

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาถึงวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นดังต่อไปนี้ คือ

1. โรคเบาหวาน
2. วิถีชีวิต
3. การสนับสนุนทางสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคเบาหวาน

1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินซูลินทำให้เมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจนเกินความสามารถที่ไตจะเก็บกักไว้ได้จึงมีการกรองของน้ำตาลในเลือดออกมาทางปัสสาวะ จึงเรียกโรคนี้ว่า “เบาหวาน” (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2539, หน้า 16)

1.2 กลไกการเกิดโรคเบาหวาน

คนปกติเมื่อรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตหรือแป้ง จะถูกย่อยสลายเป็นน้ำตาลกลูโคสในกระเพาะอาหารและดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อใช้เป็นพลังงานของร่างกาย โดยต้องอาศัยฮอร์โมนจากตับอ่อน คือ อินซูลิน เป็นตัวพาน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่เนื้อเยื่อต่างๆของร่างกาย อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่สร้างโดยเบต้าเซลล์ (β cell) ในกลุ่มเซลล์ไอส์เลทออฟแลนเกอร์แฮน (Islet of Langerhan) ของตับอ่อน มีหน้าที่ส่งเสริมการสังเคราะห์สารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน และกรดนิวคลีอิก (nucleic acid) (Luckmann and Sorensen, 1980 อ้างในวัลภา ตันตโยทัย และอดิศัย สงดี, 2532, หน้า 253) ดังนี้

1.2.1 กระตุ้นให้มีการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ของกล้ามเนื้อและไขมัน ปรับอัตราการเผาผลาญสารคาร์โบไฮเดรตภายในเซลล์ ส่งเสริมการเปลี่ยนกลูโคสเป็นไกลโคเจน (glycogen) ยับยั้งการเปลี่ยนไกลโคเจนเป็นกลูโคส และยับยั้งการสร้างกลูโคสจากโปรตีน ขบวนการเหล่านี้จะมีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

1.2.2 ส่งเสริมให้มีการนำกรดอะมิโน (amino acid) ผ่านเข้าสู่เซลล์ กระตุ้นให้มีการสังเคราะห์โปรตีนภายในเนื้อเยื่อ และยับยั้งการสลายของโปรตีน

1.2.3 ส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนกรดไขมันไปเป็นไขมัน ซึ่งจะถูเก็บสะสมไว้ในร่างกายและยับยั้งการสลายของไขมัน

1.2.4 ช่วยให้มีการสังเคราะห์กรดนิวคลีอิก โดยกระตุ้นการสร้าง Adenosine triphosphate (ATP) DNA และ RNA

ปกติร่างกายจะมีการหลั่งอินซูลินวันละประมาณ 50 ยูนิต และมีอินซูลินประมาณ 200 ยูนิต ถูกเก็บไว้ในตับอ่อน ตับอ่อนจะหลั่งอินซูลินออกมาเมื่อถูกกระตุ้น และกลูโคสเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้มีการหลั่งอินซูลิน เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เบต้าเซลล์จะถูกกระตุ้นให้หลั่งอินซูลินเข้ากระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้มีการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์และมีการเปลี่ยนกลูโคสไปเป็นไกลโคเจนมากขึ้น เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง การหลั่งอินซูลินก็จะน้อยลงด้วย

จะเห็นได้ว่า อินซูลินช่วยส่งเสริมกระบวนการลดระดับน้ำตาลในเลือดและยับยั้งกระบวนการ ซึ่งจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เมื่อใดที่ร่างกายมีอินซูลินไม่เพียงพอสำหรับใช้ในกระบวนการเผาผลาญสารอาหาร โดยอาจมีสาเหตุจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลินไม่ได้หรือสร้างได้ไม่เพียงพอหรือเนื่องมาจากความต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้นจากอินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดี ระดับน้ำตาลในเลือดก็จะสูงกว่าปกติ จึงเกิดอาการแสดงของโรคเบาหวาน

1.3 อาการของโรคเบาหวาน

อาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบบ่อยๆ (เทพ หิมะทองคำ, 2540, หน้า 24) คือ

1.3.1 ปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมาก เนื่องจากกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากออกทางปัสสาวะ โดยไต ทำให้น้ำถูกดึงออกมาในปัสสาวะด้วย

1.3.2 คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมาก ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำจึงต้องชดเชยด้วยการดื่มน้ำบ่อยๆ

1.3.3 น้ำหนักลด ผอมลง อ่อนเพลีย เนื่องจากภาวะขาดอินซูลิน ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ร่วมกับภาวะขาดน้ำ ร่างกายจึงนำเอาโปรตีนและไขมันในเนื้อเยื่อมาใช้แทน

1.3.4 หิวบ่อย และรับประทานจุ เนื่องจากร่างกายขาดพลังงานจึงทำให้รู้สึกหิวบ่อย และรับประทานจุ

1.4 สาเหตุของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดขึ้นจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอหรือสร้างไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่ออกฤทธิ์ไม่ได้ดีเท่าที่ควร (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2539 หน้า 17) โดยมีสาเหตุดังนี้

1.4.1 สาเหตุจากพันธุกรรม เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเบาหวานทั้งชนิดพึ่งอินซูลินและไม่พึ่งอินซูลิน

1.4.2 สาเหตุที่ไม่ใช่จากพันธุกรรม ได้แก่ โรคอ้วน ความเครียด เชื้อไวรัส ความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมน การขาดเบต้าเซลล์หรือจำนวนเบต้าเซลล์น้อยลง โรคตับ ยาบางชนิด และการขาดการออกกำลังกาย

1.5 ประเภทของโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งประเภทของโรคเบาหวานไว้ ดังนี้ (WHO, อ้างถึงในบุญทิพย์ สิริรังศรี, 2539, หน้า 21-23)

1.5.1 แบ่งตามลักษณะทางคลินิก (clinic classes)

1.5.1.1 กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานแบ่งเป็น

- โรคเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus, IDDM) สภาพร่างกายผู้ป่วยจะขาดฮอร์โมนอินซูลินอย่างสิ้นเชิง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักจะเป็นมาตั้งแต่กำเนิด โดยได้รับพันธุกรรมดังกล่าวมาจากบิดา มารดา หรือ ญาติร่วมสายโลหิต การรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฉีดฮอร์โมนอินซูลินเป็นประจำ

- โรคเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (Non-insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) มักพบมากในผู้มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบในผู้ที่มีอายุน้อยๆ เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน สาเหตุของเบาหวานชนิดนี้เกิดจากร่างกายสร้างฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ หรือตอบสนองต่อฮอร์โมนนี้ไม่เต็มที่ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด

