื่องมือวิจัย” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2*
 หน่วยที่ 6 หน้า 1-61 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา
 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- สุรพร เสียนสลาย (2548) “การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ” ใน *ประมวลสาระ*
ชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2 หน่วยที่ 7 หน้า 63-113 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
 บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- เสาวลักษณ์ บุญโนนแต่ (2547) “ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล
 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์และผลลัพธ์ทางภาวะสุขภาพของ
 ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จังหวัดชัยภูมิ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทคหกรรมศาสตร-
 มหบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- ศรีสมัย วิบูลยานนท์ และวรรณิ นิธิยานันท์ (2548) “อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน” ในสุทิน
 ศรีอัญญาพร และวรรณิ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ) (2548) *โรคเบาหวาน*
 กรุงเทพมหานคร เรือนแก้วการพิมพ์
- ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ (2546) “แปลที่เท่าในผู้ป่วยเบาหวาน”
 กรุงเทพมหานคร เรือนแก้วการพิมพ์
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ขอนแก่นการพิมพ์
- Brown, M.A. “Social Support During Pregnancy : An Unidimensional or Multidimension
 Construct.” *Nursing Research*. 35 (January –February 1986) : 4-9.
- Cohhen, John M. & Uphoff, Norman T (1980) “Participation’s Place in Rural Development :
 Seeking Clarity Through Specificity.” *World Development*.
- Keith, Davis D (1972) *Human Behavior at Work-Human Relations and Organizational*
Behavior Newyork:McGraw-Hill Book.
- Orem, E.D. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. 4th ed.St.Louis: Mosby.

Pender, N.J. (1996) *Health promotion in nursing practice*. 2nd ed. California : Appleton & Lange 275.

White, Alastair (1982) "Why Community Participation? A Discussion of the Argument go, Community Participation : CURRENT Issue and Lesson Learned" United Nations Children's found.

WHO study Group on preventive of diabetes mellitus. (1994). *Preventive of diabetes mellitus*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2004). "Global prevalence of diabetes." *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล





ที่ ศธ 0522.21/ 541

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๒ พฤษภาคม 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย พันตรีหญิงสุนิดา พวงมณี นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา วิชาเอกการพัฒนาคorporateและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2

ในการนี้นักศึกษาจำเป็นจะต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยการใช้แบบสอบถาม ในการถามผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 และผู้ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลของท่าน ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยไม่รบกวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องแต่อย่างใด

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการอนุญาตให้นักศึกษาได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ปรีฉัตร ช้างสิงห์)

รักษาการแทนประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร. 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม



แบบสอบถาม ชุดที่ 1 สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยวิธีให้ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อที่	ข้อคำถามและคำตอบ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
1	เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง					
2	อายุ.....ปี					
3	สถานภาพ () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย/หย่า/แยก					
4	ระดับการศึกษาสูงสุด () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา () 4. ประกาศนียบัตร วิชาชีพ/ อนุปริญญา () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญา ตรี					
5	อาชีพปัจจุบัน () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน () 2. รับราชการ () 3. รัฐวิสาหกิจ () 4. รับจ้างบริษัท/ห้างร้าน/โรงงาน () 5. รับจ้างทั่วไป () 6. ธุรกิจส่วนตัว () 7. ค้าขาย () 8. เกษตรกร () 9. เกษียณอายุ/ข้าราชการบำนาญ					
6	รายได้ของท่าน โดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท					

ข้อที่	ข้อความถามและคำตอบ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
7	จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (รวมผู้ป่วย)คน ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. คู่สมรส <input type="checkbox"/> 2. บุตร จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> 3. หลาน จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> 4. พี่น้อง จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> 5. ลุง ป้า น้า อาหรือญาติอื่น ๆ จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> 6. อยู่คนเดียว					
8	ระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน (ตั้งแต่ท่านเริ่มรู้ว่า เป็นเบาหวานถึงปัจจุบัน).....ปี					
9	ท่านเคยมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) _____ 1. อาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ _____ 2. อาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง _____ 3. อาการภาวะกรดคั่งในเลือด _____ 4. อาการแทรกซ้อนทางตา เช่น ตามัว _____ 5. อาการแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น เส้นเลือดอุดตันที่หัวใจ _____ 6. อาการแทรกซ้อนทางไต เช่น บวม _____ 7. อาการแทรกซ้อนของระบบประสาท เช่น อาการชาที่ปลายเท้า _____ 8. แผลที่เท้า _____ 9. อื่น ๆ ระบุ.....					
10	ท่านมีความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) _____ 1. ตาบอด _____ 2. ถูกตัดเท้าหรือขาจากแผลเบาหวาน _____ 3. อัมพฤกษ์หรืออัมพาต _____ 4. อื่น ๆ ระบุ.....					

