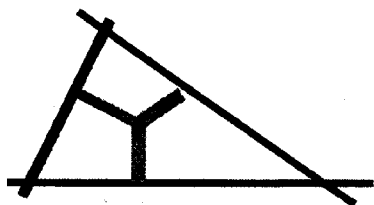


พฤติกรรมของผู้ดูแลกับการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ
ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

(Care-taker behavior and Glycemic control of elderly
Non-Insulin Dependent diabetic patients ,
Amphur Khaowong , Kalasin Province.)

นายสมยศ ศรีจรรย์
นางสาววารี สุดกรยุทธ์
นางอรวลิน เถาว์ชาลี
นางวิจิตา อิทธิรมา
นายมีฤทธิ์ ศรีประไหม



งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พฤติกรรมของผู้ดูแลกับการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ
ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

(Care-taker behavior and Glycemic control of elderly
Non-Insulin Dependent diabetic patients ,
Amphur Khaowong , Kalasin Province.)

คณะผู้วิจัยประกอบด้วย

นายสมยศ ศรีจารนัย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาวง
นางสาววารี สุดกรยุทธ	ทันตแพทย์ 6
นางอรवलีน เถาว์ชาลี	พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
นางวิจิตา ธีธรรมา	พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว
นายมีฤทธิ์ ศรีประไหม	พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานห้องบัตร

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะอาจารย์ในโครงการสนับสนุนทางวิชาการด้านวิจัยเพื่อพัฒนาระบบ
สาธารณสุขพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (นสวพ.) ที่สนับสนุนและช่วยเหลือให้คำแนะนำต่างๆในงาน
วิจัยนี้มาโดยตลอด

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงกาญจนา จันทร์สูง และนายแพทย์ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล อาจารย์ภาควิชา
อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผศ.ดร.บัญญัติ แก้วส่อง อาจารย์ภาควิชาสังคม
ศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงานวิจัย
ครั้งนี้

ขอขอบคุณแพทย์หญิงสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล ภาควิชาจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ช่วยใน
การหาข้อมูลการจัดทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียด ขอขอบคุณนายแพทย์ดำรง รัสสีจรัส จักษุ
แพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ให้ความช่วยเหลือในการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนทางตาในกลุ่มผู้ป่วยเบา
หวานสูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ขอขอบคุณแพทย์หญิงสุวิมล เลื่องวัฒนาวิช รัสสีแพทย์ โรงพยาบาล
ขอนแก่น ที่ช่วยในการอ่านฟิล์มรังสีปอดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ และขอขอบคุณนายแพทย์ทวีชัย สิริ
เทพประดิษฐ์ อายุรแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ช่วยในการแปลผลการตรวจวัดคลื่นหัวใจ (EKG) ของ
ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ขอขอบคุณ ผศ.บัณฑิต ถิ่นคำรพ อาจารย์ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ คุณนันทนา สุขมา นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาชีวสถิติและประชากร
ศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย
โปรแกรมคอมพิวเตอร์

ขอขอบคุณคุณจันทนา ศรีจารนัย ที่ให้คำแนะนำในการเขียนรายงานการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณคุณสุนันทา ศรีประทุม และคุณศรีสุตา เศษฤทธิ์ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเขาวงที่มี
ส่วนช่วยในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

ขอขอบคุณคุณสิริลักษณ์ คำสุข เจ้าหน้าที่หน่วยระบาดวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับที่ปรึกษาและ นสวพ.

ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในหมู่บ้าน ได้แก่ อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอเขาวง และ ประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล

ท้ายสุดนี้คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยจน
งานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นายสมยศ ศรีจารนัย

นางสาววารี สุตกรยุทธ์

นางอรวลิน เกียรติชัย

นางวิจิตา ธีธรรมา

นายมีฤทธิ์ ศรีประไหม

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการศึกษา	4
นิยามคำศัพท์และตัวแปร	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	28
การสร้างและพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล	31
การวิเคราะห์ข้อมูล	33
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	34
สภาพทั่วไปของอำเภอเขาวง	35
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	37
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กับภาวะการควบคุมโรค	39
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ	44
ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ	50
อภิปรายผล	60
บทที่ 5 สรุปผล และข้อเสนอแนะ	72
เอกสารอ้างอิง	77

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	
แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ	83
แบบสอบถามเพื่อวัดความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ	95
แบบตรวจหาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ	98
แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก	100

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้ข้อมูลในช่วงเวลาที่กำหนด (Cross-Sectional study) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลกับการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มละ 127 คน เก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2541 ถึงกุมภาพันธ์ 2542 จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, ค่าโคสแควร์, odd ratio ที่ความเชื่อมั่น 95% และ multiple logistric regression ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีผลทำให้ภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น ได้แก่

1. อายุ ผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 30-59 ปี 18 เท่า (95% CI = 1.4-136.3; p-value = 0.02)
2. สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่เป็นโสดจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่สมรสแล้ว 1.9 เท่า (95% CI = 1.2-94.9; p-value = 0.03)
3. รายได้ครอบครัว ผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาท จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปี 10,000 ถึง 90,000 บาท 7.4 เท่า (95% CI = 1.6-36.3; p-value = 0.01)
4. เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยในแต่ละวัน ผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวันจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมงต่อวัน 9.6 เท่า (95% CI = 1.7-55.1; p-value = 0.01)
5. ผู้ดูแลที่มีคะแนนทัศนคติสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนทัศนคติต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 4.8 เท่า (95% CI = 1.2-19.9; p-value = 0.02)

และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีมีความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวานไม่มากนัก โดยความรู้ที่ได้รับส่วนใหญ่จะมาจากตัวผู้ป่วยและเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน แต่อย่างไรก็ดีจะพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะให้การดูแลในเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัดได้ดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

คำรหัส : การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, พฤติกรรมของผู้ดูแล, ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ABSTRACT

This Survey Research was a Cross-Sectional study. The purpose was to study the relationship between care-taker behavior and glycemic control of elderly non-insulin dependent diabetic patients, Amphur Khaowong, Kalasin Province. Quantitative data and Qualitative data were collected from 127 elderly diabetic patients and 127 care takers during November 1998–February 1999. Percentage, Mean, Standard deviation, Chi-square test, Odd ratio at 95% and Multiple logistric regression were used to analyse quantitative data and qualitative data were analysed by content analysis.

The results showed that the following five factors of care-taker had significantly related to glycemic control of elderly diabetic patients ($p \leq 0.05$) :-

- 1) Age : care-taker who 60 years old up had better glycemic control of elderly diabetic patient than care-taker who were 30–59 years old for 18 times (95% CI = 1.4–136.3; p-value = 0.02).
- 2) Marriage status : the single care-taker had better glycemic control of elderly diabetic patient than the married person for 1.9 times (95% CI = 1.2–94.9; p-value = 0.03).
- 3) Family annual incomes: the incomes less than 10,000 bath had better glycemic control of elderly diabetic patient than the incomes between 10,000–90,000 bath for 7.4 times (95% CI = 1.6–36.3; p-value = 0.01).
- 4) Duration of daily care : the duration more than 12 hours had better glycemic control of elderly diabetic patient than the duration less than or equal 12 hours for 9.6 times (95% CI = 1.7–55.1; p-value = 0.01).
6. Attitude scores : the scores equal or higher than Mean had better glycemic control of elderly diabetic patient than the scores lower than Mean for 4.8 times (95% CI = 1.2–19.9; p-value = 0.02).

Deep interview showed that care-taker who take cared well and poorly controlled diabetic patients had inadequate knowledge about glycemic control in diabetic patients. Most of their knowledge were received from their diabetic patients and neighbourhoods. However, care-taker who take cared well controlled diabetic patients had better care-giving than care-taker who take cared poorly controlled diabetic patients especially dietary control, exercise and appointment with the doctor.

Keywords : Glycemic control, Care-taker behavior, elderly non-insulin dependent diabetic patients

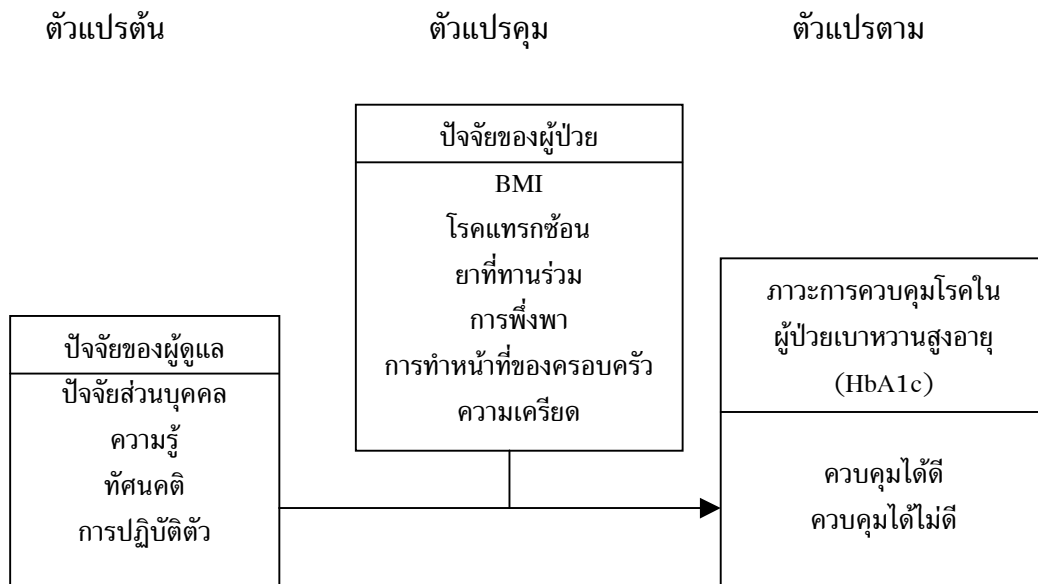
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเริ่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆได้ง่าย ดังเช่นโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และพบอัตราความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจะเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus : NIDDM) เมื่อเป็นโรคเบาหวานผู้ป่วยมักมีภาวะแทรกซ้อนตามมาเนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งต้องการการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้ข้อมูลในช่วงเวลาที่กำหนด (Cross-Sectional Study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุทุกคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้รับการรักษาด้วยวิธีรับประทานยาเม็ดจากคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวงก่อนวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2541 จำนวนทั้งสิ้น 127 คน ส่วนผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ข้างต้นตลอดระยะเวลา 2 เดือนก่อนเจาะเลือดตรวจหาค่า HbA1c ในกรณีที่ผู้ดูแลมากกว่า 1 คนจะเลือกผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมเพื่อการควบคุมโรค ซึ่งได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด การมาตรวจตามนัด และการดูแลเท้า มากกิจกรรมที่สุดเพียงคนเดียว

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุจะใช้แบบทดสอบความเครียด (GHQ-28 ของ Goldberg) และแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ยาที่รับประทานร่วม ค่า HbA1c และโรคแทรกซ้อนทางตา ไต ประสาทและหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ส่วนในกลุ่มผู้ดูแลจะใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ดูแล การพึ่งพาของผู้ป่วย และการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการทดสอบหาความเชื่อมั่นแล้ว ($\alpha = 0.7940$) นอกจากนี้ยังใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแล 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 10 คน และ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จำนวน 8 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2541 ถึง กุมภาพันธ์ 2542 จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล และใช้ไคสแควร์, Odd ratio ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และ Multiple logistric regression ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

กรอบแนวคิด



ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) สมรสแล้ว (ร้อยละ 93) อายุเฉลี่ยประมาณ 41 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 80 ของผู้ดูแลมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 10,000 บาท จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1-20 ปี เฉลี่ยประมาณ 8 ปี โดยที่ในแต่ละวันจะมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยตั้งแต่ 2-24 ชั่วโมง เฉลี่ยประมาณ 18 ชั่วโมง

2. พฤติกรรมของผู้ดูแล

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ Unpaired t-test พบว่า คะแนนรวมความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 1.7-3.1, p-value <0.01) ส่วนคะแนนรวมทัศนคติและคะแนนรวมการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีเพียงความรู้ด้านการควบคุมอาหารและการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด ทัศนคติด้านการควบคุมอาหาร และการปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกายของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสรุปแล้วการศึกษาในครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ไม่ว่าจะเป็นความรู้ ทัศนคติ หรือการปฏิบัติตัว จะสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04, 0.03 และ 0.06 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ วิษญาณรัตน์และคณะ (2527) และ ชูจิตร เปล่งวิทยา (2533) ที่กล่าวว่า การควบคุมอาหารนับว่าเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

สุขจึงควรให้ความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการควบคุมโรคเบาหวานแก่ผู้ดูแล โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหาร

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

การศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมโรคได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่

1. อายุ ผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมโรคได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 30-59 ปี 18 เท่า (95% CI = 1.4-136.3; p-value = 0.02)
2. สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่เป็นโสดจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมโรคได้ดีกว่าผู้ดูแลที่สมรสแล้ว 1.9 เท่า (95% CI = 1.2-94.9; p-value = 0.03)
3. รายได้ครอบครัว ผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาทจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมโรคได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปี 10,000 ถึง 90,000 บาท 7.4 เท่า (95% CI = 1.6-36.3; p-value = 0.01)
4. เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยในแต่ละวัน ผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวันจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมโรคได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมงต่อวัน 9.6 เท่า (95% CI = 1.7-55.1; p-value = 0.01)
5. ผู้ดูแลที่มีคะแนนทัศนคติสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมโรคได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนทัศนคติต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 4.8 เท่า (95% CI = 1.2-19.9; p-value = 0.02)

ส่วนปัจจัยอื่นของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วย ความรู้และการปฏิบัติตัว มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมโรคได้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การสัมภาษณ์เชิงลึก

พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะมีสามีหรือบุตรสาวเป็นผู้ดูแลโดยที่ผู้ป่วยจะค่อนข้างเชื่อฟังคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีส่วนใหญ่จะมีภรรยาหรือสะใภ้เป็นผู้ดูแล สำหรับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน พบว่าผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวานไม่มากนัก โดยส่วนใหญ่จะได้ยินมาจากตัวผู้ป่วยและเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน ทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติตัวไปตามความรู้ที่มีอยู่ แต่อย่างไรก็ดีในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร, การออกกำลังกายและการมาตรวจตามนัด ได้ดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี เช่น มีการห้ามปรามผู้ป่วยเมื่อรับประทานอาหารหวานมากเกินไป มีการแนะนำหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีการซักถามอาการหรือระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเมื่อกลับจากการตรวจตามนัด เป็นต้น ส่วนการดูแลในเรื่องการใชยาลดน้ำตาลในเลือดและการดูแลเท้าของผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มจะไม่แตกต่างกันมากนัก ทั้งนี้ผู้วิจัยคิดว่าการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ดูแลจะประสบผลสำเร็จได้ดียิ่งขึ้นถ้าผู้ป่วยสูงอายุให้ความร่วมมือรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้การสนับสนุนในด้านความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงาน ดังนี้

1. ควรเลือกผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือบุตรสาวของผู้ป่วย เนื่องจากพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จะมีสามีหรือบุตรสาวเป็นผู้ให้การดูแล
 2. ควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวานแก่ผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร
 3. ปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน (Home Health Care) จากเดิมที่มุ่งเน้นแต่การให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย มาเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้คำแนะนำและคำปรึกษา
 4. จัดประชุมกลุ่มระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกัน โดยผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
 5. ควรจัดให้มีการตรวจหาโรคแทรกซ้อนเรื้อรังแก่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อจะได้ตรวจพบโรคแทรกซ้อนก่อนที่อาการจะรุนแรงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคแทรกซ้อนทางไต ทางประสาท และทางหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่แล้ว
สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
1. ศึกษาภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุโดยทำการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแล เช่น การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล หรือ การประชุมกลุ่ม เป็นต้น
 2. ศึกษาหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุโดยบุคคลในครอบครัวด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
 3. ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	37
ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิด ไม่พึ่งอินซูลินกับภาวะการควบคุมโรคเมื่อไม่มีการควบคุม ปัจจัยอื่น	39
ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิด ไม่พึ่งอินซูลินกับภาวะการควบคุมโรคเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น	41
ตารางที่ 4 ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลจำแนกรายด้าน ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี	42
ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแล กับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ เมื่อไม่มีการ ควบคุมปัจจัยอื่น	44
ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแล กับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ เมื่อมีการ ควบคุมปัจจัยอื่น	47

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุของโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยคาดว่าในปี พ.ศ.2543 ทั่วโลกจะมีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด คือ ประมาณ 600 ล้านคน (รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานงานด้านสหประชาชาติ) เช่นเดียวกับประเทศไทยเนื่องจากการแพทย์และสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นส่งผลให้ประชากรมนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น จำนวนผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยไว้เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2529 ว่าอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายและเพศหญิง จากปี พ.ศ. 2523-2538 จะเพิ่มขึ้นจาก 60.25 และ 66.25 เป็น 63.50 และ 68.75 ตามลำดับ จึงประมาณได้ว่าอนาคตประเทศไทยจะมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น(คณะกรรมการคาดประมาณประชากรไทย,2529) โดยในปี พ.ศ.2533 พบจำนวนผู้สูงอายุ 3.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าในปี พ.ศ.2543 จะเพิ่มขึ้นเป็น 4.8 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 7.6 ของประชากรทั้งประเทศ (คณะกรรมการสิทธิการสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม,2534:1) จากจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้การดูแลผู้สูงอายุเริ่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันและทวีความสำคัญมากขึ้นในอนาคต เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างจากวัยอื่นๆ คือ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมเหล่านี้ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆได้ง่าย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เป็นต้น (ปราชญ์ วังสะอาด,2530:17)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะทุกระบบในร่างกายของผู้ที่เจ็บป่วย (วัลลา ตันตโยทัยและอดิษฐ์ สงติ,2538:254) ในประเทศไทยได้มีการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2534 พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 2.35 และอัตราความชุกของโรคจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นโดยเฉพาะอายุ 60 ปีขึ้นไปจะพบอัตราความชุกของโรคเบาหวานถึงร้อยละ 10-15 (กรมการแพทย์ ,2538:35) โรคเบาหวานชนิดที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus:NIDDM) พบได้ประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (สาธิต วรรณแสง,2536) ส่วนใหญ่พบในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป จากการศึกษาของคณะกรรมการควบคุมโรคผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ถึงกรกฎาคม 2531 จากผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล/สถานพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวม 18 แห่ง พบว่า โรคเบาหวาน เป็นโรคอันดับที่ 1 ใน 5 โรคแรกของกลุ่มผู้ป่วยนอกสูงอายุ และ เป็นโรคอันดับที่ 4 ใน 5 โรคแรกของกลุ่มผู้ป่วยในสูงอายุ (ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ,2533) เมื่อเกิดโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมักมีภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจะเกิดขึ้นอย่าง