เพิ่มสูงขึ้นกว่าปกติ อาการจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทันรู้ตัวว่าเป็นโรคเบาหวาน จนกระทั่งเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นมา การรักษาเพียงการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องจะสามารถช่วยบรรเทาอาการลงได้โดยไม่ต้องพึ่งการฉีดฮอร์โมนอินซูลิน

1.5.1.2 กลุ่มที่มีความทนต่อกลูโคสเสื่อม (Impaired glucose tolerance, IGI)

1.5.1.3 เบาหวานในหญิงมีครรภ์ (Gestational diabetes mellitus, GDM)

1.5.2 แบ่งตามสถิติที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (statistical risk classes)

1.5.2.1 ผู้เคยมีความทนต่อกลูโคสผิดปกติมาก่อน (previous abnormality of glucose tolerance, Prev.AGT)

1.5.2.2 ผู้ที่มีแนวโน้มจะมีความทนต่อกลูโคสผิดปกติ (potential abnormality of glucose tolerance, Pot.AGT)

การศึกษาครั้งนี้จะศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงขึ้นและพบปัญหาเรื่องโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นในปัจจุบันจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้

1.6 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จัดเป็นเรื่องสำคัญที่สุด เพราะเป็นเหตุที่ทำอันตรายผู้ป่วยทำให้ทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ง่าย ฉะนั้น ถ้าเราทราบถึงการเกิดและอันตรายอันเนื่องมาจากโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จะส่งผลให้การเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และช่วยให้อันตรายและความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวลดลงไปได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานนั้นจากการศึกษาของ เอลเลนเบอร์กและริฟกิน (Ellenberg and Rifkin 1983 : 407) พบว่า พยาธิสภาพของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นหากปล่อยไว้นานโดยไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลไม่ถูกต้อง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะรวดเร็วและรุนแรงมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแบ่งไว้ 2 ประเภท คือ

1.6.1 ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นรวดเร็ว ได้แก่

1.6.1.1 ภาวะติดเชื้อ (infection) เมื่อร่างกายเกิดน้ำตาลในเลือด

(hyperglycemia)จะมีผลให้ระบบต่อต้านเชื้อโรคลดลง ภาวะที่ไวต่อการติดเชื้อได้แก่ ผิวหนัง ปอด กรวยไต และกระเพาะปัสสาวะ ในสมัยที่ยังไม่มียาปฏิชีวนะผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานต้องเสียชีวิต เนื่องจากการติดเชื้อ ร้อยละ 30 แต่หลังจากปี พ.ศ. 2497 มียาฆ่าเชื้อชนิดแรกได้ผลิตออกมาใช้ โรคติดเชื้อไม่ว่าจะพบในคนที่ เป็นโรคเบาหวานหรือไม่ ได้ลดลงกว่าร้อยละ 5 การติดเชื้อทำให้เกิด ความเครียดที่ส่งผลให้มีการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ซึ่งเป็นเหตุให้ระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มขึ้น และอาการกำเริบจนถึง คีโตนัส และหมดสติได้ง่าย ร่างกายจึงต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้น แม้ในรายที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินมาก่อนอาจต้องให้ฉีดอินซูลินด้วยในระยะนี้ บริเวณที่พบการติดเชื้อบ่อยคือ ผิวหนัง เชื้อโรคที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ มีดังนี้

- การติดเชื้อรา เชื้อราทำให้เกิดโรคผิวหนังที่พบบ่อยที่สุดทั้งในเพศหญิงและเพศชาย มักเป็นบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ รอบทวารหนัก มุมปาก ใต้รักแร้ ขาหนีบ ฝ่ามือ และตามข้อพับของแขน ขา เนื่องจากเป็นที่อับชื้น อุ่น มีเหงื่อออกมาก มีการเสียดสีซึ่งจะช่วยให้ ผิวหนังเปื่อย เชื้อราเจริญได้ดี ทำให้บริเวณนั้นเป็นผื่น บวม เป็นตุ่มหนองที่ขอบ ๆ ทำให้รู้สึกคัน และเจ็บมาก ในเพศหญิงเชื้อราแคนดิดา (candida)จะทำให้เกิดการอักเสบในช่องคลอด

- การติดเชื้อแบคทีเรีย (bacteria) ทำให้เกิดฝี และแผลพุพองที่พบได้บ่อย ๆ ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน มักเกิดจากการติดเชื้อสแตปฟีโลค็อกไก (staphylococci) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่ เพราะจะลุกลามไปอย่างรวดเร็วจนถึงกับเป็นฝีฝีกบว หรือ เท้าเน่าดำได้ แผลที่รักษาหายยากจึงเป็นสัญลักษณ์ที่สำคัญของโรคเบาหวานอย่างหนึ่ง แผลกดทับที่เกิดจากการนอนทับบริเวณก้นมักจะทำให้ผิวหนังเน่าดำ กลายเป็นแผลลามกว้าง หรือกินลึกลงไป ภายใน จัดอยู่ในแผลหายยากเนื่องจากได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอ

- การเกิดเม็ดโคร ไบโอสิส ไลปิดดำ ไคอะบิติสซิม (macro biosis lypida diabetism) เป็นโรคที่พบได้ในเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่านั้น แต่ไม่พบบ่อย มักเป็นที่ หน้าแข้ง โคนขา ตามลำตัว บริเวณหน้า ผิวหนังจะหนาใสเหมือนกระเบื้องเคลือบ มีสีแดง น้ำตาล หรือเหลือง มีขอบเขตชัดเจนเป็นรูปกลม ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1-3 มิลลิเมตร เนื่องมาจากการเสื่อมของเยื่อเกี่ยวพันบริเวณผิวหนังมีอาการคันเล็กน้อย เมื่อเกาทำให้เกิดการติดเชื้อเป็นหนอง และแผลใหญ่ได้ การรักษาที่ได้ผลคือ การฉีดสารละลายคอร์ติโซน (cortisone) ในบริเวณที่เริ่มเป็นใหม่ ๆ

- การเกิดเซนโรมา ไคอะบิติสซิม (sentroma diabetism) เนื่องจากมีไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยจะมีตุ่มไขมันเล็ก ๆ ขนาดเม็ดถั่ว สีเหลืองของไขมันทำให้เห็นสีเหลืองปน

ชมพูกากมายที่บริเวณลำตัว ก้น ข้อศอก เข่า มือ และเท้า มีอาการเจ็บ ๆ คัน ๆ เล็กน้อย ตุ่มเหล่านี้จะหายไปเมื่อโรคเบาหวานได้เข้ารับการรักษา และไขมันในเลือดลดลง