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยใช้เครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงความคิดเห็นเดียว

ข้อที่	ข้อความถามและคำตอบ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
1	ด้านการควบคุมอาหาร					
1.1	ดูแลให้ท่านรับประทานอาหารให้ตรงเวลา					
1.2	ดูแลให้ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่มีไขมันหรือมีไขมันดีอยู่น้อยที่สุด					
1.3	ดูแลให้ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม อบ นึ่ง มากกว่าอาหารประเภททอดหรือผัดที่ใช้ไขมันมาก ๆ					
1.4	ดูแลปรุงอาหารให้ท่านรับประทานโดยใช้น้ำมันพืชจากถั่วเหลือง รำข้าว งา แทนน้ำมันหมูและน้ำมันปาล์ม					
*1.5	ดูแลให้ท่านดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมได้ตามความต้องการ					
1.6	ดูแลให้ท่านงดการดื่มสุรา					
1.7	ดูแลให้ท่านดื่มเครื่องใช้น้ำตาลเทียม เช่น อีควอล มากกว่าการใช้น้ำตาลทราย					
1.8	ดูแลให้ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่กะทิ เช่น แกงเขียวหวาน เป็นต้น					
1.9	ดูแลให้ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวานมาก เช่น ทองหยอด ทองหยิบ เป็นต้น					
1.10	ดูแลให้ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานมาก เช่น ทุเรียน ลำไย ขนุน มะม่วงสุก เป็นต้น					
1.11	จัดหาหรือประกอบอาหารประเภทผักให้ท่านรับประทานในแต่ละวัน					
*1.12	ดูแลให้ท่านควบคุมอาหารโดยงดอาหารมีไขมันหรือหนึ่ง					

ข้อที่	ข้อความถามและคำตอบ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
2	ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด					
2.1	ดูแลให้ท่านรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง เช่น ยาก่อนอาหารต้องรับประทานก่อนอาหาร 30 นาที					
2.2	ดูแลให้ท่านรับประทานยาให้ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง					
*2.3	ดูแลท่านโดยลดหรือเพิ่มปริมาณยาเองเมื่อท่านมีอาการน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นหรือลดลงโดยไม่ปรึกษาแพทย์					
*2.4	เมื่อผู้ดูแลลืมให้ท่านรับประทานยาเมื่อใดมือหนึ่งจะให้ท่านรับประทานเป็น 2 เท่าในมือต่อไป					
2.5	ดูแลสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาและรีบปรึกษาแพทย์ทันที					
*2.6	เมื่อท่านมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลให้ท่านหยุดรับประทานยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์					
3	ด้านการออกกำลังกาย					
3.1	ดูแลให้ท่านออกกำลังกาย 3-4 วัน/สัปดาห์					
3.2	ดูแลให้ท่านออกกำลังกายโดยใช้เวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 20-30 นาที/ครั้ง					
3.3	ดูแลให้ท่านดื่มน้ำเปล่าให้เพียงพอก่อนออกกำลังกาย					
3.4	มีการเตรียมลูกอมหรือน้ำผลไม้ไว้ให้ท่านก่อนออกกำลังกายเพื่อป้องกันปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ					
3.5	คอยดูแลและสังเกตอาการผิดปกติขณะท่านออกกำลังกาย เช่น หน้ามืด เจ็บหน้าอก เป็นต้น					
3.6	ดูแลให้ท่านแต่งกายให้เหมาะสมเมื่อออกกำลังกาย เช่น รองเท้า, เสื้อผ้าไม่หลวมหรือคับเกินไป					
4	การดูแลเท้า					
4.1	ดูแลสำรวจเท้าให้ท่านอย่างละเอียดว่ามีแผล, หนองแข็งตาปลาหรือเชื้อรา					
4.2	ดูแลหรือช่วยท่านทำความสะอาดเท้าด้วยสบู่อ่อน					
4.3	ดูแลให้ท่านสวมรองเท้าทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน					
4.4	ดูแลเลือกรองเท้าหุ้มส้นที่ไม่คับหรือหลวมให้ท่านสวมใส่					