รวดเร็ว อาการรุนแรงถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น ภาวะน้ำตาลกลูโคสในเลือดต่ำ ภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือดและภาวะหมดสติเนื่องจากน้ำตาลกลูโคสสูงและเลือดข้น สำหรับภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและเกิดได้กับอวัยวะเกือบทุกส่วนของร่างกายที่สำคัญได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดง เส้นประสาท ตา และไต (วิลลา ดันตโยทัยและอดิษฐ์ สงดี, 2538 : 251-254) โรคเบาหวานจึงเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพที่เรื้อรังของผู้สูงอายุอันอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เหมือนดังเช่นข้อมูลของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ที่รายงานไว้ว่า โรคเบาหวาน เป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของสาเหตุการตายที่พบในผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2538 : 58)

จากสถิติผู้มาใช้บริการคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง ในปี พ.ศ.2539 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนทั้งสิ้น 651 คน และในปี พ.ศ.2540 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 791 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุจำนวน 218 คน (ร้อยละ 33.5) และ 291 คน (ร้อยละ 36.8) ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุเหล่านี้ได้เข้ามาอนรรักษาตัวในโรงพยาบาล ในปี 2540 เป็นจำนวนถึง 58 คน หรือร้อยละ 19.93 ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุทั้งหมด สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันหรือชะลอเวลาให้เกิดซ้ำที่สุดได้ถ้าควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือ การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (กรองจิตร ชมสมุท, 2535 : 2) จากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง พบว่าในปี พ.ศ. 2540 ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ร้อยละ 58.8 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างสม่ำเสมอได้ (80-140 mg/dl) ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดน้ำตาล การดูแลสุขภาพอนามัย และการรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2538 :17)

ในภาวะปกติ ผู้ใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ แต่เมื่ออายุมากขึ้นนอกจากจะมีร่างกายเสื่อมลงแล้ว ยังได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมรวมทั้งการดูแลตนเอง จากการรวบรวมข้อมูลในปี ค.ศ.1978 ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.3 ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ โดยต้องนอนอยู่บนเตียงใช้เวลาเฉลี่ย 14.5 วัน/ปี เนื่องจากการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ และต้องให้บุคคลอื่นดูแลช่วยเหลือกระทำการกิจกรรมต่างๆ (Vallbona & Baker 1984:194) สอดคล้องกับการศึกษาของวอร์ชอร์และคณะ (Warshaw, et al.1982 in Vallbona&Baker 1984:195) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30-80 จะมีข้อจำกัดในการกระทำกิจวัตรประจำวัน ในประเทศไทยประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ อันจะส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของประชาชนรวมไปถึงสภาพเศรษฐกิจและการเมือง (กรมการแพทย์, 2538: 57) รัฐบาลได้เห็นความสำคัญดังกล่าวจึงได้กำหนดนโยบายพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (2540-2544) สาขาที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพควบคุมและป้องกันโรค ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ (แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 :183) จากการศึกษาวิจัยปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุของนักวิจัยหลายท่าน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) อาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรและญาติพี่น้อง ต้องการให้การดูแลตนเองเป็นของลูกหลาน อีกทั้งยังมีอายุมากขึ้นเท่าไรยิ่งต้องการความ

เอาใจใส่เลี้ยงดูจากบุตรหลานมากขึ้นเท่านั้น (นิศา ชูโต ,2524. บรรลุ ศิริพานิชและคณะ ,2525. พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์และคณะ,2525. นภาพร ชัยวรรณและคณะ,2532.) นอกจากนี้ยังได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยเสนอแนะว่าควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย (นพวรรณ หาญพล,2535:ข)

ในเดือนมิถุนายน ปี 2539 โรงพยาบาลเขาวง ได้ทำการสำรวจผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 87 คน พบว่า ลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรงพยาบาลเขาวง ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวขยาย คือ มีสมาชิกในครอบครัวอยู่รวมกันทั้งปู่ย่า ตายาย พ่อแม่และลูกหลาน สมาชิกในครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยร้อยละ 75.4 ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุจะมีผู้ดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ เช่น การเตรียมอาหารให้รับประทาน การแนะนำให้รับประทานยา การออกกำลังกาย และการพามาตรวจตามแพทย์นัด ด้วยเหตุนี้ “ผู้ดูแล” จึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะมีส่วนช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุดีขึ้นหรือเลวลง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ดูแลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและการรักษา ตลอดจนนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของประชาชนที่บ้าน (Home Health Care) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขทั้ง ร่างกายและจิตใจตลอดบั้นปลายของชีวิต

1.2 ปัญหาในการวิจัย

- 1.2.1 ผู้ดูแลมีส่วนช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาวงหรือไม่
- 1.2.2 พฤติกรรมของผู้ดูแลในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 4 ประการ คือ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล กับ ภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
4. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1.4 สมมติฐานการวิจัย

- 1.4.1 ผู้ดูแลที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลินแตกต่างกัน
- 1.4.2 ผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุแตกต่างกัน จะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลินแตกต่างกัน

1.5 ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (NIDDM) โดยผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเขาวง มารับการรักษาด้วยวิธีรับประทานยาเม็ดที่คลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลเขาวง ก่อนวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2541

1.6 นิยามคำศัพท์และนิยามตัวแปร

นิยามคำศัพท์และนิยามตัวแปรในการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อทดแทนข้อจำกัดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับกิจกรรมดังนี้
 - 2.1 การควบคุมอาหาร ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลือกประเภทอาหาร ปริมาณอาหาร การประกอบอาหารหรือจัดเตรียมอาหาร ความถี่ในการรับประทานอาหาร และการตรงต่อเวลาในการรับประทานอาหาร
 - 2.2 การออกกำลังกาย ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับ วิธี ความถี่ต่อสัปดาห์ ช่วงเวลา และระยะเวลาของการออกกำลังกาย
 - 2.3 การให้ยา ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับชนิดของยา วิธีการให้ยา ขนาดของยา และความตรงต่อเวลา ในการให้ยา
 - 2.4 การมาตรวจตามแพทย์นัด ดูแลให้ผู้ป่วยมารับการตรวจตามวัน เวลาที่แพทย์นัด และเข้ารับฟังปัญหาจากแพทย์ร่วมกับผู้ป่วย
 - 2.5 การดูแลเท้า ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำความสะอาดเท้า การตัดเล็บเท้า การบริหารเท้า การเลือกชนิดรองเท้าและการสวมใส่

3. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้

เพศ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยเพศชายหรือเพศหญิง

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ดูแล นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่สัมภาษณ์ ถ้าเกิน 6 เดือนขึ้นไป ถือว่าเป็น 1 ปีเต็ม

การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแล โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญาขึ้นไป

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสในปัจจุบันของผู้ดูแล โดยแบ่งเป็น โสด สมรส หม้าย/หย่า แยกกันอยู่

อาชีพ หมายถึง อาชีพหลักในปัจจุบันที่ได้รับค่าตอบแทน เช่น ข้าราชการ รับจ้าง เกษตรกรรม หรือเป็นภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติโดยไม่มีค่าตอบแทน เช่น แม่บ้าน นักเรียน

รายได้ หมายถึง รายได้จากการประกอบอาชีพหลักและอาชีพเสริมของคนในครอบครัวต่อปี

4. พฤติกรรม หมายถึง ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการควบคุมโรคเบาหวาน

4.1 ความรู้ หมายถึง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การมาตรวจตามนัด และการดูแลเท้า

4.2 ทักษะ หมายถึง ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การมาตรวจตามนัด และการดูแลเท้า

4.3 การปฏิบัติตัว หมายถึง การปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การมาตรวจตามนัด และการดูแลเท้า

5. ภาวะการควบคุมโรค หมายถึง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยใช้ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ซึ่งเป็นค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยในช่วง 6-8 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในที่นี้ผู้วิจัยกำหนดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็น 2 ระดับ คือ ภาวะการควบคุมโรคได้ดี และภาวะการควบคุมโรคได้ไม่ดี ซึ่งมีค่าดังนี้

ค่า HbA1c ของผู้ป่วย NIDDM น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 เป็นภาวะการควบคุมโรคได้ดี

ค่า HbA1c ของผู้ป่วย NIDDM มากกว่า 8 เป็นภาวะการควบคุมโรคได้ไม่ดี

6. ดรรชนีความอ้วน (Body Mass Index/BMI) คือ ตัวเลขที่บอกให้ทราบว่าน้ำหนักของคนนี้ จะจัดเป็นคนผอมหรือคนอ้วน โดยคำนวณจากสูตร

$$BMI = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ค่าปกติในเพศชาย คือ 20-25 กิโลกรัม/เมตร²

ค่าปกติในเพศหญิง คือ 19-24 กิโลกรัม/เมตร²

ถ้าค่าที่ได้น้อยกว่านี้ จัดว่าเป็นคนผอม ถ้าค่าที่ได้มากกว่านี้ จัดว่าเป็นคนอ้วน

7. โรคแทรกซ้อน หมายถึง โรคที่ตรวจพบร่วมกับการเป็นเบาหวาน ได้แก่

7.1 จอตาพิการ (Retinopathy)

7.2 ไตพิการ (Nephropathy)

7.3 หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่เสื่อม (Macroangiopathy)

7.4 เส้นประสาทพิการ (neuropathy)

8. ยาที่รับประทานร่วม หมายถึง ยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วง 3 เดือนก่อนทำการตรวจ HbA1c นอกเหนือจากยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน และมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

ยาที่มีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูง : Betamethasone, Cortisone, Dexamethasone, Furosemide,

Hydrocortisone, Phenytoin, Prednisolone, Thiazides, Triamcinolone

ยาที่มีผลทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ : Allopurinol, Aspirin, Propanolol, Salicylate, Sulfonamides

9. การพึ่งพา หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน หรือความสามารถในบทบาทที่ดำรงอยู่ การประเมินนี้เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ โดยเลือกกิจกรรมที่ใช้อยู่ทั่วไปซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพปกติโดยทั่วไปสามารถทำได้ กิจกรรมที่เลือกไว้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบที่ดัดแปลงมาจาก ดัชนีบาร์เธล (BARTHEL INDEX) ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การใช้ห้องสุขา การอาบน้ำ การเดิน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

10. การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน โดยใช้แบบทดสอบของ Chulalongkorn Family Inventory :CFI เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม

11. ความเครียด หมายถึง สิ่งที่คุณถามผู้ป่วยทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ สภาพร่างกายและจิตใจขาดสมดุล โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Face Delight Scale) และ สุขภาพจิต (General Health Questionnaire:GHQ-28 ของ Goldberg)

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการปรับปรุงหรือจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในคลินิกเบาหวานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ
2. เป็นประโยชน์ในการดำเนินการพัฒนางานดูแลสุขภาพของประชาชนที่บ้าน (Home Health Care)
3. เป็นแนวทางในการให้บริการรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งเนื้อหาเป็น 5 ส่วน คือ

- | | |
|-----------|---|
| ส่วนที่ 1 | ผู้สูงอายุ ปัญหาของผู้สูงอายุ และการได้รับการดูแล |
| ส่วนที่ 2 | โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ |
| ส่วนที่ 3 | การควบคุมโรคเบาหวาน |
| ส่วนที่ 4 | พฤติกรรมและการวัดพฤติกรรม |
| ส่วนที่ 5 | งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง |

1. ผู้สูงอายุ ปัญหาของผู้สูงอายุและการได้รับการดูแล

ความหมายของผู้สูงอายุ (จำเรียง กุระสุวรรณ, 2538: 2-3)

ความสูงอายุเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆในร่างกาย ในวัยเด็กเซลล์ภายในร่างกายจะเปลี่ยนแปลงในทางเสริมสร้าง เจริญเติบโต แต่พอเข้าสู่วัยกลางคน 40-50 ปี จะมีการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้างเสริม ตาและหูเริ่มไม่แจ่มชัดเช่นแต่ก่อน ส่วนใหญ่บุคคลแต่ละคนจะเริ่มรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมไม่แข็งแรงเหมือนเดิมเมื่อเริ่มเข้าวัย 50 ปี เป็นต้นไป

- ในการแบ่งช่วงอายุของคนนั้น สมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งช่วงอายุคนออกเป็น 8 ช่วง และกำหนดวัยกลางคน คือ อายุตั้งแต่ 45-64 ปี วัยสูงอายุตอนต้น คือ 65-74 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย คือ 75 ปีขึ้นไป
- สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on aging) ได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) คือ ระหว่าง 60-74 ปี ส่วนวัย 75 ปีขึ้นไปจึงจะถือว่าเป็น ชราอย่างแท้จริง
- สังคมไทย ถือว่า วัยเกษียณอายุ ซึ่งตรงกับอายุครบ 60 ปี เป็นวัยชราหรือวัยสูงอายุ
- ประสพ รัตนกร (2522) ให้ความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามนโยบายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย
- บรรลุ ศิริพานิช(2526) เสนอว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ

การจำแนกลักษณะความสูงอายุ (จันทนา รณฤทธิชัย, 2538:36-37)

1. ความสูงอายุในเชิงชีวภาพ (Biological age) ดูจากความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญต่างๆของร่างกาย เช่น ตับ หัวใจ สมอง เป็นต้น ผู้ที่มีอายุน้อยย่อมมีประสิทธิภาพในการทำงานของ

อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายได้สูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า นอกจากนี้ผู้ที่มีอายุน้อยในเชิงชีวภาพจะมีการคาดหวังตามอายุขัย (life expectancy) สูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก

2. ความสูงอายุนในเชิงจิตวิทยา (Psychological age) เป็นความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลว่าควรจะมีการปรับตัวอย่างไรดี จึงจะสามารถเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีอายุเท่าๆกัน ความสูงอายุนในเชิงจิตวิทยามีความหมายเดียวกับความสูงอายุนในเชิงปฏิบัติหน้าที่ (functional age) ซึ่งหมายถึงระดับความสามารถของบุคคลที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสมกับวัยของตนเองในสังคมนั้นๆ
3. ความสูงอายุนในเชิงสังคม (Social age) หมายถึง บทบาทและนิสัยทางสังคมของแต่ละบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน โดยเทียบกับบุคคลอื่นๆในสังคมที่มีอายุเท่าๆกัน คุณลักษณะทางชีวภาพและจิตวิทยาของบุคคลจะมีผลต่อแบบฉบับและคุณค่าทางสังคมได้

ปัญหาของผู้สูงอายุ (จำเรียง กุระมะสุวรรณ, 2538:6-10)

1. ความเจ็บป่วย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต จากการศึกษาของนิศา ชูโต พบว่า ร้อยละ 60.4 ของผู้สูงอายุไทยมีปัญหาทางสุขภาพ ร้อยละ 14.6 ถึงล้มหมอนนอนเสื่อ การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจำนวนมากเกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการดูแลสุขภาพตนเอง นภาพร ชัยวรรณ และมาลินี วงศ์สิทธิ์ (2532:27) ศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเป็นเรื่องเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูก ระบบย่อยอาหาร ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท โรคเกี่ยวกับต่อมภายใน โภชนาการและเมตาบอลิซึม

2. การศึกษา

ผู้สูงอายุไทยมีอัตราการรู้หนังสือต่ำกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่นมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงจะต่ำกว่าชาย ผู้สูงอายุที่อ่านออกเขียนได้มีเพียงร้อยละ 44 เท่านั้น เมื่อเทียบกับประชากรทุกอายุที่รู้หนังสือถึงร้อยละ 90 (นภาพร ชัยวรรณ กองวางแผนประชากรและสังคม 2528:1-37) การขาดการศึกษา อ่านหนังสือไม่ออก ทำให้ความรู้พื้นฐานที่จะพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองตั้งแต่วัยเด็กและวัยผู้ใหญ่จนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นปัญหาต่อเนื่องระยะยาวตลอดมา ทำให้ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำเนินปัญหาทางสุขภาพมาก

3. ด้านเศรษฐกิจ

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเศรษฐกิจ มักมีอาชีพเกษตรกรรม หรืออาชีพรับจ้างที่มีรายได้ไม่แน่นอน รายได้ต่ำ ทำให้ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความวิตกกังวลสูง ซึ่งจะเกี่ยวโยงไปถึงสุขภาพร่างกาย มีสุขภาพเสื่อมโทรม เจ็บป่วยง่าย ก็จะทำให้สิ้นเปลืองเงินทองในการรักษาพยาบาล เป็นวงจรกระทบซึ่งกันและกันอย่างไม่รู้จบ

4. ด้านสังคมและวัฒนธรรม

สังคมไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมอุตสาหกรรมใหม่ มีการใช้เทคโนโลยี เครื่องทุนแรงในการผลิต ทำให้ลูกหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป โดยมองค่าผู้สูงอายุต่ำลงเพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอด

ความรู้ อาชีพ และประสบการณ์จากผู้สูงอายุ เนื่องจากสามารถเรียนรู้ได้จากแหล่งอื่น จึงมองเห็นคุณประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นเพียงผู้เฒ่าบ้าน ความเคารพยกย่องให้เกียรติเริ่มลดลง อีกทั้งการพัฒนาความเป็นเมืองของสังคมไทยก็เป็นสาเหตุให้คนหนุ่มสาวและผู้อยู่ในชนบทวัยแรงงานอพยพจากชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อหางานทำ ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนไป และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 5 ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525:8) การแพร่กระจายของวัฒนธรรมตะวันตกมายังสังคมไทยก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาเกี่ยวกับลูกหลาน มีความขัดแย้งกันระหว่างค่านิยมและพฤติกรรมต่างๆ ของวัยรุ่นปัจจุบัน ก่อให้เกิดปัญหาระหว่างวัย ผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นคนจู้จี้ ขี้บ่น ลูกหลานไม่ยอมใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุน้อยใจ เกิดความเครียด และแยกตัวเองออกจากครอบครัว

การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ

Garrett (1991) ได้ให้ความหมายของการดูแลว่าเป็นการให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ต้องการการพึ่งพาในลักษณะของการอยู่ด้วยกันหรืออยู่คนละบ้านแต่ให้การช่วยเหลือในรูปแบบของการดูแลส่วนบุคคล เช่น การแต่งตัว การพุงเดิน การดูแลรักษาพยาบาล เช่น การให้ยา การให้คำปรึกษา เป็นต้น

Davis (1995) ได้ให้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุว่าเป็นการสนับสนุนส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมต่างๆ มีการพัฒนาและทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของคนสังคม

Bower (1987) ได้แบ่งการดูแลผู้สูงอายุไว้ 5 ด้าน คือ

1. anticipating caregiving เป็นการดูแลที่บุตรหลานอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ เป็นการดูแลบิดามารดาเพื่อตอบแทนบุญคุณ ซึ่งบุตรหลานรับรู้ว่าคุณค่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลในเรื่องใด ขึ้นอยู่กับค่านิยมของแต่ละสังคม และเป็นความตั้งใจของบุคคลผู้ให้การดูแล ซึ่งการดูแลอาจอยู่ในรูปของการอยู่เป็นเพื่อนและพูดคุย
2. preventing caregiving เป็นการดูแลเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย ป้องกันอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อน และอาการผิดปกติต่างๆ ได้แก่ การซักถามอาการผิดปกติ การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย
3. supervisory caregiving เป็นการดูแลในการปรับเปลี่ยนที่อยู่อาศัยให้มีความมั่นคงปลอดภัย ให้เงินใช้จ่าย และเมื่อเจ็บป่วยให้การดูแลรักษา
4. instrumental caregiving เป็นการดูแลโดยการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะสุขภาพ ได้แก่ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางด้านกายภาพและการดำรงชีวิตในชุมชน
5. protecting caregiving เป็นการดูแลด้านจิตใจ ให้ความเคารพยกย่องเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Caffrey (1991) ได้แบ่งการดูแลผู้สูงอายุเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้ ผู้สูงอายุจะลดบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัวและบทบาททางเศรษฐกิจลง การดูแลที่ผู้สูงอายุได้

รับจะเป็นการดูแลทางสังคม เช่น การได้รับความเคารพยกย่อง การปฏิบัติตามคำแนะนำ การให้คำปรึกษา

2. ระยะที่ผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลเรื่องการจัดหา จัดเตรียมอาหาร ชักเสื้อผ้า ดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมที่พักผ่อน หรือได้รับความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. ระยะที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลเรื่องการพาไปรับการรักษา การซื้อยาหรือจัดยาให้รับประทาน การเตรียมอาหารที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลให้อ่อนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การดูแลเมื่อมีบาดแผล

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีปัญหาต่างๆตามมามากทั้งความเจ็บป่วย อีกทั้งไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีเท่ากับคนหนุ่มสาว จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นบุตรหลานและคนในครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง

2. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

เบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ (ศจ.นพ.เทพ หิมะทองคำและคณะ,2540:20-42)

อาการสำคัญที่พบบ่อย คือ

1. ปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมาก
2. คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มมาก
3. น้ำหนักลด ผอมลง
4. หิวบ่อยและรับประทานจุ

สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานอาจจะไม่แสดงอาการอะไรเลยโดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก อาจจะมาจกเบาหวานในผู้สูงอายุมักร่วมกันไปกับความอ้วน และมีจำนวนอินซูลินที่สร้างขึ้นไม่พอกับความต้องการในคนอ้วนมากกว่าการขาดอินซูลินที่แท้จริง ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงไม่มากและส่วนใหญ่ไม่เกิดคีโตซิส (Ketosis) (ศรีจิตรา บุณนาค,2526:451) อาการปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก จึงมักไม่พบในผู้สูงอายุเนื่องจาก renal threshold ของกลูโคสสูงขึ้น บางครั้งกลูโคสในเลือดสูงถึง 200 mg/dl แต่ก็ยังไม่พบกลูโคสในปัสสาวะ ทำให้ไม่เกิดอาการปัสสาวะมากหรือกระหายน้ำ แต่ผู้ป่วยอาจจะมาด้วยโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน หรือ อาการอื่น เช่น ตามัว กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ลับสน ซึ่งถ้าไม่ได้ตรวจเลือดอาจไม่ทราบว่าเป็นเบาหวาน (สุนิตย์ จันทประเสริฐ,2536:95)

สาเหตุและโอกาสที่ทำให้เป็นเบาหวาน

1. ความอ้วน เนื่องจากคนที่มีร่างกายอ้วนเนื้อเยื่อต่างๆในร่างกายมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเช่นเดิมจึงมีน้ำตาลส่วนเกินอยู่ในกระแสเลือด
2. สูงอายุ ตับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลงในขณะที่ได้รับน้ำตาลเท่าเดิม จึงทำให้มีน้ำตาลส่วนเกินในกระแสเลือด
3. ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ผ่าตัดเอาตับอ่อนบางส่วนออก ในคนที่ มีแนวโน้มจะเป็นเบาหวานอยู่แล้ว ปัจจัยดังกล่าวนี้จะทำให้อาการเบาหวานแสดงออกเร็วขึ้น
4. การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น คางทูม หัดเยอรมัน
5. ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้
6. การตั้งครรภ์ เนื่องจากฮอร์โมนหลายชนิดที่รกสังเคราะห์ขึ้นมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

ประเภทของโรคเบาหวาน สามารถแบ่งได้ 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus:IDDM)
2. เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus:NIDDM)

เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมักพบในคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และคนอ้วนมากเกินไปจะเกิดโรคนี้ได้ง่าย อาการที่เกิดขึ้นมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการเลย แต่ตรวจพบโดยบังเอิญ หรือ มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป จนถึงขั้นแสดงอาการรุนแรงมาก ตับอ่อนของผู้ป่วยเบาหวานประเภทนี้ยังสามารถผลิตอินซูลินได้ตามปกติหรืออาจจะน้อยหรือมากกว่าปกติก็ได้ แต่อินซูลินที่มีอยู่ออกฤทธิ์ได้ไม่ดี จึงไม่ถึงกับขาดอินซูลินไปโดยสิ้นเชิง

ภาวะแทรกซ้อน (นาริรัตน์ จิตรมนตรี ,2536: 203-210)

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ คือ ภาวะหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง และอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ง่ายด้วย

1. ภาวะหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemic Hyperosmolar Nonketotic Coma:HHNC)

ผู้สูงอายุสุขภาพทรุดโทรมเจ็บป่วยบ่อย ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ประกอบกับผู้สูงอายุมักดื่มน้ำน้อยเนื่องจากความรู้สึกกระหายน้ำเสียไปหรือไม่สะดวกในการดื่มน้ำ ทำให้ปัสสาวะลดลง การขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะก็น้อยลงด้วยร่วมกับการที่ร่างกายใช้น้ำตาลได้น้อยลง มีผลทำให้ระดับน้ำตาลเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น น้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้นซึ่งมักสูงกว่า 500 mg/dl ในระยะนี้จะมีการขับปัสสาวะมากขึ้นทำให้ร่างกายขาดน้ำมากขึ้นและน้ำตาลในเลือดยิ่งสูงขึ้นไปอีก ประกอบกับการขับปัสสาวะออกจำนวนมากทำให้ร่างกายสูญเสียอิเล็กโทรลัยต์ โดยเฉพาะโซเดียมและโปแตสเซียม ผลจากการที่ร่างกายมีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรงเซลล์สมองก็ขาดน้ำไปด้วยทำให้มีอาการของระบบประสาทผิดปกติ คือ ความรู้สึกตัวเปลี่ยนไปตั้งแต่ซึมลงจนหมดสติได้

2. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

หมายถึง ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ โดยระดับน้ำตาลในพลาสมา(plasma glucose) เท่ากับหรือต่ำกว่า 50 mg/dl แต่ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับดังกล่าว

- สาเหตุ
- ได้รับยารับประทานเพื่อลดน้ำตาลในเลือดมากเกินไป
 - รับประทานอาหารน้อยลง หรือเลื่อนเวลาการรับประทานอาหาร
 - ออกกำลังกายมากเกินไป

เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ จะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (ANS) และระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ดังนี้

1. ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ถ้าเกิดในเวลากลางวัน จะมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ชีต ชีพจรเร็ว ใจสั่น มือสั่น ทิว อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ถ้าเกิดในเวลากลางคืนขณะนอนหลับ จะมีอาการฝันร้าย เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะในตอนเช้า
2. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการปวดศีรษะ มึนงง สับสน ความจำเสื่อม ขาดสมาธิ ง่วงนอน ตาพร่ามัว ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข จะมีอาการพูดไม่ได้ เดินเซ ซึมลงคล้ายคนเมาสุรา ถ้าอาการยังเลวลงอีก อาจรุนแรงถึงขั้นหมดสติได้

โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน

1. โรคแทรกซ้อนทางตา

อาการเบาหวานขึ้นตา คือ เส้นเลือดของจอรับภาพของตาจะโป่งพองหรือมีเส้นเลือดแตก แต่อาจไม่มีอาการแสดงออก ผู้ป่วยจึงมักไม่รู้ตัว ยกเว้นความผิดปกติเกิดขึ้นในตำแหน่งสำคัญของจอรับภาพ คือ บริเวณจุดศูนย์กลางของการมองเห็น (macula) ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ขึ้นกับ ระยะเวลาของการเป็นเบาหวานและการควบคุมเบาหวานว่าทำได้ดีเพียงใด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดีจะทำให้เกิดต้อกระจกได้เร็วขึ้นด้วย สามารถตรวจอาการในระยะเริ่มแรกได้โดยใช้ Ophthalmoscope

2. โรคแทรกซ้อนทางไต

สิ่งที่บ่งชี้ว่ามีเบาหวานลงไต คือ การตรวจพบโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ ในระยะแรกที่โปรตีนอัลบูมินรั่วออกจากไตน้อย (30-300 mg/วัน) เรียกว่า ภาวะไมโครอัลบูมิน (microalbumin) การตรวจโดยใช้วิธีปกติไม่สามารถตรวจพบได้ต้องใช้วิธีตรวจพิเศษ หากมีอาการมากขึ้นผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะแมโครอัลบูมิน (macroalbumin) คือ มีอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่าวันละ 300 mg/วัน และหากโปรตีนอัลบูมินรั่วออกจากร่างกายมากๆ เข้า จะทำให้โปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำลง เกิดอาการบวมโดยเฉพาะเท้า ระยะแรกอาจบวมๆ ยุบๆ ต่อมาจะบวมตลอดเวลาและบวมทั้งตัว ระยะนี้จะพบว่าผู้ป่วยมักมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย สุดท้ายก็จะเข้าสู่ภาวะไตพิการหรือไตวายเรื้อรัง มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง ไม่รู้ตัว หรือ เกิดอาการชักได้

3. โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท แบ่งพิจารณาตามอาการได้ 3 กลุ่ม คือ

ก) อาการที่เกิดจากประสาทส่วนปลายเสื่อม พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน โดยมักจะเสียประสาทรับความรู้สึกบริเวณเท้า เริ่มที่ปลายนิ้วเท้าและลุกลามขึ้นไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บ ไม่รับรู้ความร้อนเย็นที่เท้าและขาทั้ง 2 ข้าง ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่เท้าได้ง่าย และบาดแผลที่เกิดขึ้นมักถูกปล่อยเพราะผู้ป่วยไม่เจ็บ บางครั้งมีอาการปวดแสบปวดร้อน หรือ เหมือนมีไฟช็อต หรือ มีความรู้สึกเหมือนมีมดมาไต่ตัว ไรมาตอมอยู่ตลอดเวลา

ข) ความผิดปกติของเส้นประสาทเส้นใดเส้นหนึ่ง เช่น ประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อตาผิดปกติ ทำให้กลอกตาไม่ได้ในบางทิศทาง มองเห็นภาพซ้อนหรือมีอาการปวดศีรษะมากร่วมด้วย ซึ่งความผิดปกตินี้ส่วนใหญ่จะดีขึ้นและหายเองใน 2-12 เดือน

ค) ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อม

- ประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมระบบทางเดินอาหารเสื่อม เป็นผลให้กระเพาะอาหารไม่เคลื่อนไหว รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน การดูดซึมอาหารมีปัญหา ทำให้การควบคุมน้ำตาลในเลือดเกิดปัญหาได้ง่าย บางครั้งเกิดปัญหาท้องเสียเรื้อรัง เป็นๆหายๆ และมักจะท้องเสียในเวลากลางคืน
- ประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์เสื่อม เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือไหลออกโดยไม่รู้ตัว ในเพศชายอาจมีปัญหาวัยวะเพศไม่แข็งตัว

4. โรคแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีเป็นระยะเวลานานอาจเกิดภาวะเส้นเลือดตีบแข็ง (atherosclerosis) เร็วขึ้น ทำให้เกิดปัญหากับอวัยวะที่เส้นเลือดไปเลี้ยง เช่น ถ้าเส้นเลือดไปเลี้ยงสมองอุดตันจะทำให้เกิดอัมพาต เส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจอุดตันทำให้เกิดหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจวาย หรือหากเส้นเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อขาไม่เพียงพอทำให้แขนขาอ่อนแรง ปวดขาเวลาเดิน แผลหายยากซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียขาของผู้ป่วยเบาหวานด้วย

3. การควบคุมโรคเบาหวาน

เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวาน คือ การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงระดับของคนทั่วไป (ศจ.นพ.เทพ หิมะทองคำและคณะ,2539:74) ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงคนปกติ ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ การใช้ยาในปริมาณที่แพทย์สั่ง และการมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามนัด (ศจ.นพ.เทพ หิมะทองคำและคณะ,2540:66)

1. การควบคุมอาหาร (ศจ.นพ.เทพ หิมะทองคำและคณะ,2539:115-126)

โภชนาการที่ดีเป็นหนึ่งในหัวใจของการควบคุมเบาหวาน ถึงแม้จะได้รับยารักษาเบาหวานก็ยังจำเป็นต้องควบคุมอาหารร่วมด้วย การควบคุมอาหาร คือ การรู้จักเลือกรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย จุดมุ่งหมายในการควบคุมอาหาร ก็คือ

1. เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งจะช่วยชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนให้เกิดช้าที่สุด
2. เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เนื่องจากความอ้วนจะทำให้ร่างกายเกิดการดื้อต่อฤทธิ์ของอินซูลิน มีผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น
3. เพื่อให้รู้จักโภชนาการที่ดี รู้จักเลือกรับประทานอาหารให้ครบทุกหมวดในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งจะช่วยให้ควบคุมเบาหวานได้ดี

หลักในการเลือกรับประทานอาหาร

1. รับประทานอาหารให้หลากหลาย และมีความสมดุลของอาหาร รับประทานให้เป็นเวลา ไม่ควรทานเฉพาะเวลาที่หิว เพราะจะทำให้รับประทานมากกว่าที่ควร
2. หลีกเลี่ยงขนมหวานและอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาล
3. รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่มีใยอาหารเพิ่มขึ้น
4. รับประทานอาหารที่มีไขมันให้น้อยลง เช่น
 - ใช้น้ำมันพืชแทนไขมันสัตว์ในการประกอบอาหาร
 - ลดอาหารประเภทที่มีไขมันสูง ไส้กรอก กุนเชียง อาหารทอดทุกชนิด ถั่วลิสง มะม่วงหิมพานต์
 - ลดอาหารประเภททอด เลือกอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง อบ ยำ แทน
 - ทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ลดปริมาณอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปลาหมึก เลือกรับประทานปลาแทนโดยเฉพาะปลาทะเลและโปรตีนจากพืช เช่น เต้าหู้ บ่อยขึ้น
 - ลดอาหารประเภทไข่ ปริมาณไข่แดงไม่ควรเกิน 2-3 ฟอง/สัปดาห์ แต่อาจทานไข่ขาวได้ทุกวัน
 - ดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์นมที่พร่องไขมันเนยเท่านั้น
 - หลีกเลี่ยงอาหารประเภทครีมหรือครีมเทียม
 - รับประทานผักเพิ่มขึ้นเพราะผักมีใยอาหารมาก
5. ลดอาหารเค็มหรือใช้เกลือในอาหารให้น้อยลง
6. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์จะเสริมฤทธิ์ยาทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว แต่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางชนิด เช่น ไวน์และเหล้าบางชนิดมีส่วนประกอบของคาร์โบไฮเดรตมาก อาจทำให้ระดับน้ำตาลขึ้นสูงได้

เวลาในการรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารหลังจากรับประทานอาหารแล้วประมาณ 30 นาที ให้ตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอและพยายามรับประทานอาหารในเวลาเดียวกันทุกวัน อย่างมีมือใดมือหนึ่งหรือข้อมือแล้วเพิ่มปริมาณในมือต่อไป ผู้ป่วยเบาหวานอาจแบ่งรับประทานอาหารเป็นมื้อเล็กๆและมีอาหารว่างระหว่างมื้อแทนการรับประทานอาหารมื้อใหญ่ๆ 3 มื้อก็ได้ แต่ปริมาณแคลอรีทั้งหมดต่อวันยังคงเท่าเดิม ปริมาณอาหารในแต่ละวันแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ น้ำหนัก และกิจกรรมของบุคคล

2. การออกกำลังกาย (ศจ.นพ.เทพ หิมะทองคำและคณะ,2540 : 75-80)

ผลดีของการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงได้ อีกทั้งน้ำหนักตัวลดลงทำให้ควบคุมเบาหวานได้ง่ายขึ้น สุขภาพจิตดี อารมณ์แจ่มใสขึ้น ชนิดของการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับความชอบและความถนัด ซึ่งการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมควรเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้กล้ามเนื้อหลายๆส่วนได้เคลื่อนไหวพร้อมๆกัน และไม่ใช้แรงต้านมาก เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะๆ ควรออกกำลังกายครั้งละประมาณ 20-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด และควรรับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกายประมาณ 30-60 นาทีเสมอ วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ คือ การทำกายบริหาร เนื่องจาก เป็นการบริหารกล้ามเนื้อและช่วยในการยืดหยุ่นข้อต่อต่างๆได้เป็นอย่างดี การออกกำลังกายเพียงวันละ 5-10 นาที แม้ไม่มีผลช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดมากนัก แต่ก็ยังเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่าการไม่ได้ออกกำลังกายเลย

3. การใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด (ศจ.นพ.เทพ หิมะทองคำและคณะ,2540 : 101-105,นาริรัตน์ จิตรมนตรี,2536:197)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยเฉพาะคนอ้วน การควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักรวมทั้งการออกกำลังกายจะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยไม่ต้องใช้ยารับประทาน แต่หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ก็จำเป็นต้องใช้ยารับประทานร่วมด้วย โดยมีข้อปฏิบัติดังนี้

- ก) ระงับการลิ้มรับประทานยา เพราะผู้สูงอายุมักหลงลืมง่าย
- ข) รับประทานยาอย่างถูกต้อง ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง
- ค) ตรวจน้ำตาลในเลือดและในปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินผลการรับประทานยา
- ง) หมั่นสังเกตอาการของฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา เช่น มีผื่นขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน หรือ อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

4. การมาตรวจตามนัด

การมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามนัด เพื่อตรวจร่างกาย ติดตามผลการรักษาและประเมินสภาพของโรค จะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

5. การดูแลเท้า (ศจ.นพ.เทพ หิมะทองคำและคณะ ,2540: 58-74)