1.6.1.2 โรคปวดข้อ โรคข้อบางชนิดที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สำคัญคือ โรคเก๊าท์ โรคกระดูกสึกกร่อน โรคข้อสลาย และโรคข้ออักเสบอื่น ๆ

- โรคเก๊าท์ เกิดจากกรดยูริกรวมตัวกับโซเดียมในร่างกาย เป็นเกลือโซเดียมยูเรทไปเกาะ หรือตกตะกอนตามข้อต่างๆ ทำให้อักเสบ และปวดบวม จากสถิติ ถ้ากรดยูริกสูงกว่า 9 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์เมื่อใด โอกาสจะเกิด โรคเก๊าท์มีถึงร้อยละ 90 ข้ออักเสบที่พบบ่อย คือ ข้อนิ้วหัวแม่เท้า ร้อยละ 50-70 นอกจากนั้นยังพบที่ข้อนิ้วมือ ข้อเท้า ข้อศอก และไหล่

- โรคข้อเสื่อม (degenerative joint disease) โรคข้อชนิดนี้มักเกิดกับ ผู้สูงอายุอันเป็นการเสื่อมของกระดูกตามสภาพร่างกาย เนื่องจากใช้งานมานาน และจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนร่างกายรวมทั้งกรรมพันธุ์ สำหรับผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานจะพบเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนปกติ เนื่องจากคนที่เป็นโรคเบาหวานมักจะอ้วน ยิ่งอ้วนมาก ทำให้กระดูก และข้อสึกหรอได้ง่าย เวลาเคลื่อนไหวจะทำให้เจ็บปวด และถ้าเกิดการอักเสบร่วมด้วยจะเกิดน้ำในข้อ

- โรคข้อสลายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes Neuroartropathy) มักจะพบในคนที่เป็นโรคเบาหวานมานาน และไม่ได้รับการรักษาดีพอ จึงเกิดโรคแทรกซ้อน คือ ปลายประสาทอักเสบทำให้เท้าไม่ค่อยมีความรู้สึก ข้อต่าง ๆ หมดความรู้สึกต่อแรงกระทบ ถ้าข้อเหล่านั้นรับน้ำหนักหรือแรงกระแทกมากเกินไปข้อจะแตก ทำให้ผิดรูปร่างไป ส่วนมากพบที่เท้า ข้อเท้า และข้อเข่า

1.6.1.3 วัณโรค จากการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้ภาพถ่ายรังสี (X-Ray) ปอดของผู้ป่วยวัณโรค พบว่ามีร้อยละ 4 ของผู้ป่วยวัณโรค ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วยและเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักลดลงหรือต้องการอินซูลินมากขึ้นโดยหาสาเหตุไม่ได้ ควรคำนึงถึงการเกิดวัณโรคด้วย

1.6.1.4 โรคระบบขับถ่ายปัสสาวะ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบการเกิดโรคของระบบขับถ่ายปัสสาวะได้บ่อย 2 – 3 เท่าของคนปกติ เพราะปัสสาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีน้ำตาล ทำให้เชื้อโรคเจริญได้ดี การอักเสบเกิดขึ้นตั้งแต่หลอดปัสสาวะ ท่อไต และกรวยไต ผลการตรวจพบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า เป็นโรคไตอักเสบ ร้อยละ 18 – 22 ส่วนในคนปกติพบเพียงร้อยละ 3 – 4

1.6.1.5 ภาวะไม่รู้สีกตัวจากน้ำตาลในเลือดสูงแต่ไม่พบสารคีโตนในเลือด (Hyperosmolar Nonketotic Hyperglycemic Coma : HNHCC) ความผิดปกติชนิดนี้ มักพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และมีการติดเชื้อเฉียบพลันด้วย ก่อนหมดสติผู้ป่วยจะมีอาการแสดงล่วงหน้า คือ หิว กระหายน้ำ ถ่ายปัสสาวะมาก ตรวจพบน้ำตาลในเลือดและในปัสสาวะสูง ชาติโซเดียมในเลือดลดลงเล็กน้อย การรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้รักษายาก แม้จะรักษาด้วยการให้น้ำเกลือก็ช่วยชีวิตได้เพียงร้อยละ 60 เท่านั้น

1.6.1.6 ภาวะไม่รู้สีกตัวจากน้ำตาลในเลือดสูงแต่พบสารคีโตนคั่งในร่างกาย มักเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน แต่อาจเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีหรือเกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรงได้ด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำ หายใจหอบลึก หายใจมีกลิ่นฉุน คลื่นไส้อาเจียน ซึม หมดสติ ไม่รู้สีกตัว (coma) ในที่สุดภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 74)

1.6.1.7 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลต่ำกว่าปกติ คือ ต่ำกว่า 50 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิลิตร สาเหตุอาจเกิดจากการรับประทานยามากกว่าที่ควรได้รับ หรือการรับประทานอาหารน้อยลง หรือการใช้แรงงานที่มากกว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มึนงง ไม่รู้สีกตัวจนสิ้นสติ

1.6.2 ภาวะแทรกซ้อนประเภทเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนประเภทนี้ เป็นผลที่เกิดจากพยาธิสภาพของการตีบตันของเส้นเลือดจากการที่สารไขมันที่เรียกว่า โคเลสเตอรอล ไปเกาะผนังเส้นเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยกว่าปกติ ซึ่งก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ ไต ตา และระบบประสาทต่าง ๆ จากพยาธิสภาพของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ก่อให้เกิดอันตรายของโรคเบาหวานได้ดังนี้ คือ

1.6.2.1 อันตรายต่อหัวใจรวมทั้งหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดหัวใจวายได้ ซึ่งพบได้เป็น 2 เท่าของคนปกติ นอกจากนี้การตีบตันของเส้นเลือดหัวใจ จากกระบวนการเกาะตัวของไขมันตามผนังเส้นเลือด (atherosclerosis) หัวใจมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผู้ป่วยจะมีการเจ็บบริเวณหน้าอก (angina pectoria) ได้

1.6.2.2 อันตรายต่อไต (diabetes nephropathy) จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพหลอดเลือดที่ไตทำให้ขับสารโปรตีนออกมาในปัสสาวะพบสารโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) และเกิดการคั่งของสารพวกไนโตรเจนในเลือด (blood urea nitrogen) และครีเอตินิน (Creatinin) ทำให้เกิดภาวะไตวายได้ในที่สุด และพบมากกว่าคนปกติประมาณ 17 เท่า