ข้อที่	ข้อความถามและคำตอบ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
4.5	ดูแลหรือช่วยตัดเล็บเท้าเป็นแนวตรง					
*4.6	ดูแลทำความสะอาดเล็บ โดยแกะซอกเล็บให้ท่าน					
4.7	ดูแลเท้าของท่านไม่ให้เกิดการอักเสบ เช่น เช็ดให้แห้งเมื่อเท้าเปียก					
4.8	ดูแลหรือช่วยใช้โลชั่นทาผิวเพื่อป้องกันผิวแห้ง					
4.9	ดูแลหรือช่วยท่านบริหารเท้าทุกวัน					
4.10	ช่วยตรวจสอบความรู้สึกของเท้าโดยใช้วัสดุปลายมนจิ้มปลายเท้าเพื่อดูว่าท่านมีความรู้สึกหรือไม่					
*4.11	ดูแลโดยใช้กระเป๋าน้ำร้อนวางบริเวณเท้าหรือขาเมื่อท่านมีอาการชาที่เท้าหรือขา					
*4.12	ดูแลรักษาบาดแผลที่เท้าให้ท่านด้วยตนเองแทนการพาท่านไปพบแพทย์					
*4.13	ดูแลตัดหนังหนาหรือตาปลาที่เท้าของท่านด้วยตนเองแทนการพาท่านไปพบแพทย์					
*4.14	เมื่อมีฝีหรือตุ่มหนองที่เท้าท่านผู้ดูแลใช้เข็มบ่งฝีหรือหนองให้ท่านด้วยตนเองแทนการพาท่านไปพบแพทย์					
5	การดูแลด้านจิตใจ					
5.1	พูดคุย ปลอบใจ ให้กำลังใจ เมื่อท่านรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้กับการรักษา					
5.2	ทำกิจกรรมในเวลาว่างร่วมกัน เช่น พาท่านไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด					
5.3	ดูแลพาท่านไปตรวจหรือพบแพทย์ตามนัด					
5.4	ส่งเสริมให้ท่านทำกิจกรรมส่วนตัวที่ท่านชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ เป็นต้น					
5.5	เมื่อท่านมีอาการแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ดูแลได้ให้การดูแลท่านอย่างใกล้ชิด					

หมายเหตุ * เป็นข้อความด้านล่าง

แบบสอบถาม ชุดที่ 2 สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยใส่เครื่องหมาย ✓ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

ข้อที่	ข้อความถามและคำตอบ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
1	เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง					
2	อายุ.....ปี					
3	สถานภาพ () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย/หย่า/แยก					
4	ระดับการศึกษาสูงสุด () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา () 4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ อนุปริญญา () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี					
5	อาชีพปัจจุบัน () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน () 2. รับราชการ () 3. รัฐวิสาหกิจ () 4. รับจ้างบริษัท/ห้างร้าน/โรงงาน () 5. รับจ้างทั่วไป () 6. ธุรกิจส่วนตัว () 7. ค้าขาย () 8. เกษตรกร () 9. เกษียณอายุ/ข้าราชการบำนาญ					
6	รายได้ของท่านโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท					

ข้อที่	ข้อความถามและคำตอบ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
7	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย () 1. บิดา/มารดา () 2. คู่สมรส () 3. บุตร () 4. หลาน () 5. พี่น้อง () 6. ลูก/ป้า/น้า/อา () 7. อื่น ๆ ระบุ.....					
8	ท่านเคยได้รับข้อมูลเรื่องโรคเบาหวานมาก่อนหรือไม่ () 1. ไม่เคย () 2. เคย					

ส่วนที่ 2 การวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือให้

ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุด โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

ถูก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ผิด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจว่าข้อความนั้นผิด

ไม่รู้ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นผิด

ข้อที่	ข้อความถามและคำตอบ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
1	ด้านการควบคุมอาหาร					
1.1	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา					
1.2	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานอาหารที่ปรุงจากน้ำมันพืชประเภทน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าวมากกว่าน้ำมันปาล์ม น้ำมันหมู					
1.3	ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันและหนัง เช่น เนื้อปลา					
*1.4	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานบ่อย ๆ เพื่อป้องกันอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ					
1.5	ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรดื่มเหล้า เบียร์					