การดูแลสุขภาพร่างกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิต้านทานโรคต่ำกว่าปกติ จึงมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เช่น เกิดการอักเสบที่ผิวหนัง และเท้า เป็นต้น ถ้าการควบคุมเบาหวานไม่ดี ปัญหาเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ง่าย ในทางกลับกัน เมื่อมีปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้น การควบคุมโรคก็จะยิ่งเลวลง ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าและถูกตัดขาได้มากกว่าคนธรรมดาหลายเท่าตัว ในสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีถึง 1 ใน 100 ราย/ปี ที่ถูกตัดขา สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลเท้า คือ การป้องกันไม่ให้เกิดแผลที่เท้า ซึ่งมีข้อควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ล้างเท้าทุกวันด้วยสบู่อ่อน และอย่าแช่เท้าในน้ำนานกว่า 5 นาที

2. เช็ดเท้าเบาๆให้แห้งด้วยผ้าที่นุ่ม โดยเฉพาะระหว่างซอกนิ้วเท้า อย่าให้อับชื้น
3. ตัดเล็บเป็นเส้นตรงและใช้ตะไบถูให้เรียบพอดีกับเนื้อ อย่าตัดสั้นเกินไป
4. รักษาความชุ่มชื้นของเท้าให้เหมาะสม ถ้าผิวเท้าแห้งควรทาครีม ถ้าผิวเท้าชื้นง่ายควรใช้แป้งฝุ่นโรย อย่าให้ครีมหรือแป้งฝุ่นจับตัวเป็นก้อน เพราะจะทำให้เกิดการหมักหมม
5. เปลี่ยนถุงเท้าทุกวันและสวมถุงเท้าที่ซึมซับได้ดี ถุงเท้าที่ทำจากผ้าฝ้ายเหมาะสมกว่าที่ทำจากใยสังเคราะห์ เพราะมีการถ่ายเทอากาศได้ดีกว่า
6. เลือกรองเท้าที่มีขนาดกระชับ ใส่สบาย ไม่ควรเลือกขนาดที่คับเกินไป รองเท้าควรทำด้วยหนัง ถ้าเท้าชาควรสวมรองเท้าหุ้มส้น การสวมรองเท้าใหม่ ควรลองใส่วันละ 1-2 ชั่วโมงก่อนจนชิน
7. หลีกเลี่ยงการเดินเท้าเปล่า ไม่ว่าจะเป็นในหรือนอกบ้าน
8. สำรวจเท้าทุกวันว่ามีแผล ตุ่มหนอง รอยแดง เขียวช้ำ และรอยแตกหรือไม่
9. ก่อนสวมรองเท้าทุกครั้ง ควรตรวจดูภายในก่อนว่ามีวัตถุหรือสิ่งแปลกปลอมใด ๆ อยู่หรือไม่
10. ออกกำลังกายบริเวณขาและเท้าอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 15 นาที เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดตามขาและเท้าดีขึ้น
11. ปรีกษาแพทย์ทันทีที่พบบาดแผล เล็บชบ เชื้อราในซอกเท้า ปวดหรือบวมบริเวณน่องหรือเท้า
สิ่งผู้ป่วยไม่ควรปฏิบัติ คือ
 1. ไม่ควรเดินเท้าเปล่า ทั้งในและนอกบ้าน ซึ่งอาจจะทำให้เกิดแผลได้โดยไม่รู้ตัว
 2. ไม่ควรวางกระเป๋าน้ำร้อนหรือแช่เท้าในน้ำอุ่นโดยเด็ดขาด
 3. ไม่ควรตัดหนังแข็ง ๆ หรือตาปลาออกเอง ควรปรึกษาแพทย์เพื่อการรักษา
 4. ไม่ควรสูบบุหรี่ เพราะจะทำให้เส้นเลือดอุดตัน การไหลเวียนของเลือดลดลง

ส่วนบุญทิพย์ สิริธรรังศรี (2538:28-29) กล่าวว่า การควบคุมการดำเนินของโรคในผู้ป่วยเบาหวาน ควรประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยประเมินว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้เพียงใดในเรื่องต่อไปนี้
 - 1.1 สาเหตุของโรค อาการและการรักษาภาวะแทรกซ้อน
 - 1.2 การปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การรักษาสุขภาพเท้า และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง
 - 1.3 การหลีกเลี่ยงภาวะเครียดต่าง ๆ จัดเต็มเหล้าและบุหรี่
 - 1.4 ความก้าวหน้าหรือการดำเนินของโรค
2. ความสามารถในการปฏิบัติตน โดยประเมินว่าผู้ป่วยปฏิบัติอย่างไรในเรื่องต่อไปนี้
 - 2.1 การรับประทานอาหารในยามปกติ ได้แก่ จำนวนมือที่รับประทาน ประเภทอาหาร อาหารระหว่างมือ การหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน
 - 2.2 การควบคุมน้ำหนัก

- 2.3 การออกกำลังกายและการบริหารเท้า
- 2.4 การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายโดยเฉพาะเท้า
- 2.5 การใช้ยา
- 2.6 การหลีกเลี่ยงภาวะเครียด
- 2.7 การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะหรือในเลือดด้วยตนเอง
- 2.8 ความต่อเนื่องในการติดตามการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน

การติดตามประเมินผลการควบคุมเบาหวาน (ศจ.นพ.เทพ หิมะทองคำและคณะ, 2540 : 106-110)

เป็นที่ยอมรับกันว่าการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆของเบาหวานในระยะยาว เช่น เลือดออกในตา ไตเสื่อม เท้าชาขาดความรู้สึก ทั้งหมดนี้สาเหตุจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเป็นเวลานาน การป้องกันโรคแทรกซ้อนเหล่านี้จะมุ่งไปที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด แต่การจะประเมินผลการควบคุมเบาหวานว่าดีหรือไม่นั้นจำเป็นต้องมีข้อมูลของระดับน้ำตาลในเลือดตลอดเวลาหรืออย่างน้อยก็มีข้อมูลหลายๆ จึงจะได้ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่ถูกต้อง

การวัดระดับน้ำตาลในเลือด

ในคนปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นไม่มากนักหลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อและจะลดลงสู่ระดับปกติอย่างรวดเร็วภายใน 2 ชั่วโมง แต่คนที่เป็นเบาหวานเมื่อรับประทานอาหารประเภทเดียวกัน ระดับน้ำตาลจะสูงขึ้นมากและลดลงสู่ระดับปกติค่อนข้างช้า แต่เดิมการวัดระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar:FBS) เป็นวิธีเดียวที่ใช้กัน โดยมักจะเจาะเลือดก่อนรับประทานอาหารเข้า(หลังเที่ยงคืนแล้วไม่ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอะไรเลยนอกจากน้ำ) พบว่า ระดับ FBS ขึ้นลงเร็วตามอาหารที่เพิ่งรับประทานเข้าไป ทำให้เปรียบเทียบผลการควบคุมเบาหวานได้ยาก เช่น ค่า FBS ของวันนี้หลังจากผู้ป่วยเพิ่งไปงานเลี้ยงเมื่อคืนที่ผ่านมาจะสูงกว่า ค่า FBS หลังการรับประทานอาหารตามปกติ ทั้งๆที่จริงแล้ว อาการเบาหวานไม่ได้กำเริบแต่อย่างใด จึงมีความจำเป็นต้องหาวิธีวัดน้ำตาลที่ให้ผลแน่นอน แม่นยำกว่า เมื่อมีการคั่งของน้ำตาลในเลือดนอกจากน้ำตาลจะไปจับตามสารโปรตีนของเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายแล้ว มันยังไปจับกับโปรตีนที่ลอยอยู่ในกระแสเลือดโดยจับแบบไม่สามารถหลุดออกมาเป็นน้ำตาลโมเลกุลอิสระได้อีกตราบนานาระทั่งโปรตีนเหล่านั้นสูญสลายไปเองและมีการสร้างขึ้นใหม่ทดแทน การรับประทานอาหารในมือก่อนทำการตรวจเลือดจึงไม่มีส่วนทำให้เปอร์เซ็นต์ของน้ำตาลที่จับเปลี่ยนไปทันทีทันใดเหมือนกับระดับ FBS การวัดเปอร์เซ็นต์ของน้ำตาลที่เกาะกับโปรตีนดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นถึงผลการปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วยอย่างแท้จริง โปรตีนในเลือดที่นิยมวัดเปอร์เซ็นต์น้ำตาลที่จับอยู่ คือ ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin, Hb)ซึ่งเป็นโปรตีนที่อยู่ในเม็ดเลือด เราเรียก Hb ที่มีน้ำตาลไปเกาะอยู่ว่า ไกลโคซิเลตฮีโมโกลบิน (Glycosylated Hemoglobin) หรือ HbA1c ฮีโมโกลบินเอวันมีหลายชนิดแล้วแต่ชนิดของน้ำตาลที่ไปเกาะ แต่ทุกชนิดมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเป็นเบาหวานทั้งสิ้น จะเลือกวัดชนิดใดก็ได้ แต่ที่นิยมวัดกันในปัจจุบัน คือ การวัดค่ารวมของ HbA1c ทั้งหมด หรือ วัดเฉพาะค่าฮีโมโกลบินเอวันที่มีน้ำตาลกลูโคสมาจับหรือที่เรียกว่า ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ในคนปกติที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีจะมีค่าประมาณ 4-6% ของ HbA1c ทั้งหมด คนที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างสม่ำเสมอ

เป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ ระดับ HbA1c ควรมีค่าต่ำกว่า 8% คนที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมได้พอใช้ มักมีค่า HbA1c อยู่ระหว่าง 8-10% ถ้าเกิน 10% แสดงว่า ในระยะ 6-8 สัปดาห์ที่ผ่านมาการควบคุมเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดีมาก การวัดระดับ HbA1 เป็นการบอกถึงการควบคุมน้ำตาลในระยะ 6-8 สัปดาห์ ค่าของ HbA1 จะเปลี่ยนไปก็ต่อเมื่อ Hb ได้เสื่อมสลายไปตามอายุของเม็ดเลือดแล้ว

ตารางประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Harold E.Lebovitz,1998: 78)

Biochemical Index	Nondiabetic	Good	Additional Active Suggested
Preprandial glucose (mg/dl)	< 110	80-120	< 80 , > 140
Bedtime glucose (mg/dl)	< 120	100-140	< 100 , > 160
HbA1c (%)	< 6	< 7	> 8

Harold E.Lebovitz . Medical Management type 2 diabetes. 4th Ed ,1998. By ADA :78.

ผู้ป่วยแต่ละรายมีเป้าหมายการควบคุมเบาหวานที่ระดับต่างกัน โดยทั่วไปผู้ป่วยที่อายุน้อยและยังไม่มีโรคแทรกซ้อนทุกรายต้องตั้งเป้าหมายของการควบคุมไว้ในระดับควบคุมดี ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับควบคุมดีโดยสมบูรณ์จะต้องควบคุมได้ในเกณฑ์ที่กำหนดโดยไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยสูงอายุ การควบคุมตั้งเป้าหมายที่ระดับควบคุมยอมรับได้ ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังที่อยู่ในระยะท้าย หรือมีโรคอื่นที่รุนแรงกว่าร่วมด้วย อาจตั้งเป้าหมายการควบคุมที่ระดับควบคุมพอใช้หรือยอมรับได้ (วรรณิ นิธิยานันท์,2535 : 4)

4. พฤติกรรมและการวัดพฤติกรรม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ,2526:15-27,ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ,2536)

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น พฤติกรรมมีส่วนประกอบอยู่สามส่วนด้วยกัน คือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain)

พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆรวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ แบ่งได้เป็น 6 ชั้น คือ

- ก. ความรู้ (knowledge) เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้จากประสบการณ์ที่เคยมีมาก่อน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความหมาย คำจำกัดความ ทฤษฎี โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น จะเห็นได้ว่าไม่ได้ใช้ความสามารถทางสมองมากนัก

- ข. ความเข้าใจ (comprehensive) เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความ และขยายความในเรื่องต่างๆ คือ รู้ว่าสิ่งนั้นไม่ดี สิ่งนี้ดี
- ค. การนำไปใช้ (application) เป็นความสามารถในการนำวิธีการ ทฤษฎี แนวคิดต่างๆไปใช้ในสถานการณ์จริง
- ง. การวิเคราะห์ (analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมายเป็นส่วนๆตามลำดับขั้นของความคิด
- จ. การสังเคราะห์ (synthesis) เป็นความสามารถในการนำส่วนประกอบย่อยหลายๆส่วนมารวมเข้าเป็นเรื่องเดียวกันเพื่อสร้างแบบแผนที่ไม่เคยมีมาก่อน
- ฉ. การประเมินผล (evaluation) เป็นความสามารถในการให้ค่าต่อความรู้ ข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งจะต้องใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นส่วนประกอบในการประเมิน การประเมินผลนอกจากจะเป็นความสามารถขั้นสุดท้ายของพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญาแล้ว ยังเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญของพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา กับ พฤติกรรมทางด้านความรู้สึก (Affective Domain)

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain)

พฤติกรรมด้านนี้หมายถึงความถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับ-การเปลี่ยน หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคล สามารถแบ่งได้เป็น 5 ชั้น คือ

- ก. การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นชั้นที่แสดงว่าบุคคลนั้นได้ถูกกระตุ้นให้รับทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลนั้นจะมีความยินดีหรือ มีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับสิ่งเร้านั้นหรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น
- ข. การตอบสนอง (Responding) ในชั้นนี้บุคคลจะถูกจูงใจให้เกิดความสนใจอย่างเต็มที่ หรือมีความรู้สึกผูกมัดกับวัตถุ สิ่งของ สถานการณ์ หรือ ปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นพยายามทำปฏิกิริยาตอบสนองบางอย่าง หรือได้รับความพึงพอใจจากการมีส่วนร่วม หรือจากการทำกิจกรรมนั้น
- ค. การให้ค่าหรือเกิดค่านิยม (Valuing) พฤติกรรมชั้นนี้อาจใช้คำว่า “ความเชื่อ” หรือ “ทัศนคติ” แทน บุคคลจะกระทำปฏิกิริยาหรือมีพฤติกรรมซึ่งแสดงว่าเขายอมรับหรือรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเขา หรือแสดงว่าเขามีค่านิยมอย่างใดอย่างหนึ่ง
- ง. การจัดกลุ่มค่า (Organization) เมื่อบุคคลเกิดค่านิยมต่างๆขึ้นแล้ว ค่านิยมที่เขามีนั้น อาจมีหลายชนิด จึงมีความจำเป็นต้องจัดระบบของค่านิยมต่างๆให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น
- จ. การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Value complex) ในชั้นนี้ ค่านิยมต่างๆจะอยู่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมชั้นต่างๆของบุคคล เพราะถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และบุคคลก็จะจัดอันดับค่านิยมเหล่านั้น อาจจะเรียงลำดับจากดีที่สุดถึงด้อยที่สุด

ค่านิยมเหล่านี้จะเป็นตัวควบคุมพฤติกรรมของบุคคล เชื่อกันว่าบุคคลจะแสดงปฏิกิริยาต่างๆโดยมีผลมาจากค่านิยมที่เขามีหรือรับเอาไว้

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)

พฤติกรรมนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันทีแต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป ซึ่งจะต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วเป็นส่วนประกอบ (ทางด้านพุทธิปัญญาและทัศนคติ) พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน

ตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้ง 3 ประเภท เช่น การควบคุมอาหาร บุคคลที่ต้องการจะลดน้ำหนักนั้น ประการแรกต้องมีความรู้ว่าจะรับประทานอาหารประเภทใดบ้างที่จะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ มีความเข้าใจว่าทำไมอาหารเหล่านั้นจึงมีประโยชน์เมื่อรับประทาน และสามารถวิเคราะห์ว่าอาหารชนิดใดที่เหมาะสมกับตนมากที่สุด ขณะเดียวกันบุคคลนั้นก็จัดการสร้างระบบของการรับประทานอาหารตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ รวมทั้งการตรวจสอบเกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่ลดลง โดยการชั่งน้ำหนักไว้เกี่ยวกับองค์ประกอบทางด้านทัศนคติ-ค่านิยม และพฤติกรรมการปฏิบัติ บุคคลอาจจะมีทัศนคติที่เห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องออกกำลังกายให้ได้ตามที่ตนสามารถมีรูปร่างที่ได้สัดส่วน การยอมรับค่านิยมหรือให้ค่าสูงต่อการลดน้ำหนักจะเกิดเป็นระบบค่านิยมขึ้นในตัวบุคคลนั้น ซึ่งจะมีส่วนผลักดันให้บุคคลนั้นมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป

การวัดพฤติกรรม

การวัดพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น การวัดความรู้ ความคิดเห็น เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น เป็นการวัดทางการศึกษา (Education Measurement) (บุญธรรม กิจปริดาภิรุต, 2535:19) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดทางการศึกษามีหลายอย่างหลายวิธี แต่ละวิธีมีลักษณะ วิธีใช้ และประโยชน์แตกต่างกัน เครื่องมือที่นิยมใช้วัดทางการศึกษามีดังนี้ (ผศ.ภัทรา นิคมานนท์, 2534:21-50)

1. แบบทดสอบ (test) หมายถึง ชุดคำถามหรือกลุ่มของงานใดๆ ที่สร้างขึ้นมาแล้วนำไปทำให้ผู้สอบแสดงพฤติกรรมที่ต้องการออกมาโดยสามารถสังเกตและวัดได้ บางครั้งแบบทดสอบอาจมีลักษณะเป็นคำสั่งให้ปฏิบัติ
2. การสังเกต (observation) เป็นเครื่องมือวัดผลที่ใช้ประสาทสัมผัสของคนทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล การสังเกตจะได้ผลดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความตั้งใจ ประสาทสัมผัส การรับรู้ของผู้สังเกตเอง
3. แบบสำรวจรายการ (checklist) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประกอบการสังเกตอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้สังเกตจะกาเครื่องหมายลงในรายการที่สังเกตได้ แบบสำรวจเป็นแบบสอบถามที่ถามเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ
4. การบันทึกย่อ (anecdotal records) เป็นการบันทึกพฤติกรรมหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่สังเกตได้ ในการบันทึกผู้สังเกตจะบันทึกข้อความสั้นๆ เกี่ยวกับสิ่งที่สังเกตได้ตามความเป็นจริง
5. การจัดอันดับคุณภาพ (rating) เป็นการพิจารณาเรียงอันดับปริมาณหรือคุณภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยเปรียบเทียบกับบุคคลหรือสิ่งที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันหรือประเภทเดียวกัน
6. การสัมภาษณ์ (interview) เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยการพูดคุยซักถามกับบุคคลที่เราต้องการข้อมูลโดยตรง มีการซักถามโต้ตอบซึ่งกันและกันได้กรณีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่เข้าใจคำถามของผู้สัมภาษณ์