1.6.2.3 อินทรายต้อตา (diabetes retinopathy) จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหลอดเลือดจะทำให้เกิดการทำลายจอรับภาพ และการเสื่อมของเลนส์ตาเร็วขึ้น จนเกิดความเสี่ยงแรงถึงตาบอดได้มากกว่าคนปกติถึง 20 เท่า

1.6.2.4 อินทรายต้อระบบประสาท (diabetes neuropathy) อินทรายต้อระบบประสาทนี้แบ่งออกได้ 3 ชนิด ตามการทำงานของระบบประสาท คือ

(1) ระบบประสาทที่ได้รับความรู้สึก (sensory nerve) จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดพยาธิสภาพโดยมีอาการชาตามอวัยวะส่วนปลาย เช่น ปลายมือ ปลายเท้า ประกอบกับการที่เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ น้อยลง เมื่อเกิดบาดแผลขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะรู้สึกว่าเป็นไม่มาก ทำให้ขาดการเอาใจใส่เท่าที่ควร หรือดูแลไม่ถูกต้อง แผลลุกลามรวดเร็ว และ รุนแรงจนต้องตัดนิ้วหรือขาทิ้งในที่สุด พบมากกว่าคนปกติ 6 – 8 เท่า

(2) ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nerve) ทำให้การควบคุมของอวัยวะส่วนนั้นบกพร่องไป ที่พบมาก คือ ระบบประสาทในการควบคุมการขับปัสสาวะ สำหรับระบบประสาทสั่งงาน (motor nerve) พบได้น้อยมาก มักเกิดกับกล้ามเนื้อเล็ก ๆ บริเวณข้อมือและข้อเท้า เกิดการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อ มีอาการมือเท้าตก (foot drop) หรือ การอ่อนแรงของแขนขาได้

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดอินทรายต้อสุขภาพอย่างมาก ทั้งทางร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยครอบครัว และสังคม ถึงแม้โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนบางอย่างที่เกิดขึ้นได้ โดยการควบคุมอาหาร การชั่งยาลดระดับน้ำตาล การออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย ดังนั้นการสอนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (สมจิตร หนูเจริญกุล , 2530, หน้า 269)

1.7 การรักษาโรคเบาหวาน (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2546, หน้า 74)

เป้าหมายในการรักษาเบาหวาน ก็เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด รวมถึงการป้องกันและชะลอโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา โดยให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความผิดปกติของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้นแนวทางในการรักษาโรคเบาหวานจึงต้องให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมควบคู่ไปกับการให้ยาตามความจำเป็น ผู้ป่วยจึงต้องดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังต้องเรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถทำได้หลายวิธี คือ

1.7.1 การรักษาด้วยยา

1.7.1.1 การรักษาด้วยยาฉีด มียาเพียงชนิดเดียว คือ อินซูลิน ซึ่งสกัดจากตับอ่อนของหมูและวัว แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยถึงชนิดและขนาดของอินซูลินที่ให้กับผู้ป่วย

1.7.1.2 การรักษาโรคเบาหวานด้วยยาเม็ดรับประทาน ปี พ.ศ. 2530 สมาคมโรคเบาหวานในสหรัฐอเมริการายงานว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 30 ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทานและในปี พ.ศ. 2514 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 ใน 3 ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน ยาเม็ดรับประทานที่ใช้รักษาโรคเบาหวานที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน แบ่งออกได้ 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

(1) พวกซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea) ยานี้ออกฤทธิ์กระตุ้นเบต้าเซลล์ของตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมา ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยที่เริ่มเป็นเมื่ออายุ 40 ปี ขึ้นไป ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี ร่างกายต้องการอินซูลินน้อยกว่า 40 ยูนิตต่อวัน ยานี้ยังลดการหลังกลูคากอน (glucagon) ลดการสร้างกลูโคสที่ตับ และเพิ่มปริมาณตัวรับอินซูลินที่ผนังเซลล์ด้วย สกิลล์แมน (Skillman 1981 : 361) อ้างใน) กล่าวว่า ยา กลุ่มนี้ออกฤทธิ์ที่เนื้อเยื่อต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อ ไขมัน และ ตับ ได้ดี เมื่อผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อต้องปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะได้รับการเพิ่มหรือลดยา การเจ็บป่วยทำให้ต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้น

ยากลุ่มนี้ได้แก่ ทอลบูตาไมด์ (Tolbutamide) หรือ คลอโปรปาไมด์ (Chlopropamide) อะเซตาเฮกซาไมด์ (Acetahexamide) ผลข้างเคียงของยา อาจมีอาเจียน แน่นท้อง อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เป็นผื่นคันตามผิวหนัง พิษของยาบางส่วนเกิดที่ตับทำให้ตับเสื่อมหน้าที่เกิดภาวะดีซ่าน และทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตั้งครรภ์ได้รับยากลุ่มนี้ทารกที่คลอดออกมาอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เนื่องจากยากลุ่มนี้สามารถผ่านมดลูกไปยังทารกในครรภ์ได้ดี ดังนั้นเพื่อความปลอดภัย จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ซัลโฟนิลยูเรียในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตั้งครรภ์

(2) ยากลุ่มเฟนเอธิล ไบแก้วไนล์ (Phenethy Biguaides) ยากลุ่มนี้ใช้ได้ดีสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อายุยังน้อย ซึ่งการรักษาด้วยยาซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea) ไม่ได้ผล ยานี้ช่วยลดน้ำหนักทำให้ระดับโคเลสเตอรอล (closterol) และไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride)

ในเลือดลดลง ด้วยการออกฤทธิ์โดยเพิ่มการใช้กลูโคส ลดการดูดซึมของกลูโคสจากทางเดินอาหาร แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยถึงชนิด และขนาดยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับ การเพิ่มและลดขนาดของยาต้องสัมพันธ์กับภาวะของโรค ถึงแม้การใช้ยาจะอยู่ในการดูแลของแพทย์ แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาที่รับประทาน การออกฤทธิ์ของยาจะต้องสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร หรือการใช้งานของร่างกาย ถ้าไม่ได้สัดส่วนกันจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจทำให้หมดสติ ยาประเภทนี้ ได้แก่ เฟรนฟอร์มิน (Phrenformin) เมทฟอร์มิน (Metformin)

(3) กลุ่มยาซัลฟาพิริมิดีน (Sulfonylmedine) สังเคราะห์ขึ้นในปี พ.ศ. 2507 และมีผู้ลองนำมาใช้รักษาโรคเบาหวานในคนได้ผลดี แต่ไม่เหนือกว่าทอลบูตาไมด์ (Tolbutamide) ใดๆ นอกจากนี้นี่ยังมียาอื่นอีกหลายตัวซึ่งมีฤทธิ์ในการลดน้ำตาลในเลือด โดยกลไกการออกฤทธิ์นั้นยังไม่ทราบแน่นอน

อันตรายจากการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน มีดังนี้

(1) การใช้ยาเกินขนาดอาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ หมดสติ และเสียชีวิตได้ง่ายหลังจากรับประทานยา เมื่อมีอาการใจสั่น มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด แน่นหน้าอก ควรรับประทานของหวานทันที การเพิ่มขนาดยาที่สามารถรักษาระดับน้ำตาลได้ผลดีแล้ว ยังเพิ่มขนาดยาต่อไปอีก จะไม่สามารถเพิ่มสมรรถภาพของยาให้มากขึ้นตามขนาดที่เพิ่มขึ้น แต่อาจเกิดเป็นพิษได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง

(2) การใช้ยาผิดเวลา กล่าวว่ายามีแต่ละชนิดแตกต่างกัน เวลาเริ่มออกฤทธิ์และออกฤทธิ์สูงสุดไม่เท่ากัน เพราะฉะนั้นเมื่อเห็นคนอื่นรับประทานยาจะขี้มยาหรือแลกเปลี่ยนกันไม่ได้ ผู้ป่วยควรรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตามแพทย์สั่ง ควรรับประทานยาก่อนอาหารเข้าประมาณ 30 นาที เพราะยาออกฤทธิ์ได้ดี เพื่อให้ยาดูดซึมเข้ากระแสเลือดได้พอดีกับกลูโคสในเลือดสูงขึ้นจากการรับประทานอาหาร มิฉะนั้นจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ข้อสำคัญต้องควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัวไปด้วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรหยุดยาและปรึกษาแพทย์ (สุนทร ตันตพันธ์, 2532, หน้า 14)

(3) อันตรายจากการใช้ยาอื่น ๆ ร่วมในการรักษา เช่น การใช้สมุนไพรบางชนิด อาจช่วยเสริมฤทธิ์ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าระดับปกติได้ ดังนั้นเมื่อไปพบแพทย์ตามนัด ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับยาอื่น ๆ ที่รับประทานอาหารร่วมกับยารักษาโรคเบาหวาน การใช้ยาต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ ตับ ไต ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

1.7.2 การควบคุมอาหาร (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2546, หน้า 75)

ในสมัยโบราณการรักษาโรคเบาหวานมีอยู่วิธีเดียวเท่านั้น คือ การจำกัดอาหาร ซึ่งเริ่มใช้รักษาโดยแพทย์ชาวอังกฤษ เมื่อเกือบ 200 ปีก่อน โดยการอดอาหารและการจำกัดอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต ทำให้อัตราตายของผู้ป่วยลดลงเป็นอันมากและเมื่อถึงยุคอินซูลิน สถิติการตายของผู้ป่วยยิ่งน้อยลงไปอีก แต่การควบคุมอาหารยังเป็นหัวใจของการควบคุมโรคเบาหวานอยู่ เพราะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้ถึงร้อยละ 50 ตรงข้ามกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ควบคุมอาหารโรคจะกำเริบขึ้น เมื่อรับประทานอาหารที่มีน้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์สามารถช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลง เป็นการป้องกันการเกิดหลอดเลือดตีบแข็ง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานด้วย และก่อให้เกิดโรคหัวใจ โรคตา โรคไต แผลเน่าเปื่อย ความดันโลหิตสูง หลักสำคัญในการควบคุมอาหารมีดังนี้

(1) การรับประทานอาหารให้มีจำนวนและสัดส่วนที่พอเหมาะแก่ความต้องการของร่างกาย อาหารที่บริโภคแต่ละวันควรพอเพียงสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรจำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรตเพียงวันละ 150 – 200 กรัม และเพิ่มอาหารโปรตีนให้มากขึ้นเพื่อชดเชยส่วนไขมันควรเพิ่มเพียงเล็กน้อย และควรเป็นไขมันพืช (ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว) เพื่อให้ได้กรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ซึ่งจะช่วยลดโคเลสเตอรอลในเลือด ควรรับประทานผักมาก ๆ เพื่อช่วยไม่ให้หิวบ่อย ได้วิตามินและเกลือแร่ และควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา

(2) การควบคุมน้ำหนักของร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สิ่งที่ต้องระวังคือ ข้าวกับน้ำตาล แม้จะเป็นอาหารคาร์โบไฮเดรตเหมือนกัน แต่ข้าวจะค่อย ๆ ถูกย่อยและดูดซึมเป็นน้ำตาลในกระแสเลือดช้ากว่าการรับประทานน้ำตาล จึงไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากทันทีเกินขีดกักกันของไต ทำให้น้ำตาลล้นออกมาในปัสสาวะ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรรับประทานของหวานและน้ำตาล น้ำหวาน พลังงานอาหารควรเป็นพลังงานจากโปรตีน 20 -25 เปอร์เซ็นต์ คาร์โบไฮเดรต 40- 50 เปอร์เซ็นต์ อาหารคาร์โบไฮเดรตและโปรตีน 1 กรัม ให้พลังงาน 4 แคลอรี อาหารไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 แคลอรี

อาหารที่พึงละเว้น เพราะมีคาร์โบไฮเดรตมาก มีดังนี้

- ของหวานจัดทุกชนิด เช่น น้ำตาล น้ำหวาน น้ำเชื่อม น้ำผึ้ง
- ขนมหวานจัดทุกชนิด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา กลิ้ว

เชื่อม ลูกตาลเชื่อม และขนมเค้ก

- ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน มะขามหวาน กลิ้ว น้อยหน่า ขนุน