ข้อที่	ข้อความถามและคำตอบ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
*1.6	ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถรับประทานผลไม้ได้ทุกชนิดได้ไม่จำกัดจำนวน เช่น ทูเรียน มะม่วงสุก ขนุน เงาะ เป็นต้น					
1.7	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำจากกะทิ เช่น แกงเขียวหวานไก่ เป็นต้น					
1.8	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานอาหารประเภททอดมากกว่าต้ม อย่าง นึ่ง					
1.9	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรดื่มนมจืดไขมันต่ำมากกว่านมรสช็อกโกแลต นมเปรี้ยว นมรสหวาน					
1.10	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับประทานอาหารที่มีรสเค็มมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง					
1.11	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรใช้น้ำตาลเทียม เช่น อิกวล ใสในเครื่องดื่มแทนน้ำตาลทราย					
1.12	ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถรับประทานผัก เช่น ผักกาดขาว ผักกวางตุ้ง ได้โดยไม่จำกัดจำนวน					
*1.13	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานขนมหวาน เช่น ทองหยอด ทองหยิบ ฟอยทอง เพื่อป้องกันอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ					
*1.14	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรอดอาหารเป็นบางมื้อ โดยเฉพาะมื้อเย็นเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด					
2	ด้านการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด					
2.1	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดให้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง เช่น ยาก่อนอาหาร ควรรับประทานยาก่อนอาหาร 30 นาที					
*2.2	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดเพิ่ม ถ้าวันไหนมีการรับประทานอาหารมากเกินไป					
*2.3	เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการแทรกซ้อนจากการรับประทานยา เช่น อาการน้ำตาลในเลือดต่ำควรปรับขนาดยาเองเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อน					
*2.4	ผู้ป่วยโรคเบาหวานถ้าไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ สามารถหยุดรับประทานยาเบาหวานได้					

ข้อที่	ข้อความถามและคำตอบ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
*2.5	ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานลืมรับประทานยามือใดมือหนึ่งควรให้รับประทานเป็น 2 เท่าในมือต่อไป					
3	ด้านการออกกำลังกาย					
3.1	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรออกกำลังกายให้สม่ำเสมออย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์					
3.2	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 20-30 นาทีต่อครั้ง					
3.3	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรดื่มน้ำก่อนออกกำลังกายเพื่อป้องกันอาการน้ำตาลในเลือดสูงจากการสูญเสียน้ำในร่างกายทางเหงื่อ					
3.4	ก่อนผู้ป่วยโรคเบาหวานออกกำลังกายควรมีการเตรียมลูกอมหรือน้ำผลไม้ไว้ทุกครั้ง					
3.5	ขณะผู้ป่วยโรคเบาหวานออกกำลังกายควรสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด เช่น หน้ามืด เป็นลม					
4	ด้านการดูแลเท้า					
4.1	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง					
4.2	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรทำความสะอาดเท้าทุกวันด้วยสบู่อ่อน					
4.3	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเช็ดผิวหนังให้แห้งหลังการอาบน้ำ					
4.4	ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผิวหนังแห้งควรทาด้วยโลชั่นบาง ๆ ยกเว้น บริเวณซอกนิ้ว					
*4.5	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรตัดเล็บเท้าเป็นแนวโค้งตามรูปนิ้วเท้า					
*4.6	ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดตาปลาหรือหนังหนา ๆ สามารถใช้มีดตัดตาปลาหรือหนังหนา ๆ ได้เอง					
*4.7	ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดบาดแผลเล็กน้อยสามารถใส่ยาแดงหรือทิงเจอร์ไอโอดีนใส่แผลได้					
*4.8	ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดหนองหรือฝีสามารถใช้เข็มบ่งหนองหรือฝีได้เอง					
4.9	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรบริหารเท้าทุกวัน					

ข้อที่	ข้อความถามและคำตอบ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
*4.10	ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานรู้สึกขาที่เท้าหรือขาสามารถ ใช้กระเป๋าน้ำร้อนวางที่เท้าหรือขาได้โดยตรง					
*4.11	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรสวมรองเท้าแตะแบบสลิป เพื่อให้เท้าไม่อับชื้น					
4.12	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการสังเกตอาการชา ตามปลายมือปลายเท้าโดยใช้วัสดุปลายมนจิ้มดู ปลายมือปลายเท้าว่ามีความรู้สึกหรือไม่					
5	ด้านจิตใจ					
5.1	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัว เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ เพื่อคลายเครียด					
5.2	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จาก ครอบครัวอย่างใกล้ชิด					
5.3	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับคำแนะนำและกำลังใจ จากครอบครัว					
*5.4	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรถูกจำกัดกิจกรรมนอกบ้าน เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น หน้ามืด เป็นลม					
5.5	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีเวลาพักผ่อนร่วมกับ ครอบครัว เช่น พาไปเที่ยวทะเล เป็นต้น					

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	พันตรีหญิงสุนิศา พวงมณี
วัน เดือน ปีเกิด	3 เมษายน 2514
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ตำแหน่ง	พยาบาลประจำการ