7. แบบสอบถาม (questionnaire) เป็นข้อความหรือคำถามที่สร้างขึ้นเพื่อสอบถามความคิดเห็นหรือข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความสนใจ ปัญหา ความต้องการ ข้อคิดเห็นและเรื่องราวต่างๆที่เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการทราบ บางครั้งแบบสอบถามต้องอาศัยการสัมภาษณ์ประกอบ เพราะผู้ถูกวัดไม่รู้หนังสือหรือไม่ถนัดเขียนตอบ ในกรณีเช่นนี้ผู้รวบรวมข้อมูลต้องถามตามแบบสอบถามและตอบหรือทำเครื่องหมายในแบบสอบถามตามที่ผู้ถูกวัดตอบ
 8. สังคมมิติ (sociometry) เป็นเครื่องมือที่ใช้ศึกษาโครงสร้างและความสัมพันธ์ทางจิตใจของบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันว่ามีความสัมพันธ์กันในลักษณะใด
 9. การให้ปฏิบัติจริง (situation test) เป็นการหาข้อมูลโดยการให้ผู้ถูกวัดลงมือปฏิบัติจริง เป็นการวัดความสามารถขั้นการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติหลังจากมีการสอนแล้ว
 10. การศึกษารายกรณี (case study) เป็นการศึกษาปัญหาใดปัญหาหนึ่งโดยเฉพาะอย่างลึกซึ้ง โดยใช้เครื่องมือหลายอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลทุกแง่มุม เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาสาเหตุเพื่อแก้ปัญหาต่อไป
 11. การให้จินตนาการ (projective technique) เป็นการศึกษาลักษณะสภาพจิตใจของคนโดยวิธีการให้บุคคลสะท้อนลักษณะทางบุคลิกภาพออกมาโดยไม่รู้ตัว
- ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมของผู้ดูแล ได้แก่ การใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

นิศา ชูโต (2524) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผู้สูงอายุไทย เพื่อศึกษาโครงสร้างทางสังคมและครอบครัว การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การพักผ่อนหย่อนใจ และการร่วมกิจกรรมทางสังคม ศึกษาจากทุกภาคของประเทศ ที่จังหวัดอุบลราชธานี อุดรธานี เชียงใหม่ นครศรีธรรมราช จำนวน 1,000 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา มีฐานะยากจน ครอบครัวและลูกๆมีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลเลี้ยงดูเมื่อพ่อแม่เข้าสู่วัยสูงอายุ ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรหลาน และญาติพี่น้อง

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2525) ทำการวิจัย เรื่อง ระบาดวิทยาคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 58 ต้องพึ่งพาอาศัยอยู่กับญาติ และร้อยละ 40 สามารถพึ่งพาตนเองได้

พีรสิทธิ์ คำวนศิลป์และคณะ (2525) ทำการวิจัยเรื่องความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความสุขในครอบครัว อาศัยอยู่ในครอบครัวแบบขยาย ร้อยละ 89 ต้องการให้ภาครัฐดูแลผู้สูงอายุเป็นของลูกหลาน รัฐเพียงจัดหาสิ่งสนองความต้องการให้เท่านั้น

นภาพร ชัยวรรณและคณะ (2532) วิจัยเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 90 ต้องการให้ลูกหลานเลี้ยงดู ร้อยละ 75 มีสาเหตุสำคัญของการที่ไม่สามารถทำงานได้ คือ สุขภาพร่างกายไม่ไหว (พบร้อยละ 81 ของผู้สูงอายุในชนบท) และผู้สูงอายุยังมีอายุมากขึ้นเท่าไร ก็ยิ่งต้องการความเอาใจใส่เลี้ยงดูจากบุตรหลานมากขึ้นเท่านั้น

มาลี ธรรมลิขิตกุล (2526) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มารับบริการด้านการรักษาพยาบาล พบว่า ร้อยละ 80 ต้องการบุตรไว้เป็นที่พึ่งเวลาเจ็บป่วย เป็นผู้พามาโรงพยาบาล เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา และลูกสาวเป็นผู้ที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุด

สุธีรา นัยจันทร์ (2530) ศึกษาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวผู้ใช้บริการศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง และครอบครัวสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าครอบครัวและผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวันทุกวัน มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารและประสบการณ์ร่วมกัน มีการยอมรับซึ่งกันและกัน และครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมมาก

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การปรนนิบัติดูแลรับผิดชอบช่วยเหลือผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำและต่อเนื่อง จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพดีกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลช่วยเหลือเป็นครั้งคราว

ศิริวรรณ ศิริบุญ (2535) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่า ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากบุตรหลานหรือคนในครอบครัวโดยบุคคลที่ให้การดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ บุตรหลาน ซึ่งเป็นเพศหญิง ถ้าไม่มีบุตรหลานส่วนใหญ่จะอยู่กับคู่สมรสหรือญาติ มีส่วนน้อยที่อยู่คนเดียวแต่จะปลูกบ้านอยู่ใกล้เคียงกับญาติเพื่อให้การช่วยเหลือได้เมื่อต้องการ

อาพร สุขสวัสดิ์ (2534) ศึกษาบทบาทของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเรื่องอาหารโดยบุตรที่อยู่ด้วยกันจะจัดซื้ออาหารมาให้ ช่วยปรุงอาหารโดยคำนึงถึงผู้สูงอายุและจัดอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทาน

สุจิตรา นิลเลิศ (2539) พบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 18.7 ที่บุตรไม่ได้ให้การดูแลเรื่องอาหารเนื่องจากต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารพร้อมกันเฉพาะมื้อเย็น ส่วนมื้อเช้าและมื้อเที่ยงจะรับประทานเพียงลำพังโดยรับประทานอาหารที่บุตรจัดเตรียมไว้ให้ในตอนเช้า

อดุลย์ วิริยเวชกุลและคณะ (2540:18) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (2538) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยร้อยละ 71.1 โดยสัดส่วนของการเจ็บป่วยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น ข้อเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

กรองจิตร ชมสมุท (2535:ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือจากญาติ เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย จะมีทัศนคติและปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเฉลี่ยดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

วัฒน์ คล้ายดี (2530: 149-152) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการสอนผู้ป่วยร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยจะมีบทบาทและอิทธิพลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยพบว่าการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การระวังการเกิดแผลที่เท้า และการมาพบแพทย์ตามนัดภายหลังให้สุขศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะถูกต้องกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

พรพิศ ชีวะคำณวน (2535 : ก) ศึกษาสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลอุดรธานี 120 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาธิต วรรณแสงและคณะ (2530 : 126-130) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ในประชากร 1001 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร โดยใช้ Simple correlation พบว่า ความอ้วนมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากควบคุมตัวแปรด้านอายุ ความดันโลหิต ระยะเวลาหัวใจบีบตัวและคลายตัว ระดับโคเลสเตอรอลในโลหิต ด้วยค่า $r=0.18$ ในเพศชาย และ $r=0.15$ ในเพศหญิง

เรืออากาศเอกหญิงสุภาภรณ์ ธนะเกียรติวารี (2531 :ก) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (NIDDM) ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานมากที่สุด คือ ธรรมชาติความอ้วน โดยเพศหญิงที่มีธรรมชาติความอ้วน > 25 กิโลกรัม / (เมตร)² และเพศชายที่มี ธรรมชาติความอ้วน > 27 / กิโลกรัม/(เมตร)² จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน 12.7 เท่าของเพศหญิง โดยเพศหญิงที่มีธรรมชาติความอ้วน < 25 กิโลกรัม/(เมตร)² และเพศชายที่มีธรรมชาติความอ้วน < 27 กิโลกรัม/(เมตร)²

รัชตะ รัชตะนาวันและคณะ (2530: 183-189) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 140 คน พบว่ามีการควบคุมโรคอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดีถึงร้อยละ 89.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการควบคุมโรคไม่ดีพอในเรื่องเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร

วิรัตน์ โพคะรัตน์ศิริ และคณะ (2538 : 30-35) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถภาพในการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา จำนวน 188 คน พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสม ($p=0.0420$) การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลมาก ($p=0.3000$) การรับประทานยาได้ตรงตามเวลาทุกวัน ($p=0.0250$) การรับการตรวจรักษาตามนัดได้อย่างสม่ำเสมอ ($p=0.0019$)

งานวิจัยในต่างประเทศ

Bertera (1991:214) ศึกษาความสัมพันธ์ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นและมีสุขภาพดีขึ้น

Jone and Vetter (1984:511-514) สัมภาษณ์ผู้ที่อายุมากกว่า 70 ปี จำนวน 1066 คนที่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 256 คนมีผู้ดูแลหลักที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลเหล่านี้ได้ถูกสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลที่พวกเขาให้แก่ผู้สูงอายุด้วย ซึ่งจากการวิจัยนี้สนับสนุนว่าครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์หลักของการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่น และผู้ดูแลส่วนมากเป็นผู้หญิงในครอบครัว

Kail,et al. (1989:261-281) รายงานการศึกษาของ Litwak's (1985) เกี่ยวกับคู่สมรส ญาติ เพื่อนบ้านที่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวตามการรักษาพยาบาลของแพทย์ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งญาติ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับยาอย่างถูกต้องในระยะยาว และจะเป็นบุคคลที่สร้างความเข้าใจและยอมรับให้เกิดขึ้นระหว่างผู้สูงอายุและแพทย์ได้

Kaplan and Hartwell (1987:387-398 อ้างใน พรพิศ ชีวะคำณวน,2535:2) ศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยในการดูดซับความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทำให้ควบคุมโรคได้ดีขึ้น

Klemp (1986 : 144) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยทางด้านครอบครัวกับการควบคุมโรคเบาหวาน พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการควบคุมโรค เพราะจะช่วยลดความคับข้องใจให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยินดีที่จะปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค แต่ถ้ามีการสนับสนุนน้อย การปฏิบัติตัวก็จะไม่ดีไปด้วย

Wishner & O'Brien (1876:849-855 อ้างในพวรรณ อัครรัตน์ 2536:31) กล่าวว่า อิทธิพลความเชื่อของครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาโรคใด ๆ จะมีผลต่อการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวใดมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของตนสามารถรักษาได้และการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ก็จะทำให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนตามแผนการรักษา

Mengel MB, et al. (1990:149-162) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของกลไกครอบครัวในการทำหน้าที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่นจะมีประสบการณ์ในการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีและควบคุมระดับน้ำตาลได้ใกล้เคียงปกติ ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีความผูกพันหรือไม่มีความใกล้ชิดจะควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดีและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

Hausen, et al. (1985 อ้างในพิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ 2530:134) ศึกษาครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเป็นเบาหวาน พบว่าครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงวิธีฉีดอินซูลินด้วยตนเอง และควบคุมอาหาร ซึ่งครอบครัวจะช่วยให้สมาชิกเกิดการยอมรับต่อโรคและขณะเดียวกันครอบครัวก็ปรับตัวเข้ากับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของสมาชิก

Salan (1982:593) พบว่า ถ้าให้อินซูลินในผู้ป่วยที่อ้วน ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดจะน้อยกว่าในผู้ป่วยที่ไม่อ้วน เนื่องจากความอ้วนอาจทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้อินซูลินทำงานได้ไม่เต็มที่

Cox et al. (1984 :63-75) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จำนวน 59 คน โดยใช้แบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ

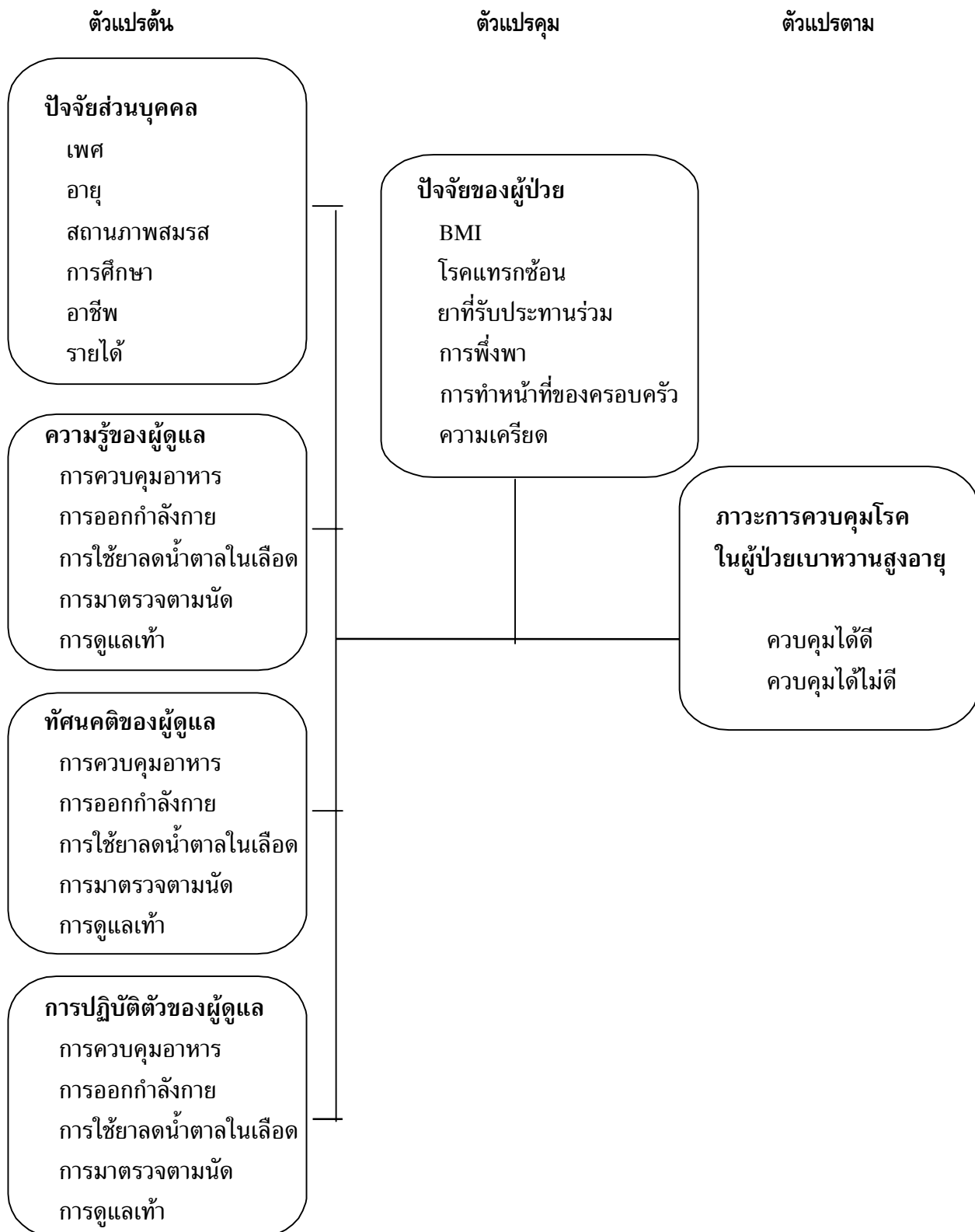
Mazze et al. (1984 : 360-366) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทางด้านจิตใจและสังคมกับการควบคุมโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน 84 คน วัดการควบคุมโรคจาก HbA1c พบว่า กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดีกับกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ความเครียดมีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน

Peyrot and McMurry (1992 : 842-846) ศึกษาความเครียดกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้าและความเครียดเรื้อรังมีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเลวลง

Takekoshi,et al. (1987 อ้างใน โฉมยง เหลาโชติ 2537:59) ได้ติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลไซเซโก ประเทศญี่ปุ่น จำนวน 103 คน ในระยะเวลา 10 ปี พบว่า ธรรมชาติความอ้วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่วิ่งเหยาะๆ ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกายและออกกำลังกายด้วยการเดิน อัตราความชุกของโรคของจอร์ับภาพตาเสื่อมในกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเดินเพิ่มมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายด้วยการวิ่งเหยาะๆ อัตราความชุกของโรคเส้นโลหิตแข็งในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายและออกกำลังกายด้วยการเดินมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายด้วยการวิ่งเหยาะๆ

Steidl,et al.(1980) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มาจากกรอบครีวแบบมีทิศทางออกจากกรอบครีว (Centrifugal) มักไม่มาตามนัดแพทย์นัดและไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังมีผลการรักษาที่ไม่ดีเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มาจากกรอบครีวแบบเข้าหากรอบครีว (Centripetal)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ได้กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ คือ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เรื่อง พฤติกรรมของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้ข้อมูลในช่วงเวลาที่กำหนด (Cross-Sectional study)

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้
 - 1.1 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
 - 1.2 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
 - 1.3 แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
 - 1.4 ได้รับการรักษาด้วยวิธีรับประทานยาเม็ด ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
 - 1.5 ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง ก่อนวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2541
 - 1.6 มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
1. ผู้ดูแล ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้
 - 2.1 ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีคุณสมบัติตามข้อ 1
 - 2.2 ดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 2 เดือน ก่อนเจาะเลือดตรวจ HbA1c
 - 2.3 มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างจะมี 2 วิธี ตามวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จะเลือกผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลทุกคนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ข้างต้น ในกรณีที่มีผู้ดูแลมากกว่า 1 คนขึ้นไปให้เลือกผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่กำหนดมากที่สุดเพียงคนเดียว

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้นจะแบ่งผู้ดูแลออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานเป็นเกณฑ์ คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c $\leq$ 8 mg%) และ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (HbA1c $>$ 8 mg%) ในแต่ละกลุ่มจะเลือกผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแตกต่างกันไป ซึ่งในที่นี้จะมีความสัมพันธ์ 3 แบบ คือ สามียหรือภรรยา บุตรสาว และ สะใภ้

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง

ใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และดูประวัติของการใช้ยาอื่นที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยนอกจากยารักษาเบาหวาน

2. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนตัว : HN ชื่อ อายุ ที่อยู่ ซึ่งได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง

2.2 ดัชนีความอ้วน BMI : น้ำหนัก เป็นกิโลกรัม ส่วนสูงเป็นเมตร

2.3 โรคแทรกซ้อน

ตา : V.A ตาซ้ายและขวา , Fundus ตาซ้ายและขวา

ไต : UA , Urine microalbuminuria , Creatinine ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง , BUN , Creatinine

เส้นประสาท : Blood pressure ทำยืนและทำนอน , motor power ทั้งแขนและขา ข้างซ้ายและขวา ในส่วน proximal และ distal , วัดความรู้สึกเกี่ยวกับ pinprick , touch , proprioception , vibration , temperature

หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ : ประวัติการเจ็บหน้าอก และ CVA , วัดความดันโลหิต แขนและขาทั้งซ้ายและขวา , คลำชีพจรในตำแหน่งเส้นเลือดแดง Brachial , Radial , Dorsalis pedis , Posterior tibial , ฟังเสียง carotid bruits , Chest x-ray , EKG

2.4 ยาที่รับประทานร่วม คือ ยาที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานนอกเหนือจากยารักษาเบาหวาน ซึ่งการได้รับยานั้นๆอยู่ภายในช่วง 3 เดือนก่อนเจาะเลือดตรวจ HbA1c ดูได้จากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง

ยาที่มีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูง : Betamethasone, Cortisone, Dexamethasone,

Furosemide, Hydrocortisone, Phenytoin,

Prednisolone, Thiazides, Triamcinolone

ยาที่มีผลทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ : Allopurinol, Aspirin, Propanolol, Salicylate,

Sulfonamides

2.5 ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี ได้จากการเจาะเลือดผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานในช่วง 6-8 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร

ถ้าค่า HbA1c น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ถือว่า ควบคุมโรคได้ดี

ถ้าค่า HbA1c มากกว่า 8 ถือว่า ควบคุมโรคได้ไม่ดี

ส่วนที่ 5 การพึ่งพา ใช้แบบทดสอบที่ดัดแปลงมาจาก ดัชนีบาร์เธล (BARTHEL INDEX) ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน 8 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิ้วม การใช้ห้องสุขา การอาบน้ำ การเดิน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ โดยแต่ละกิจกรรมจะมีระดับการให้คะแนนไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับความสำคัญของแต่ละกิจกรรมต่อการดำรงชีพ ซึ่งคะแนนของแต่ละกิจกรรมจะอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดได้ 75 คะแนน แบ่งเกณฑ์การพึ่งพา ดังนี้

คะแนนรวมเท่ากับ 75 คะแนน ถือว่า ไม่พึ่งพา

คะแนนรวมน้อยกว่า 75 คะแนน ถือว่า พึ่งพา

ส่วนที่ 6 การทำหน้าที่ของครอบครัว ใช้แบบทดสอบของ Chulalongkorn Family Inventory:CFI ของ อุมพร ตรังคมบัติ เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม มีค่าความเชื่อมั่นที่ $\alpha = 0.88$ จำนวนข้อคำถาม 36 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ข้อความเชิงบวก	ตรงมากที่สุด ได้	4 คะแนน
	ตรงปานกลาง ได้	3 คะแนน
	ตรงเล็กน้อย ได้	2 คะแนน
	ไม่ตรงเลย ได้	1 คะแนน
ข้อความเชิงลบ	ตรงมากที่สุด ได้	1 คะแนน
	ตรงปานกลาง ได้	2 คะแนน
	ตรงเล็กน้อย ได้	3 คะแนน
	ไม่ตรงเลย ได้	4 คะแนน

5. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยการสร้างคำถามในการสนทนา สาระประเด็นคำถามวิจัยจำแนกเป็นหัวข้อต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการควบคุมโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ซึ่งจะทำให้การสัมภาษณ์ในผู้ดูแล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมโรค(ระดับน้ำตาลในเลือด)ได้ดี และ กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมโรค(ระดับน้ำตาลในเลือด)ได้ไม่ดี เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมของผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มที่กล่าวมาข้างต้น

3.3 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล

ขั้นที่ 1 ศึกษาข้อมูลจากแบบสอบถาม เอกสารต่างๆ นำมาสร้างเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ขั้นที่ 2 นำแบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวานและแบบสอบถามผู้ดูแลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง (Validity) ตามเนื้อหา 2 ท่าน และทางโครงสร้าง 1 ท่าน

ขั้นที่ 3 ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม

ขั้นที่ 4 นำแบบสอบถามไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปทดสอบในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในกิ่งอำเภอนาคู ซึ่งเป็นอำเภอใกล้เคียงกับอำเภอเขาวง จำนวน 20 คน

ขั้นที่ 5 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ได้ค่า $\alpha = 0.7940$

ขั้นที่ 6 ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามอีกครั้ง

ขั้นที่ 7 นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจริง

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนออกเก็บข้อมูล ได้จัดให้มีการอบรมผู้สัมภาษณ์จำนวน 5 คน เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน และมีมาตรฐานในการทำงานเหมือนกัน เป็นเวลา 2 วัน ซึ่งมีเนื้อหาในการอบรมเกี่ยวกับ

- ก) การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุและผู้ดูแล โดยทีมนักวิจัยเป็นผู้ให้การอบรม
- ข) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เชิญอาจารย์ที่ปรึกษาจากคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์เป็นวิทยากร

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ได้มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และ เชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มีการเก็บข้อมูลทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล

ก) ในสถานพยาบาล

นัดผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มาอนที่โรงพยาบาล วันละประมาณ 15 ถึง 20 คน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ

- 1. Body Mass Index : ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง
- 2. โรคแทรกซ้อน

2.1 ทางตา : V.A. , Fundus ซึ่งทำการตรวจโดยจักษุแพทย์จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2.2 ทางไต : UA , Urine microalbuminuria , Creatinine ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง , BUN , Creatinine

2.3 เส้นประสาท : Blood pressure ทำเย็นและทำนอน , motor power ทั้งแขนและขา ข้างซ้ายและขวา ในส่วน proximal และ distal , วัดความรู้สึกเกี่ยวกับ pinprick , touch , proprioception , vibration , temperature

2.4 หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ : ประวัติการเจ็บหน้าอก และ CVA , วัดความดันโลหิต แขนและขาทั้งซ้ายและขวา , คลำชีพจรในตำแหน่งเส้นเลือดแดง Brachial, Radial, Dorsalis pedis , Posterior tibial , ฟังเสียง Carotid bruits, Chest x-ray , EKG

การตรวจหาโรคแทรกซ้อนทางเส้นประสาทและหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ได้ทำการส่งทีมวิจัยจำนวน 4 คน ไปฝึกตรวจร่างกายผู้ป่วยเบาหวานกับอาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ก่อนทำการตรวจจริงในกลุ่มตัวอย่าง

3. HbA1c : ทางโรงพยาบาลจะทำการเจาะเลือดผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ใช้ในการศึกษา จากนั้นส่งไปตรวจหาค่า HbA1c ทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

4. ความเครียดของผู้ป่วย: ใช้แบบสอบถามที่ทดสอบหาค่าความถูกต้องและความเชื่อมั่นแล้ว

ข) นอกสถานพยาบาล

ผู้สัมภาษณ์จะออกไปสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญและหาค่าความเชื่อมั่นแล้ว

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ก่อนเริ่มทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกกับอาจารย์ที่ปรึกษา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากนั้นจึงได้กลับมาฝึกการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่เลือกไว้ จำนวน 4 คน และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อปรับปรุงวิธีการเก็บข้อมูลให้ดียิ่งขึ้นก่อนออกเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจริง

ภายหลังจากทราบค่า HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ส่งไปตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์แล้ว ผู้วิจัยจึงออกไปทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแลที่เรากำหนดไว้ คือ กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมโรคได้ดี และกลุ่มผู้ดูแลที่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมโรคได้ไม่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด การมาตรวจตามนัด และการดูแลเท้า ซึ่งการสัมภาษณ์ดังกล่าว อาจพบข้อเท็จจริงบางอย่างนอกเหนือจากประเด็นที่สนใจ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวาน ความกลัวต่อการเป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น

ในการสัมภาษณ์เชิงลึกนั้น ผู้สัมภาษณ์ได้ออกติดตามเยี่ยมบ้านและทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยใช้สถานที่ในการสัมภาษณ์แตกต่างกันไปตามความสะดวกของผู้ถูกสัมภาษณ์ เช่น ที่ทุ่งนา ที่บ้าน รวมทั้งมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยบางคำถามจะทำการพูดคุยกับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุด้วย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้สัมภาษณ์จะทำการทักทาย แนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ พยายามสร้างความคุ้นเคยกับผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นกันเอง และไว้วางใจผู้สัมภาษณ์ ให้ความรู้สึกเหมือนเป็นการพูดคุยกันตามปกติ
2. หัวข้อที่ใช้ในการสัมภาษณ์อาจไม่เรียงตามแนวทางสัมภาษณ์ที่ตั้งไว้ และรายละเอียดในแต่ละหัวข้ออาจแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของผู้ดูแล พยายามให้ผู้ดูแลเป็นฝ่ายพูด บอกเล่าเป็นส่วนใหญ่ และหากหัวข้อใดที่ผู้สัมภาษณ์ต้องการคำตอบเพิ่มเติม ก็จะถามย้ำในประเด็นนั้น ๆ ซ้ำอีกครั้ง

3. ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง จะใช้ผู้สัมภาษณ์หลัก 1 คน และผู้จัดบันทึกข้อความสนทนา 1 คน และเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 2 ชั่วโมงต่อผู้ดูแล 1 คน
4. เมื่อผู้สัมภาษณ์ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเสร็จสิ้นในแต่ละครั้ง จะนำข้อมูลที่ได้มาทบทวนและแยกจัดกลุ่มข้อมูล ถ้าพบว่าไม่มีข้อมูลแปลกใหม่เกิดขึ้นในกลุ่มนั้น ผู้สัมภาษณ์จะทำการหยุดสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ดูแลกลุ่มดังกล่าว

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่รวบรวมข้อมูลได้แล้ว จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ใช้ค่าไคสแควร์, Odds Ratio ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และ Multiple logistre regression analysis
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลกับการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ใช้ค่าไคสแควร์ ,Odds Ratio ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และ Multiple logistre regression analysis
4. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี โดยไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น ใช้ unpaired t-test , Odds Ratio , ประเมินค่าช่วงเชื่อมั่น 95%
5. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี และ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี นำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ในบทนี้ผู้วิจัยได้อธิบายถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม และผลการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแบ่งเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. สภาพทั่วไปของอำเภอเขาวง
2. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุกับภาวะการควบคุมโรค เมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุกับภาวะการควบคุมโรค เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น
5. ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำแนกรายด้าน ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี
6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น
7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น
8. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

สภาพทั่วไปของอำเภอเขาวง

อำเภอเขาวงตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อยู่บริเวณเทือกเขาภูพาน มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 207 ตารางกิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบบริเวณกว้าง มีลักษณะเป็นแอ่ง อยู่สูงจากระดับน้ำทะเลปานกลาง ระดับสูงสุด 262 เมตร ระดับต่ำสุด 168 เมตร

อาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดกับกิ่งอำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ และ อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
ทิศใต้	ติดกับอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
ทิศตะวันออก	ติดกับอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
ทิศตะวันตก	ติดกับกิ่งอำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

การคมนาคมติดต่อระหว่างอำเภอกับจังหวัด โดยทางรถยนต์ ระยะทาง 98 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที

สภาพภูมิอากาศ

เป็นมรสุมเมืองร้อน เนื่องจากที่ตั้งอำเภอมีลักษณะเป็นแอ่ง มีภูเขาล้อมรอบ อากาศจึงค่อนข้างหนาวและลมค่อนข้างแรงตามบริเวณเชิงเขาเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงกุมภาพันธ์ ฤดูร้อนเริ่มตั้งแต่กุมภาพันธ์ถึงเมษายน อุณหภูมิสูงสุดเดือนเมษายน เฉลี่ยประมาณ 38.5 องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดเดือนมกราคม ประมาณ 12 องศาเซลเซียส

ประชากร

ส่วนใหญ่เป็นชาวผู้ไท ใช้ภาษาท้องถิ่นผู้ไท นับถือศาสนาพุทธ มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 36,650 คน เป็นชาย 18,069 คน และหญิง 18,581 คน ความหนาแน่นของประชากรเฉลี่ยประมาณ 177 คน/ตารางกิโลเมตร

การปกครอง

การบริหารราชการส่วนภูมิภาค อำเภอเขาวงแบ่งการปกครองเป็น 6 ตำบล 59 หมู่บ้าน
การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น มีเทศบาลตำบล 1 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 3 แห่ง

สภาพเศรษฐกิจและสังคม

ราษฎรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก พื้นที่ทางการเกษตรมีจำนวน 67,969 ไร่ และมีการทอผ้า ปลูกมันสำปะหลังเป็นอาชีพรอง ประชากรส่วนใหญ่มีฐานะยากจน รายได้เฉลี่ย 8,185 บาท/คน/ปี

การศึกษา

มีโรงเรียนอนุบาล 2 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา 17 แห่ง และโรงเรียนมัธยมศึกษา 3 แห่ง

การสาธารณสุข

อำเภอเขาวงมีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง 1 แห่ง และสถานอนามัย 5 แห่ง การเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐไม่ค่อยสะดวกในบางหมู่บ้านโดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน ในกรณีที่เจ็บป่วยไม่มาก ส่วนใหญ่จะซื้อยารับประทานเองเนื่องจากมีร้านขายของชำอยู่ทุกหมู่บ้านซึ่งจำหน่ายยาด้วย กรณีเจ็บป่วยมากหรือคลอดจึงจะไปรับบริการที่สถานอนามัยและโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะมารับบริการที่โรงพยาบาลเขาวง มีบ้างเล็กน้อยที่ไปรับบริการตามคลินิก

คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง

คลินิกเบาหวานเปิดให้บริการที่อาคารผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเขาวงทุกวันอังคารและวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.30 น.-12.00 น. ไม่มีแพทย์ที่รับผิดชอบคลินิกเบาหวานโดยเฉพาะ มีโครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านแต่ทำได้ไม่สม่ำเสมอ และมีโครงการให้สูขศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายกลุ่มที่หน้าห้องตรวจโรคโดยเจ้าหน้าที่สูขศึกษาและประชาสัมพันธ์ซึ่งก็ยังไม่ต่อเนื่องเช่นกัน

ขั้นตอนการให้บริการในคลินิกเบาหวาน

ในวันที่มีคลินิกเบาหวาน ผู้ป่วยจะเริ่มมารับบริการตั้งแต่เวลา 6.00 น. เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจะนำบัตรประจำตัวโรงพยาบาลมายื่นที่ห้องบัตรเพื่อติดบัตรคิวและค้นบัตรตรวจโรค และนำบัตรนัดไปยังที่ห้องชั้นสูตรโรค เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าที่หลอดเลือดดำ (FBS) หลังตรวจเลือดแล้วผู้ป่วยสามารถไปรับประทานอาหารเช้าก่อนจะกลับมารอฟังผลเลือดและรอรับการตรวจจากแพทย์ ระหว่างที่ผู้ป่วยไปรับประทานอาหารเช้า พนักงานผู้ช่วยเหลือจะไปตามผลการตรวจเลือดที่ห้องชั้นสูตร แล้วนำผลเลือดมาให้พยาบาลหน้าห้องตรวจเป็นผู้ลงผลเลือดในบัตรตรวจโรคและใบสั่งยา ช่วงเวลาประมาณ 8.00 น.ระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจจากแพทย์จะมีเจ้าหน้าที่สูขศึกษาและประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลมาให้สูขศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานในบางครั้ง เป็นเวลาประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นเวลาประมาณ 8.20 น.พยาบาลหน้าห้องตรวจจะเรียกผู้ป่วยมาชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และซักประวัติ ก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจจากแพทย์ เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์เรียบร้อยแล้วจะถือบัตรตรวจโรคและใบสั่งยามาให้พยาบาลหน้าห้องตรวจเพื่อเขียนวันนัดลงในบัตรนัด ก่อนที่ผู้ป่วยจะไปจ่ายเงิน รับประทานยาและกลับบ้าน

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 127 คน

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	20.5
หญิง	101	79.5
สถานภาพสมรส		
สมรส	118	92.9
โสด	9	7.1
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	101	79.5
มัธยมศึกษา	16	12.6
อนุปริญาขึ้นไป	9	7.1
ไม่ได้ศึกษา	1	0.8
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	100	78.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	7.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	7.1
ค้าขาย	4	3.1
รับจ้าง	2	1.6
กำลังศึกษา	2	1.6
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร/หลาน	64	50.4
สามี/ภรรยา	33	26.0
สะใภ้	30	23.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะ	ค่าสถิติ
อายุ (ปี)	
เฉลี่ย	41.32
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	14.52
อายุต่ำสุด	16
อายุสูงสุด	76
รายได้ของครอบครัวต่อปี (บาท)	
รายได้เฉลี่ย (Mean)	43,070.1
(Mode)	10,000
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	69,208.4
รายได้ต่ำสุด	3,000
รายได้สูงสุด	450,000
เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยในแต่ละวัน (ชม.)	
เฉลี่ย	18.14
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.31
ระยะเวลาสั้นสุด	2
ระยะเวลานานสุด	24
จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วย	
เฉลี่ย	5.87
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.93
ระยะสั้นสุด	1
ระยะนานสุด	20

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ศึกษาข้อมูลจากผู้ดูแลจำนวน 127 คน และผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ 127 คน จับคู่ 1 : 1 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 79.5 (101 คน) เป็นเพศหญิง มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรหลาน ส่วนที่เหลือร้อยละ 26 และ 24 เป็นสามีภรรยา และ สะใภ้ ตามลำดับ ร้อยละ 92.9 ของผู้ดูแลสมรสแล้ว มีอายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 75 ปี หรือโดยเฉลี่ยประมาณ 41 ปี ในด้านการศึกษา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 79.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 12.6 ส่วนการประกอบอาชีพพบว่าประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.7 มีรายได้ของครอบครัวต่อปีอยู่ระหว่าง 3,000-450,000 บาท เฉลี่ยประมาณ 43,000 บาท โดยที่ส่วนใหญ่จะมีรายได้ประมาณ 10,000 บาท จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วยนานที่สุด คือ 20 ปี สั้นที่สุด คือ 1 ปี โดยเฉลี่ยประมาณ 6 ปี โดยที่ในแต่ละวันผู้ดูแลจะมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยระหว่าง 2-24 ชั่วโมง เฉลี่ยประมาณ 18 ชั่วโมง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลินกับภาวะการควบคุมโรคเมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น

ปัจจัย	จำนวน ผู้ป่วย คน (%)	กลุ่มที่ควบคุม ระดับน้ำตาล ในเลือดได้ดี (39 คน)		Crude OR	95 % confidence interval		p- value
		จำนวน	ร้อยละ		Lower	upper	
เพศ							
ชาย	42(33.1)	16	38.1	1.7	0.7	3.9	0.20
หญิง*	85(66.9)	23	27.1	1			
BMI							
ผอม	9(7.1)	3	33.3	1.2	0.2	6.7	0.79
ปานกลาง*	52(40.9)	15	28.8	1			
อ้วน	66(52)	21	31.8	1.1	0.5	2.7	0.73
ภาวะการพึ่งพา ^ร							
ไม่พึ่งพา	125(98.4)	37	29.6	–	–	–	–
พึ่งพา	2(1.6)	2	100	–	–	–	–
การทำหน้าที่ของ ครอบครัว							
ดี	99(78.0)	31	31.3	1.1	0.4	3.2	0.78
ไม่ดี*	28(22)	8	28.6	1			
ความเครียด							
ไม่เครียด*	34(26.8)	10	29.4	1			
เครียด	93(73.2)	29	31.2	1.1	0.4	2.8	0.85
โรคแทรกซ้อน							
ทางตา							
มี*	22(17.6)	4	18.2	1			
ไม่มี	103(82.4)	33	32	2.1	0.6	9.2	0.20
ทางไต							
มี	67(54.0)	24	35.8	1.6	0.7	3.6	0.26
ไม่มี*	57(46.0)	15	26.3	1			
ทางประสาท							
มี*	81(63.8)	22	27.2	1			
ไม่มี	46(36.2)	17	37.0	1.6	0.7	3.7	0.25