องุ่น ลูกเกด และผลไม้กระป๋อง เช่น เงาะกระป๋อง ลำไยกระป๋อง ลิ้นจี่กระป๋อง

สำหรับอาหารต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ไม่ได้ห้ามเด็ดขาด จะรับประทานบ้างเป็นครั้งคราวก็ได้ แต่ไม่ควรรับประทานมากเกินไป และเมื่อรับประทานแล้วต้องลดข้าวลง ถ้าอยากรับประทานของหวาน ๆ ควรใส่น้ำตาลเทียม โดยสารพวกนี้จะไม่ถูกเผาผลาญในร่างกายและไม่ให้พลังงาน แต่อย่าใช้มากเกินไปเพราะมีรายงานว่าในการทดลองให้สัตว์กินขนาดมาก ๆ จะทำให้เกิดเป็นมะเร็งได้ ต้องระลึกเสมอว่า แม้จะให้ลดคาร์โบไฮเดรตลง แต่รับประทานน้อยกว่า 100 กรัมไม่ได้ เพราะจะทำให้เกิดภาวะกรดมาก เนื่องจากไม่ได้คู่กับการเผาไหม้ไขมัน แต่ไม่ควรรับประทานมากกว่า 250 กรัม เพราะจะเกินความสามารถของร่างกายที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะใช้ได้หมด จึงเป็นเหตุให้น้ำตาลในเลือดสูง มีข้อพึงสังเกต คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะแรกมักจะอ้วน และหลักในการให้อาหารแก่คนอ้วนก็คือให้ได้รับปริมาณแคลอรีตามน้ำหนักที่ควรจะเป็นจริง ไม่ใช่ น้ำหนักที่ชั่งได้ ส่วนคนผอมจะต้องรับประทานให้มาก บุคคลที่รักษาด้วยการควบคุมอาหารแต่เพียงอย่างเดียวอาจแบ่งเป็นอาหารมื้อใหญ่ 3 มื้อ คือ เช้า เที่ยง เย็น และมื้อย่อยๆ 1-2 มื้อ คือ อาหารว่าง ตอนบ่าย และก่อนนอน บุคคลที่ได้รับการฉีดอินซูลินในกลุ่ม Intermediate Acting Insulin เช่น Neutral Protamine Hagedon Insulin ควรได้รับอาหารอย่างน้อย 4 – 5 มื้อ มื้อใหญ่ 3 มื้อ และแบ่งอาหารเป็นมื้อย่อย ตอนบ่าย และก่อนนอน 2 มื้อ ถ้าผู้ป่วยออกกำลังกายมากกว่าปกติในวันใด และใกล้กับอาหารมื้อใด อาจเพิ่มอาหารแบ่งได้อีก โดยรับประทานก่อนหน้าออกกำลังกาย

1.7.3 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีผลต่อความสมดุลของแหล่งพลังงานในร่างกาย กล้ามเนื้อทำงานได้โดยอาศัยพลังงานจากไกลโคเจน ที่กล้ามเนื้อเก็บสะสมไว้ รวมทั้งกลูโคสและกรดไขมัน (free fatty acid) ในกระแสเลือด การใช้พลังงานเหล่านี้จะมีขั้นตอนเป็นลำดับ เมื่อเริ่มออกกำลังกาย กล้ามเนื้อจะใช้ไกลโคเจนที่สะสมก่อน เมื่อการออกกำลังกายดำเนินต่อไปจะมีการใช้กลูโคสและกรดไขมันในเลือดแทน ที่ย่าสุดกรดไขมันจะเป็นแหล่งพลังงานสำคัญ (Vranic and Berger, 1979)

จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสได้มากขึ้น เนื่องจากมีการหลั่ง muscular activity factor (MAF) และ nonsuppressible – insulin like activity (NSILA) จากกล้ามเนื้อที่ออกกำลัง insulin receptor ทั่วต่อกลูโคสมากขึ้น เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ระดับแคลเซียมในเซลล์สูงขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนที่ออกกำลังเพิ่มมากขึ้นร่วมกับหลอดเลือดฝอยขยายตัวในระหว่างออกกำลังกาย จะทำให้อินซูลินไปสู่กล้ามเนื้ออย่างเพียงพอ แม้ว่าระดับอินซูลินในกระแสเลือดจะต่ำก็ตาม (Koivisto, 1981)

การออกกำลังกาย มีประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพร่างกายและจิตใจ ช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ให้มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ภาวะคือต่ออินซูลินที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดการออกกำลังกาย ความเสื่อมของสมรรถภาพมวลและกำลังกล้ามเนื้อสามารถป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีแนวโน้มว่าการคงสมรรถภาพร่างกายที่ดี จะชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังทางหลอดเลือดของโรคเบาหวาน และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2546, หน้า 85)

1.7.4 การมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ด ควรมีการตรวจติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความเหมาะสมในแต่ละบุคคล การติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังการรักษา ทำให้สามารถประเมินได้ชัดเจนว่าการรักษามีประสิทธิภาพและประสพผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันขึ้นอยู่กับอาหาร และกิจกรรมการออกกำลังกาย การติดตามผลเท่านี้ที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ (สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2546, หน้า 155)

จะเห็นได้ว่า นอกจากแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาจะได้ทราบอาการและสามารถประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว ผู้ป่วยเองยังสามารถพูดคุยซักถามความก้าวหน้าในการรักษาจากแพทย์ได้อีกทางหนึ่ง ซึ่งจะเป็นการเพิ่มศักยภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยได้

การที่ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ หรือใกล้เคียงปกติจึงต้องอาศัยรูปแบบการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นการเข้าใจวิถีชีวิตในเรื่อง การกิน การอยู่และการปฏิบัติในชีวิตประจำวันเป็นสิ่งสมควรให้ความสำคัญควบคู่ไปกับการรักษาเพื่อช่วยให้แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจและให้การรักษาช่วยเหลือส่งเสริมผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับความต้องการและตรงตามสภาพความเป็นอยู่อย่างแท้จริง

2. วิถีชีวิต (Life Style or Style of life)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่าวิถีชีวิตไว้ว่า หมายถึง นิสัยหรือแบบแผนของการดำเนินชีวิตที่มีความคงที่ภายใน ซึ่งสะท้อนทัศนคติและค่านิยมของบุคคลหรือวัฒนธรรมทั้งในเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณี ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ค่านิยมทางสังคม และองค์ทางสังคม (WHO,1981)

Pender (Pender , 1996 : 66-73) กล่าวถึง วิธีชีวิตว่าหมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรค และ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่สนับสนุนซึ่งกันและกันในการก่อให้เกิดวิถีชีวิตที่มีสุขภาพที่ดี พฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง แนวโน้มของการคงสภาพของมนุษย์ โดยมุ่งลดโอกาสที่จะเจ็บป่วย น้อยลง สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการเสริมสร้างความรับผิดชอบ และเพิ่มศักยภาพให้กับประชาชน ทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคม ในการดูแลสุขภาพตนเองให้ สมบูรณ์แข็งแรง โดยเฉพาะการเสริมสร้างสุขภาพและปรับเปลี่ยนลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะ การดำเนินชีวิตของประชาชนเพิ่มศักยภาพของประชาชนให้สามารถควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพ ของตนเองให้ดีขึ้น