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน ผู้ป่วย คน (%)	กลุ่มที่ควบคุม ระดับน้ำตาล ในเลือดได้ดี (39 คน)		Crude OR	95 % confidence interval		p- value	
		จำนวน	ร้อยละ		Lower	upper		
ทางหลอดเลือด								
มี	82(64.6)	30	36.6	2.3	0.9	5.9	0.05	
ไม่มี*	45(35.4)	9	20.0	1				
ยาที่รับประทานร่วม								
มี*	18(14.2)	4	22.2	1				
ไม่มี	109(85.8)	35	32.1	1.7	0.5	7.4	0.4	

* = กลุ่มเปรียบเทียบ §=ไม่ได้คำนวณ OR เพราะข้อมูลในอีกกลุ่มเป็น 0

จากตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 127 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2 เท่า เป็นคนผอมน้อยที่สุดร้อยละ 7 ส่วนที่เหลือร้อยละ 41 เป็นคนน้ำหนักปกติ และเป็นคนอ้วนร้อยละ 52 ผู้ป่วยร้อยละ 69.3 มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคแทรกซ้อนทางไต,ทางประสาท และทางหลอดเลือด โดยพบร้อยละ 54.0, 63.8 และ 64.6 ตามลำดับ ส่วนโรคแทรกซ้อนทางตาพบประมาณร้อยละ 18 (22 คน) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดร้อยละ 73.2 (93 คน) และอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 2 คน ผู้ป่วยร้อยละ 14.2 (18 คน) มีการรับประทานยาชนิดอื่นที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน ในด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวพบว่าร้อยละ 78 มีการทำหน้าที่ของครอบครัวดี

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยกับภาวะการควบคุมโรค (ระดับน้ำตาลในเลือด) โดยไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น พบว่า ปัจจัยของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ, Body Mass Index, ภาวะการพึ่งพา, การทำหน้าที่ของครอบครัว, ความเครียด, โรคแทรกซ้อนทางตา, โรคแทรกซ้อนทางไต, โรคแทรกซ้อนทางประสาท และยาที่รับประทานร่วมด้วย มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นปัจจัยเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 2.3 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI= 0.9-5.9 ; p-value = 0.05) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยกับภาวะการควบคุมโรคเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่นก็พบว่า มีเพียงปัจจัยเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเพียงปัจจัยเดียวเช่นกันที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่

มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 5.9 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI= 1.6–22.4 ; p-value = 0.01)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยกับภาวะการควบคุมโรคเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ

ปัจจัย	กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (37 คน)		Crude OR	Adjust OR	95 % Confidence Interval		p-value
	จำนวน	ร้อยละ			Lower	Upper	
เพศ							
ชาย	15	37.5	1.7	1.2	0.3	4.6	0.77
หญิง*	22	26.8	1	1			
BMI							
ผอม	3	37.5	1.2	9.6	0.8	122.6	0.08
ปานกลาง*	14	27.5	1	1			
อ้วน	20	31.7	1.1	0.9	0.3	2.9	0.95
ภาวะพึ่งพา							
พึ่งพา	1	100		1.7	0.0	1.7E+19	0.98
ไม่พึ่งพา*	36	29.8	1	1			
การทำหน้าที่ของครอบครัว							
ดี	29	29.9	1.1	0.6	0.1	2.6	0.50
ไม่ดี*	8	28.6	1	1			
ความเครียด							
ไม่เครียด*	10	31.2	1	1			
เครียด	27	30.0	1.1	1.7	0.5	6.8	0.41
โรคแทรกซ้อน							
ทางตา							
มี*	4	18.2	1	1			
ไม่มี	33	32.0	2.1	3.9	0.7	22.6	0.13
ทางไต							
มี	22	33.8	1.6	2.4	0.8	7.7	0.12
ไม่มี*	15	26.3	1	1			
ทางประสาท							
มี*	20	26.3	1	1			
ไม่มี	17	37.0	1.6	2.9	0.9	8.9	0.06

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (37 คน)		Crude OR	Adjust OR	95 % Confidence Interval		p-value
	จำนวน	ร้อยละ			Lower	Upper	
ทางหลอดเลือด							
มี	28	35.0	2.3	5.9	1.6	22.4	0.01
ไม่มี*	9	21.4	1	1			
ยาที่รับประทานร่วม							
มี*	4	22.2	1	1			
ไม่มี	32	30.8	1.7	3.9	0.6	26.4	0.16

* = กลุ่มเปรียบเทียบ §=ไม่ได้คำนวณ OR เพราะข้อมูลในอีกกลุ่มเป็น 0

ตารางที่ 4 ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำแนกรายด้าน ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

พฤติกรรมของผู้ดูแล	กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (n= 39)		กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (n=88)		mean difference	95 % Confidence interval		P-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		lower	upper	
ความรู้โดยรวม	19.7	3.0	17.8	3.1	1.9	0.7	3.1	<0.01
ควบคุมอาหาร	6.8	1.5	6.2	1.5	0.6	0.03	1.2	0.04
ออกกำลังกาย	2.3	0.9	2.1	1.0	0.2	-0.2	0.6	0.29
ใช้ยาลดน้ำตาล	5.3	1.0	4.7	1.3	0.6	0.2	1.1	0.01
ตรวจตามนัด	2.8	0.4	2.8	0.4	0.0	-0.1	0.1	1.0
การดูแลเท้า	2.4	1.0	2.1	1.0	0.3	-0.1	0.7	0.12

พฤติกรรม ของผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม ระดับน้ำตาลใน เลือดได้ดี (n= 39)		กลุ่มควบคุม ระดับน้ำตาลใน เลือดได้ไม่ดี (n=88)		mean differe nce	95 % Confidence interval		P- value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		lower	upper	
ทัศนคติโดยรวม	26.8	4.0	25.6	4.1	1.2	-0.4	2.7	0.13
ควบคุมอาหาร	4.5	1.5	3.9	1.4	0.6	0.1	1.1	0.03
ออกกำลังกาย	5.3	1.1	5.4	1.0	-0.1	-0.5	0.3	0.61
ใช้ยาลดน้ำตาล	4.1	1.4	3.9	1.5	0.2	-0.4	0.8	0.48
ตรวจตามนัด	9.0	1.4	8.7	1.8	0.3	-0.3	0.9	0.36
การดูแลเท้า	3.8	0.7	3.7	0.9	0.1	-0.2	0.4	0.54
การปฏิบัติโดยรวม	17.6	8.0	15.1	6.6	2.5	-0.2	5.2	0.06
ควบคุมอาหาร	8.6	1.5	8.0	1.7	0.6	-0.02	1.2	0.06
ออกกำลังกาย	2.6	2.3	1.7	1.9	0.9	0.1	1.7	0.02
ใช้ยาลดน้ำตาล	2.5	2.4	2.0	2.4	0.5	-0.4	1.4	0.28
ตรวจตามนัด	2.0	2.1	2.0	2.1	0.0	-0.8	0.8	1.0
การดูแลเท้า	1.9	2.4	1.3	2.1	0.6	-0.2	1.4	0.16

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี (ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี (ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี) จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุนั้น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีคะแนนความรู้โดยรวมเฉลี่ย 19.7 คะแนน ;SD= 3.0 คะแนน และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีคะแนนความรู้โดยรวมเฉลี่ย 17.8 คะแนน ;SD=3.1 คะแนน และพบว่าคะแนนความรู้โดยรวมของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95 %CI= 0.7 ถึง 3.1 ,p-value <0.01) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน จะพบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ความรู้ในด้านการควบคุมอาหารและการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95 %CI= 0.03 ถึง 1.2 ,p-value = 0.04 และ 95 %CI = 0.2 ถึง 1.1 ,p-value= 0.01 ตามลำดับ) ส่วนความรู้ในด้านการออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการดูแลเท้า ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีคะแนนทัศนคติโดยรวมเฉลี่ย 26.8 คะแนน ;SD= 4.0 คะแนน และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีคะแนนทัศนคติโดยรวมเฉลี่ย 25.6 คะแนน ;SD=4.1 โดยพบว่าคะแนนทัศนคติโดยรวมของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95 % CI= - 0.4 ถึง 2.7 ;p-value = 0.13) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านจะพบว่า คะแนนทัศนคติของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีในทุกด้านยกเว้นด้านออกกำลังกาย โดยมีเพียงทัศนคติในเรื่องการควบคุมอาหารเท่านั้นที่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95 % CI= 0.1 ถึง 1.1 ,p-value= 0.03)

ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ จะพบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีคะแนนการปฏิบัติตัวโดยรวมเฉลี่ย 17.6 คะแนน ;SD= 8.0 คะแนน และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีคะแนนการปฏิบัติตัวโดยรวมเฉลี่ย 15.1 คะแนน ;SD=6.6 โดยที่คะแนนการปฏิบัติตัวโดยรวมของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95 % CI= -0.2 ถึง 5.2 ,p-value=0.06) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านจะพบว่า คะแนนการปฏิบัติตัวของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเกือบทุกด้านยกเว้นด้านการมาตรวจตามนัดที่มีคะแนนเท่ากัน โดยมีเพียงการปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกายเท่านั้นที่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95 % CI= 0.1 ถึง 1.7 ,p-value= 0.02)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลกับการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ เมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น

ปัจจัย	จำนวน ผู้ดูแล ผู้ป่วย ทั้งหมด n=127	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (39 คน)		Crude OR	95 % Confidence Interval		p- value
		จำนวน	ร้อยละ		lower	upper	
เพศ							
ชาย*	26	7	26.9	1			
หญิง	101	32	31.7	1.3	0.4	3.7	0.64

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน ผู้ดูแล ผู้ป่วย ทั้งหมด n=127	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (39 คน)		Crude OR	95 % Confidence Interval		p- value
		จำนวน	ร้อยละ		lower	upper	
อายุ (ปี)							
29 หรือน้อยกว่า	27	11	40.7	2.4	0.9	6.9	0.06
30-59*	77	17	22.1	1			
60 ปีขึ้นไป	23	11	47.8	3.2	1.1	9.7	0.01
สถานภาพสมรส							
สมรส*	118	35	29.7	1			
โสด	9	4	44.4	1.9	0.4	9.3	0.58
การศึกษา							
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	102	32	31.4	1.2	0.4	3.5	0.74
มัธยมศึกษาขึ้นไป*	25	7	28.0	1			
อาชีพ							
เกษตรกร	100	31	31.0	1.1	0.4	3.0	0.89
ไม่ใช่เกษตรกร*	27	8	29.6	1			
รายได้ (บาท)							
น้อยกว่า 10,000	46	17	37.0	1.8	0.8	4.5	0.15
10,000-90000*	66	16	24.2	1			
100,000 ขึ้นไป	15	6	40.0	2.1	0.5	7.7	0.33
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย							
สามี/ภรรยา	33	14	42.4	2.0	0.8	5.4	0.11
ลูก/หลาน*	64	17	26.6	1			
สะใภ้	30	8	26.7	1.0	0.3	3.0	0.99
เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยในแต่ละวัน(ชั่วโมง)							
≤ 12 *	46	8	17.4	1			
> 12	81	31	38.3	2.9	1.1	7.9	<0.01

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน ผู้ดูแล ผู้ป่วย ทั้งหมด n=127	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (39 คน)	Crude OR	95 % Confidence Interval	p- value
		จำนวน	ร้อยละ	lower	upper
จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วย					
≤ 5 *	69	19	27.5	1	
> 5	58	20	34.5	1.4	0.6 3.2 0.40
ความรู้					
< ค่าเฉลี่ย *	54	12	22.2	1	
≥ ค่าเฉลี่ย	73	27	37.0	2.1	0.9 4.9 0.07
ทัศนคติ					
< ค่าเฉลี่ย *	41	8	19.5	1	
≥ ค่าเฉลี่ย	86	31	36.0	2.3	0.9 6.3 0.06
การปฏิบัติตัว					
< ค่าเฉลี่ย *	73	21	28.8	1	
≥ ค่าเฉลี่ย	54	18	33.3	1.24	0.5 2.8 0.59

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุโดยไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และจำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ส่วนปัจจัยด้านอายุและระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีผลทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 3.2 เท่า ของผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 30-59 ปี (95 % CI = 1.1 ถึง 9.7 ; p-value=0.01) และการที่ผู้ดูแลมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน จะมีผลทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 2.9 เท่าของกลุ่มผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมงต่อวัน (95 % CI= 1.1 ถึง 7.9 ;p-value <0.01) ในด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรค พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรค
ในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

ปัจจัย	จำนวน ผู้ดูแล ผู้ป่วย ทั้งหมด n = 122	ผู้ป่วยที่ควบคุม ระดับน้ำตาลใน เลือดได้ดี (37 คน) จำนวน ร้อยละ	Crude OR	Adjusted OR	95 % Confidence Interval		p- value
					lower	upper	
เพศ							
ชาย*	25	7	28.0	1			
หญิง	97	30	30.9	1.3	0.5	24.8	0.19
อายุ (ปี)							
29 หรือน้อยกว่า	26	10	38.5	2.4	0.5	7.6	0.36
30-59*	73	16	21.9	1			
60 ปีขึ้นไป	23	11	47.8	3.2	1.4	136.3	0.02
สถานภาพสมรส							
โสด	9	4	44.4	1.9	1.2	94.9	0.03
สมรส*	113	33	29.2	1			
การศึกษา							
ประถมศึกษาหรือ ต่ำกว่า	98	30	30.6	1.2	0.05	2.7	0.33
มัธยมศึกษาขึ้นไป*	24	7	29.2	1			
อาชีพ							
เกษตรกร	95	29	30.5	1.1	0.6	22.8	0.17
ไม่ใช่เกษตรกร*	27	8	29.6	1			
รายได้ (บาท)							
น้อยกว่า 10,000	46	17	36.9	1.8	1.6	36.3	0.01
10,000-90000*	62	15	24.2	1			
100,000 ขึ้นไป	14	5	35.7	2.1	0.2	29.8	0.47
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย							
สามี/ภรรยา	32	13	40.6	2.0	0.1	20.4	0.66
ลูก/หลาน*	61	16	26.2	1			
สะใภ้	29	8	27.6	1.0	0.5	11.4	0.31

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน ผู้ดูแล ผู้ป่วย ทั้งหมด n = 122	ผู้ป่วยที่ควบคุม ระดับน้ำตาลใน เลือดได้ดี (37 คน)	Crude OR	Adjusted OR	95 % Confidence Interval		p- value
		จำนวน ร้อยละ			lower	upper	
เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยใน แต่ละวัน (ชั่วโมง)							
≤ 12 *	44	8 18.2	1	1			
> 12	78	29 37.2	2.9	9.6	1.7	55.1	0.01
จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วย							
≤ 5*	67	19 28.3	1	1			
> 5	55	18 32.7	1.4	0.9	0.4	2.6	0.96
ความรู้							
< ค่าเฉลี่ย*	53	12 22.6	1	1			
≥ ค่าเฉลี่ย	69	25 36.2	2.1	3.4	0.9	13.4	0.07
ทัศนคติ							
< ค่าเฉลี่ย *	40	8 20.0	1	1			
≥ ค่าเฉลี่ย	82	29 35.4	2.3	4.8	1.2	19.9	0.02
การปฏิบัติตัว							
< ค่าเฉลี่ย *	72	21 29.2	1	1			
≥ ค่าเฉลี่ย	50	16 32.0	1.24	0.9	0.3	3.0	0.88

* = กลุ่มเปรียบเทียบ

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลกับ
ภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุโดยมีการควบคุมปัจจัยอื่น ด้วยการวิเคราะห์แบบ multiple
Logistre regression พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่ทำให้ภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูง
อายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ คือ

1. อายุ ผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
เป็น 18.1 เท่าของผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 30-59 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI= 1.4-136.3 ;
p-value = 0.02)

2. สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่เป็นโสดจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เป็น 1.9 เท่าของผู้ดูแลที่สมรสแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI= 1.2 – 94.9 ; p-value = 0.03)
3. รายได้ ผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาทมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 7.4 เท่าของผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 10,000 ถึง 90,000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95 % CI =1.6 ถึง 36.3 ;p-value= 0.01)
4. เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยในแต่ละวัน ผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวันจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 9.6 เท่าของผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมงต่อวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95 % CI= 1.7 ถึง 55.1 ;p-value =0.01)

ในด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ พบว่า มีเพียงทัศนคติของผู้ดูแลเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีคะแนนทัศนคติสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 4.8 เท่า ของกลุ่มผู้ดูแลที่มีคะแนนทัศนคติต่ำกว่าค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95 % CI= 1.2 ถึง 19.9 ;p-value = 0.02) ส่วนด้านความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลที่มีคะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจะมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 18 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุเป็นเกณฑ์ ดังนี้

1. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 10 คน พบว่า เป็นชาย 3 คน หญิง 7 คน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นสามี 3 คน ภรรยา 1 คน บุตรสาว 4 คน และ สะใภ้ 2 คน
2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จำนวน 8 คน พบว่า เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นภรรยา 3 คน บุตรสาว 1 คน และ สะใภ้ 4 คน

ผลการสัมภาษณ์สามารถสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

1.1 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

: ผู้ป่วยเบาหวาน 7 คน รับประทานอาหารหลัก คือ ข้าวเหนียว ซึ่งเป็นอาหารหลักของคนอีสาน ส่วนที่เหลือ 3 คน รับประทานอาหารเจ้าเป็นอาหารหลัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีนิสัยรับประทานอาหารง่าย จำพวกผัก ปลา กบ และเห็ด ซึ่งประกอบอาหารด้วยวิธีแกง ต้ม ปิ้งและย่าง ไม่นิยมรับประทานของหวานและของจุบจิบ ผู้ป่วย 1 คน รับประทานอาหารยาก ชอบรับประทานเนื้อนุ่ม เนื้อควายและปลาไหล ผู้ป่วย 3 คน ชอบรับประทานผลไม้รสหวาน เช่น มะม่วงสุก โดยผู้ดูแลได้มีการห้ามปรามผู้ป่วยในเรื่องของการรับประทานอาหารหวานซึ่งผู้ป่วยก็เชื่อฟังอยู่บ้าง เนื่องจากรับประทานแล้วจะมีอาการเหนื่อยง่าย ปัสสาวะบ่อย