วิถีชีวิต จึงเป็นการแสดงพฤติกรรมต่างๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ เป็นนิสัยซึ่งสะท้อนทัศนคติ และวัฒนธรรมของบุคคล เป็นเอกลักษณ์ของบุคคลในเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ การดูแลสุขภาพของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมด้วยเช่นกัน ปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้ง ภายในและภายนอกตัวบุคคลทั้งที่สังเกตได้และไม่ได้ ซึ่งจะต่างกันไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรม โดย ได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลในครอบครัว รวมทั้งสถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ ในอดีต ดังนั้นพฤติกรรมภายนอกเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก วัดได้ และสังเกตได้ ส่วน พฤติกรรมภายในเป็นพฤติกรรมที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสม และสั่งการ ทั้งที่ เป็นรูปธรรมและนามธรรม

ระบบความคิดความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เชื่อมโยงจนส่งผล ต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็น ระบบความคิด ความเชื่อ ตามแนวคิดทางมานุษยวิทยา ดังที่จะนำเสนอต่อไปนี้

2.1 ระบบความคิดความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพตามแนวคิดทางมานุษยวิทยา

ความเชื่อ คือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมี เหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความ โน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น (จรรยา สุวรรณทัต, 2534, หน้า 814) ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มิอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ เมื่อมนุษย์มี ความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลปฏิบัติตามความเชื่อนั้น โดยที่รู้ตัว หรือไม่รู้ ก็ได้ และความเชื่อในสิ่งเหล่านั้นไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป หรือ ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือ สมมติฐานซึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผล ก็ได้ (Rokeach, 1974 :112)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนามาจากความคิดของ Kurt Lewin ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้นเพราะบุคคลมีความเชื่อว่า

- (1) ตนเป็นผู้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- (2) โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
- (3) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ หรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนทางจิตสังคม เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล

2.2 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคระดับบุคคล พฤติกรรมการทดสอบสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนทั้งพฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีสถานะพลังงาน ที่มีแนวคิดว่าคุณค่าของบุคคลมีขอบเขตหรืออาณาเขตของตนเอง ที่ภายในบริเวณมีเขตคุณค่าทางบวกและคุณค่าทางลบ และเขตเป็นกลาง เมื่อนำมาประยุกต์กับปัญหาสุขภาพ โรคภัยไข้เจ็บจึงถือว่าเป็นบริเวณลบที่บุคคลพยายามเคลื่อนตัวออกมา ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จจะเคลื่อนลึกเข้าไปในบริเวณลบมากขึ้น ดังนั้นพฤติกรรมต่างๆของบุคคลที่เขาได้ให้คุณค่าตามความคาดหวังว่าเป็นการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพจึงถูกกระทำขึ้นเพื่อดึงบุคคลกลับเข้าหาตัวบริเวณบวก

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ จัดเป็นพฤติกรรมกระตุ้นใจภายใต้เงื่อนไขที่ยังขาดความแน่นอน โดยถูกกำหนดด้วยหลักการ 2 ประการ ในความพยายามหาภาวะความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมคือ

2.2.1 การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงที่จะได้รับ ซึ่งถูกกำหนดโดยการรับรู้โอกาสที่จะเจ็บป่วย อันตรายของโรค และผลที่ตามมาจากการประสบกับโรคนั้น เช่น พิจารณาการตาย มีผลต่อการทำงาน ชีวิตครอบครัว ความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นๆ เป็นต้น

2.2.2 การประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับ หักลบกับอุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีตัวชี้แนะการกระทำ (cues to action) 2 ประเภท คือ

- (1) ตัวชี้แนะภายใน ได้แก่การรับรู้สภาวะทางร่างกาย

(2) ตัวชี้แนะภายนอก ได้แก่การปะทะสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และผลจาก

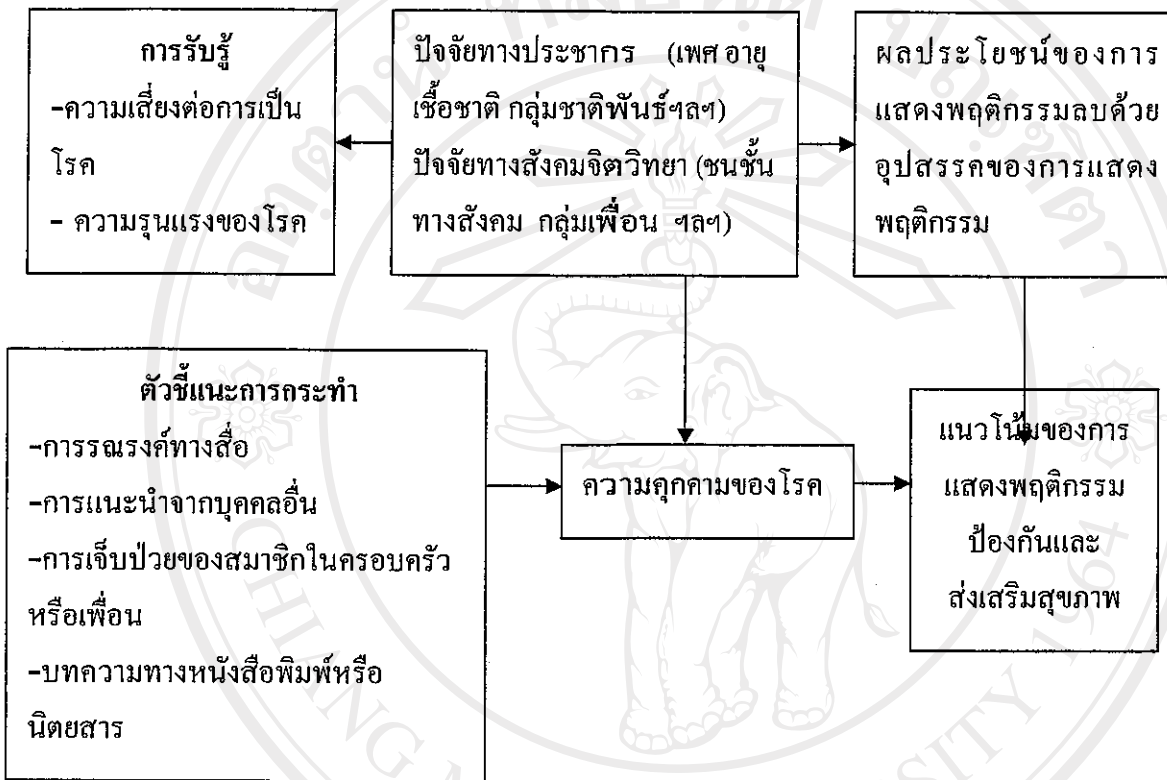
การสื่อสาร

ปัจจัยเหล่านี้ทำหน้าที่ชี้แนะหรือเหนี่ยวนำให้แสดงการกระทำ การรับรู้ผลได้ในการแสดงพฤติกรรมมากกว่าผลเสีย ทำให้ทราบแนวทางเลือกแสดงการกระทำ แต่ยังมีปัจจัยเรื่องความเข้มของตัวชี้แนะที่ต้องมากพอที่จะทำให้เกิดการกระทำ ได้แก่ การรับรู้ในเรื่องโอกาสการเป็นโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ดังนั้น ในการหาภาวะความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมเกิดจากสิ่งต่อไปนี้

- ความสนใจ ห่วงใยสุขภาพ
- การตระหนักว่าตนอยู่ในข่ายของการเป็นโรค
- การตระหนักถึงความรุนแรงของโรค
- ความคุ้มค่าของพฤติกรรมและการปฏิบัติ
- ความเห็นของคนรอบข้าง สถานการณ์สิ่งแวดล้อม

แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ
 ที่มา (มัลลิกา มัตติโก, 2534, หน้า 48)



3. การสนับสนุนทางสังคม (social support)

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมมนุษย์ การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์

ทฤษฎีตัวกันชน (the buffer theory) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกันรักษาภาวะเจ็บป่วย เป็นตัวแทน ทำหน้าที่เหมือนตัวกันชนรองรับสถานการณ์เครียดที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพของบุคคล และเป็นแหล่งประโยชน์ในการต้านทานความเครียด

แคปแลน (Caplan, 1981, pp. 413-420) มองการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นแหล่งประโยชน์และแหล่งต้านทานความเครียดด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น ทำให้ภาวะวิกฤตลดความรุนแรงลง ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับความรู้สึกผาสุก

แคปแลนให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่า หมายถึงรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์เครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นกระบวนการที่ได้จากแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ ทั้งด้านการเงิน สิ่งของ รวมทั้งการให้บริการต่างๆ จะทำให้เกิดการผสมผสานกันระหว่างศักยภาพในการเผชิญปัญหาและความสำเร็จในการเผชิญปัญหาระยะยาวซึ่งแคปแลนเรียกว่าความชำนาญหรือสมรรถภาพในการเผชิญปัญหา (mastery of stress) บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความชำนาญหรือสมรรถภาพในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

เฮาส์ (House, 1981, pp. 13-23) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อใจไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดตัดสินใจซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นความมีคุณค่า การให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัตถุสิ่งของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

การสนับสนุนทางสังคม จึงหมายถึงการที่บุคคลได้รับกิจกรรม หรือ พฤติกรรมการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในข่ายสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย เป็นการให้ความช่วยเหลือ เช่น การให้สิ่งของ หรือการช่วยเหลือโดยตรง รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสาร และเวลา อาจเป็นในรูปแบบของคำแนะนำชี้แจง หรือกำลังใจเพื่อที่จะนำไปแก้ปัญหา การยืนยันและรับรองพฤติกรรม เป็นการ

แสดงออกถึงความเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ความผูกพัน ทางอารมณ์ และความคิด เช่นการยอมรับ หรือการเคารพรัก การให้ความช่วยเหลือ หรือให้ความรู้สึกว่ามีบุคคลที่พึ่งพาได้ อาจเป็นในรูปของคำแนะนำชี้แจงหรือกำลังใจ เพื่อที่จะนำไปแก้ปัญหาการให้ความรักใคร่ผูกพัน ใกล้ชิด จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ปลอดภัยอบอุ่น ส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว การให้ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม พฤติกรรมที่ต้องดูแลรับผิดชอบ เช่น การที่ผู้ใหญ่ต้องให้การสนับสนุนเลี้ยงดูแก่บุตรหลาน ความรู้สึกนี้จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของคนอื่น เป็นที่พึ่งพาได้ การได้รับการยอมรับ เมื่อบุคคลสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่นบทบาทในครอบครัว บทบาทในอาชีพ จะก่อให้เกิดความเชื่อมั่น หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆ ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอเหมาะสม จะช่วยให้บุคคลสามารถลดความเครียด และช่วยให้บุคคลแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้มีผู้ทำการศึกษาในแง่มุมที่แตกต่างกัน สรุปได้ดังนี้

ในด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน นันทพร ศรีสุทษะ (2544) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องวิถีชีวิตชุมชนกับการเกิดโรคเบาหวาน กรณีศึกษาชุมชนบ้านจิว ตำบลสมัย อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง พบว่าปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานของชุมชนบ้านจิว ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาชีพ ทำให้มีฐานะความเป็นอยู่ดีขึ้น มีรายได้ซื้อหาความสะดวกสบาย ซื้อสิ่งของอุปโภคบริโภคต่าง ๆ มากขึ้น ระดับการศึกษาที่น้อยทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันโรค เพศชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย และปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ก่านิยม ความเชื่อ ซึ่งเป็นผลจากการถ่ายทอดความรู้ การเรียนรู้ การเลียนแบบ ปัจจัยเหล่านี้ เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

บุศรา เกิดพึ่งบุญประษา (2534) ได้ศึกษาแนวคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี จำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ป่วยทุกคนมีแนวความคิดอธิบายโรคในด้านสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรง การรักษาและการประเมินผลการรักษาอยู่บนพื้นฐานความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก

วิถีชีวิตกับปัจจัยการเกิดโรคเบาหวาน: จากการศึกษาของนันทพร ศรีสุทธะ (2544) มีการบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต ที่มีสัดส่วนของแป้งสูง รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์มากขึ้น อาหารที่มีกากใยน้อยลง การประกอบอาหารจะมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบในการปรุงรส นอกจากนี้ มีการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ มีการออกกำลังกายน้อย กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันมีการเคลื่อนไหวน้อยลง คนในชุมชนส่วนใหญ่มีความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียดที่ไม่ถูกต้อง วิถีชีวิตเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานของชุมชนบ้านจัว

ซึ่งในการศึกษาของกัญญารัตน์ สรณรินทร์(2540) พบว่าปัจจัยในด้านอายุ น้ำหนักตัวและระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน มีผลต่อระดับความรุนแรงของโรคเบาหวาน แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างจากการศึกษาของศิริพร ปาระมะ (2545) ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลลี จังหวัดลำพูน จำนวน 150 คน ผลการวิจัยพบว่า อายุและระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จตุรงค์ ประดิษฐ์(2540) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 248 คน ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วม (ปัจจัยทางสังคม) อยู่ในระดับสูง ทุกด้าน และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาล จึงควรทำความเข้าใจระบบความคิดและความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลก่อน เพื่อที่จะดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมกับ

พยาธิสภาพและวิถีชีวิตของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมส่งเสริม
พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืนต่อไป



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