พฤติกรรมของผู้ดูแล

: ผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือภรรยาหรือบุตรสาวของผู้ป่วย จะระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วย คอยห้ามปรามไม่ให้กินของแสลง เช่น ของหวาน เนื้อติดมัน อาหารผัดหรือทอด เนื่องจาก กลัวติดต่อโรค และไม่มีเงินซื้อ ส่วนผู้ดูแลที่เป็นสะใภ้จะค่อนข้างตามใจผู้ป่วย ไม่กล้าห้ามปรามเนื่องจากกลัวผู้ป่วยซึ่งเป็นแม่สามีต่อว่า แต่ผู้ป่วยก็จะมีการควบคุมการรับประทานอาหารของตนเองดี ดังคำบอกเล่าว่า

บุตรสาว “ ถ้าเป็นเบาหวานต้องชะล่าแนวกิน ถ้ากินผิด จะมีอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อยง่าย ”

บุตรสาว “ ยามเฟ้นกินหลายกะห้าม หมอบอกว่ามันผิด ห้ามเฒ่าก็ฟังเน้ออยู่ ”

บุตรสาว “ เวลาไปซื้อของที่ตลาดมากิน จะดูแถวว่ามันผิดกับโรคเบาหวาน ถ้าแกไม่เป็นเบาหวาน จะทำให้กินโดยไม่ต้องชะล่า ”

สะใภ้ “ อาหารกินทุกอย่าง แต่กินไม่มาก กินบ่อย มะม่วงกินวันละลูก ตามใจเฟ้น ช้อยเป็นลูกสะใภ้ไม่กล้าห้าม กลัวถูกว่า แต่เฒ่าก็ชะล่าของเฒ่าอยู่ ”

สะใภ้ “ อาหารเฟ้นกินทุกอย่าง แต่กินมีหลาย ตามใจเฟ้น แต่อะไรที่ผิดกับโรคเฟ้นก็ไม่กิน เฟ้นเอาใจใส่สุขภาพตัวเองดี ”

: ผู้ดูแลทั้ง 8 คน จะเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน ผู้ดูแล 1 คน ซึ่งเป็นสามีของผู้ป่วยจะผลัดกันทำกับข้าวกับผู้ป่วย เพราะ เชื่อว่าอาหารอย่างหนึ่ง คนหนึ่งจะทำอร่อยกว่า ที่เหลืออีก 1 คน ผู้ป่วยจะเป็นคนทำอาหารรับประทานเอง แต่จะทานพร้อมกับสามีซึ่งเป็นผู้ดูแล โดยส่วนใหญ่อาหารที่จัดเตรียมจะเป็นอาหารพื้นบ้าน ประเภท ปลา กบ เขียว และผักต่างๆ ประกอบอาหารด้วยวิธีแกง ต้ม ปิ้งและย่าง ทั้งนี้ อาหารที่จัดเตรียมนั้นขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจ ความสะดวกในการจัดหาอาหาร ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานตรงเวลา เนื่องจาก ได้รับความรู้จากเพื่อนบ้าน จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง ดังคำบอกเล่าว่า

สะใภ้ “ ข้าวแกลงหาหื้อผู้เฒ่ากินก่อน 6 โมงแกลง ต้องหาหื้อกินตรงเวลา เพราะเวลาหิวจะสิ้นเลย ”

บุตรสาว “ ให้กินเป็นมื้อๆ ไม่ทำค้างไว้ข้ามคาบ มักกินร้อนๆ ทำให้ตรงเวลา เข้าประมาณ 8 โมง แล้วก็เที่ยง เย็นประมาณ 6 โมงแกลง ”

สามี “ กินข้าวเช้าหลังใส่บาตรทุกวัน ราวๆ 6 โมงเช้า ”

บุตรสาว “ จัดอาหารให้ตรงเวลา แล้วเรียกพ่อแม่มากิน ”

: ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการควบคุมอาหารที่ถูกต้อว่าเป็นอย่างไร ทราบแต่เพียงว่า ไม่ให้รับประทานอาหารที่มีรสหวาน โดยเฉพาะมะม่วงสุก ของหวานต่างๆ โดยความรู้ในการควบคุมอาหารของผู้ดูแลนั้นจะได้ยินมาจากผู้ที่เป็นเบาหวานพูดคุยกัน จากตัวผู้ป่วยเล่าให้ฟังและจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่คิดว่าถ้าควบคุมเรื่องการรับประทานอาหารได้ดี ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยจะไม่สูง ดังคำบอกเล่าว่า

บุตรสาว “ หมอบอกว่า ให้ระวังเรื่องการกินอาหาร ถ้าคุมได้ก็จะอยู่ดี เลยต้องชะล่าแนวกิน ”

บุตรสาว “ รู้ว่าต้องระวังการกิน เพราะยายเล่าให้ฟังเวลาที่ไปโรงพยาบาลกลับมา ”

บุตรสาว “ ได้ยินผู้เฒ่าที่เป็นเบาหวานคุยกันว่า กินนั้นกินนี้มีได้ อันนั้นผิด อันนี้ชะล่า เราก็จะไม่เอาให้กิน ”

โดยสรุปแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นคนรับประทานอาหารง่าย รับประทานตามที่คุณดูแลจัดเตรียมไว้ให้ ซึ่งผู้ดูแลก็จะจัดเตรียมอาหารตามที่คุณป่วยชอบ รวมทั้งคำนึงถึงความสะดวกในการจัดหาและฐานะทางเศรษฐกิจ อาหารส่วนใหญ่จะเป็นอาหารพื้นบ้านประเภทปลา กบ เขียด และผัก ซึ่งประกอบด้วยวิธีแกง ต้ม ปิ้งและย่าง ถ้าอาหารชนิดใดที่รับประทานไม่ได้ ผู้ดูแลก็จะคอยห้ามปราม เช่น มะม่วงสุก อาหารรสหวาน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเชื่อฟังผู้ดูแลที่เป็นสามีภรรยาหรือบุตรสาวเมื่อมีการห้ามปราม ส่วนผู้ดูแลที่เป็นสะใภ้จะค่อนข้างตามใจผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอาหาร เนื่องจากไม่กล้าพูด กลัวถูกว่า แต่ผู้ป่วยก็จะระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหารของตนเองดี การจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานจะตรงเวลาเนื่องจาก ผู้ป่วยจะมีอาการสั่นเมื่อเลยเวลารับประทานอาหาร ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการควบคุมอาหารที่ถูกต้อสำหรับผู้ป่วยเบาหวานว่าเป็นอย่างไร ทราบแต่เพียงว่าไม่ควรรับประทานอาหารที่มีรสหวาน โดยได้รับความรู้มาจากผู้ป่วยเบาหวานพูดคุยกัน หรือจากตัวผู้ป่วยเล่าให้ฟัง หรือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ดูแลยังคิดว่าถ้าควบคุมอาหารได้ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลง

1.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

: ผู้ป่วยเบาหวาน 5 คน ไม่ระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหาร อยากรับประทานอาหารอะไรก็ทาน และรับประทานจนเกินอิ่ม รวมทั้งรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ผู้ดูแลมีการห้ามปรามก็ไม่เชื่อฟัง ส่วนอีก 3 คน ผู้ป่วยจะเป็นคนดูแลและระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหารของตนเอง บางครั้งผู้ดูแลมีการนำอาหารบางอย่างที่ไม่ควรรับประทาน เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน มาให้ก็จะไม่รับประทาน

พฤติกรรมของผู้ดูแล

: ผู้ดูแลทั้งที่เป็นภรรยา บุตรสาว และสะใภ้ของผู้ป่วย จะค่อนข้างตามใจผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร หากผู้ป่วยต้องการรับประทานอาหารชนิดใด ปริมาณเท่าใดก็จะตามใจ มีการห้ามปรามผู้ป่วยเป็นบางครั้ง ผู้ป่วย 3 คน จะเชื่อฟังผู้ดูแลเมื่อมีการห้ามปราม เนื่องจาก ต้องการให้หายจากโรค ส่วนผู้ป่วยอีก 2 คน จะไม่เชื่อฟังผู้ดูแลซึ่งเป็นภรรยา นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายยังมีการจัดเตรียมอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรรับประทานไว้ให้กับผู้ป่วย เช่น อาหารรสหวานหรือมัน เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยอายุมากแล้วน่าจะรับประทานอาหารทุกอย่างก่อนที่จะไม่มีโอกาสได้รับประทาน ดังคำบอกเล่าว่า

บุตรสาว “ ตามใจแฟน อยากกินอะไรก็ให้กิน ”

ภรรยา “ กินข้าวแสบแสดงว่ายังอยู่ กินโลดแล้ว คั้นตายละมิได้กิน บางทีกินจนเผลออิ่ม กินไม่ตรงเวลากะดื้อ กินทุกอย่าง ช่วงนี้กินมะม่วงหลายห้ามกะมิฟัง ”

สะใภ้ “ กินไม่ค่อยระวัง นึกอยากกินอะไรก็กิน ไม่กล้าห้าม ถ้าห้ามจะโกรธว่าเป็นแค่ลูกสะใภ้มาอาศัยอยู่ด้วย อาหารที่แฟนชอบจะกินเยอะ อันไหนไม่ชอบก็ไม่กินเลย บางมือแฟนก็ทำกินเอง บอกว่าเราทำไม่ถูกปาก ก็ตามใจแฟน ”

ภรรยา “ เผลออยู่เหื่อน ไม่ค่อยชะล่า กินทุกอย่าง กินข้าวมิตรตรงกะดื้อ ข้อยห้ามเผลอแน่นอยู่ แต่ว่าแฟนผู้ใหญ่อแล้ว คิดอ่านตายอยู่ละมั้ง แล้วแต่เขา ”

สะใภ้ “ ทำกับข้าวมาไว้ในตู้กับข้าว แฟนจะเลือกกินเอง ถ้ารู้ว่าอันไหนชะล่าหามาให้แต่แฟนก็ไม่กิน “ ซึ่งผู้ป่วยก็ได้บอกให้ฟังว่า “ มันมีฮู้จักข้าข้อย แต่ก่อนข้อยไม่ค่อยชะล่า เดียวนี้ชะล่าแล้วโคแน ”

สะใภ้ “ แต่ก่อนกินทุกอย่างแล้วเยี่ยวดู คอเหอ เยื่อน้ำ ไปหาหมอบอกว่าแม่กินหนักโพดเยื่อะ พอลดอาหาร แล้วมิเยี่ยวดูคือแต่เก่า มิค่อยเอาเนื้อให้กินเห็นว่ามีกินละมิหามาหื้อ ”

สะใภ้ “ ข้อยมีฮู้จักกะดื้อว่าเบาหวานชะล่าเผลอ รู้จักแต่ชะล่าอันหวาน แนวนั้นมีะแฟนชะล่าเอง ข้อยหามาสูกิน อันเลอผิต เผลากะมิกิน ”

ภรรยา “ อาหารที่ผิตต่อโรค จะมีกิน หามาให้แฟนก็ไม่กิน ”

: ผู้ดูแลทั้ง 8 คน จะเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน โดยอาหารส่วนใหญ่จะเป็นอาหารพื้นบ้านจำพวกผัก ปลา กบ และเขียด เนื่องจากเป็นอาหารที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น ประกอบอาหารด้วยวิธีแกง ต้ม ปิ้งและย่าง ฤดูผลไม้ก็จะให้รับประทานผลไม้ตามใจชอบ เช่น มะม่วง ลำไย น้อยหน่า โดยมีการห้ามปรามบ้างเพราะกลัวว่าจะผิตกับโรค ดังคำบอกเล่าว่า

บุตรสาว “ บอกว่าอย่ากินมะม่วงหลาย เดียวเบาหวานขึ้น ”

สะใภ้ “ กินอาหารพื้นบ้านทั่วไป พวกแกงปลา ป่นปลา แฟนชอบจะกินเยอะ แนวนั้นจะหามากินด้วยกัน ”

สะใภ้ “ อาหารส่วนใหญ่เป็นแกง ต้ม ปิ้งปลา หามารวมๆกัน แฟนจะเลือกกินเอง ”

สะใภ้ “ กินแต่ปลา กบ เขียด บ้านเฮา แแนวเนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อควายกะมีกิน เพิ่นว่าชะล่า ”

ภรรยา “ มะม่วงสุก กินมือละหน่วย เพิ่นว่ากินน้อยคืออย่างละมิดิต อาหารส่วนใหญ่เป็นปลา กบ เขียด เอามาต้มมาแกง กินผักปลูกกันเอง ”

ภรรยา “ อาหารหลัก คือ ปลา คั้นกินพวกเนื้อจะเกิดผิดปกติ เยี่ยวดุก็นละ 2-3 เทื่อ ตอนมีแสงสังเกตุว่า มิได้กินผลนอกจากปลากับผัก ”

: ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการชนิดใดควรรับประทาน หรือรับประทานได้มากน้อยเพียงใด บางรายทราบแต่เพียงว่าควรดอาหารหวานและมัน โดยได้ยินมาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือคุยกับเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน และคิดว่าถ้าควบคุมอาหารได้จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง อาการจะดีขึ้น

ภรรยา “ ยามไปโรงพยาบาลหมอก็แนะนำก็เฮ็ดตามอยู่ คุยเดียวกับหมุ่ไท่ที่ไปตรวจเบาหวานนำเดียว อย่างว่า สุขะล่าผลอ ”

สะใภ้ “ เพิ่นเคยมานอนโรงพยาบาล ได้ยินหมอพูดให้ฟัง บางเทื่อก็คูนำเพื่อนบ้าน ”

สะใภ้ “ แต่ก่อนเยี่ยวดุก ไปหาหมอแนะนำให้คุมอาหาร บัดนี้ละมีกินเหล้า กินน้ำส้ม ลดอาหารลง พอคุมอาหารได้ละมีขึ้นสูง จนมา 80 ”

สะใภ้ “ ชาวมีค้อยกินหลาย เห็นว่าหมอบอกให้กินแต่พออิม แต่ซ้อยอยากให้กินหลาย คืออย่างละได้แสง ”

โดยสรุปแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหาร จะทานจนเกินอิ่มและรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ในส่วนของผู้ดูแลก็จะตามใจผู้ป่วยไม่เข้มงวดเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วย มีการห้ามปรามบ้างเล็กน้อยซึ่งผู้ป่วยบางคนก็เชื่อฟังบางคนก็ไม่เชื่อฟัง โดยเฉพาะในรายที่ผู้ดูแลเป็นภรรยาและสะใภ้ นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายยังมีการจัดเตรียมอาหารที่ไม่ควรรับประทานให้กับผู้ป่วย เช่น ของหวาน เนื้อสัตว์ เป็นต้น ด้านความรู้เรื่องการควบคุมอาหารของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลไม่มีความรู้ว่าการชนิดใดควรรับประทาน และรับประทานปริมาณมากน้อยเท่าใด ทราบแต่เพียงว่าควรดอาหารหวานและมัน โดยได้ยินมาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความคิดว่าถ้าสามารถควบคุมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยได้จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงขึ้น

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

2.1 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

: ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ เช่น กวาดบ้าน นั่งข้าว หรือเดินไปคุยกับเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ก็มีการทอหูกและสานกระติ๊บข้าวเพื่อหารายได้เพิ่มในครอบครัว มีเพียง 3 รายที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันด้วยการยกแขนขา หรือเดินรอบๆบ้าน ประมาณ 20-30 นาที

พฤติกรรมของผู้ดูแล

: ผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย จะได้รับความรู้ว่าการออกกำลังกายจะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นจากตัวผู้ป่วยเล่าให้ฟังหรือจากการได้เห็นเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวานออกกำลังกายแล้วมีสุขภาพดี แข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ จึงคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบ้าง โดยเข้าใจว่าการออกกำลังกาย คือ การวิ่ง หรือการยกแขนขา ทำกายบริหาร

สามี “ ต้องคอยปลุกให้เพิ่นมาออกกำลังทุกวัน บางวันนอนชมไม่ยอมลุก ต้องคอยกระตุ้น ”

สามี “ บอกให้ออกกำลังกายทุกวัน เดินรอบ ๆ บ้าน เสร็จแล้วก็มาช่วยยายกวักฝ้าย ทอหูก ”

: ในกรณีที่ผู้ดูแลเป็นบุตรสาว จะมีส่วนในการพูดคุยหรือแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบ้าง เนื่องจากไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ เพราะถ้าเปรียบเทียบกับช่วงผู้ป่วยนอนเฉยๆจะมีอาการเจ็บป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยลุกขึ้นมาทำงานบ้าง จะไม่ค่อยเจ็บป่วยซึ่งผู้ป่วยก็ทำตามเป็นบางครั้ง ดังคำบอกเล่าของบุตรสาวว่า “ ถ้าช่วงไหนนอนกลางวันหลาย จึกหน่อยจะจ่มว่าเมื่อย มิสบาย แต่คันได้ลุกมาเอ็ดเวะก็อึกๆแก๊กๆ คืออยู่สบายเน” ส่วนผู้ดูแลที่เป็นสะใภ้จะไม่ได้บอกหรือแนะนำการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติเอง ดังคำบอกเล่าว่า

สะใภ้ “ แต่ก่อนเอาแต่นอน มีค้อยอยู่ตีกะต้อ เดี่ยวนี้เอ็ดเวะ คือเป็นสั้มังๆเน ”

สะใภ้ “ เพิ่นขี่จักรยานไปนาซุมื้อ บางมื่อกะย่างเอา นาอยู่ไกลเกือบ 3 กิโลเมตร ”

2.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

: ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ เช่น กวาดบ้าน นั่งข้าว หรือเดินไปคุยกับเพื่อนบ้าน ทอผ้า โดยไม่มีผู้ป่วยคนใดที่นั่งๆนอนๆโดยไม่ทำอะไรเลย มีเพียง 1 รายที่ลุกขึ้นมาวิ่งตอนเช้าทุกวัน ดังคำบอกเล่าของภรรยาว่า “ เพิ่นลุกมาเล่นแต่ตอนตี 5 ซุมื้อ ”

พฤติกรรมของผู้ดูแล

: ผู้ดูแลมีบทบาทในการพูดคุยหรือแนะนำผู้ป่วยในการออกกำลังกาย เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยนอนมากเกินไป โดยไม่ทราบว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุเป็นอย่างไร หรือการออกกำลังกายมีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานอย่างไร แต่คิดว่าการนั่งหรือนอนเฉยๆโดยไม่ทำอะไรเลย เป็นสิ่งที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าว่า

บุตรสาว “ ให้ออกไปลุกมาบ้าง อย่านอนหลาย ”

สะใภ้ “ เฒ่าออกกำลังกายของเฒ่า มีค้อยได้บอก เราบอกก็ว่าเรา ย่านเฒ่าฮ้าย แต่เฒ่ากะเอ็ดของเฒ่าอยู่ ”

ในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย จะพบว่าผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุทั้ง 2 กลุ่มมีการทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ เช่น กวาดบ้าน นั่งข้าว เดินเล่นนอกบ้าน โดยไม่มีผู้ป่วยคนใดที่นั่งๆนอนๆโดยไม่ทำอะไรเลย ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าการเดินไปนา ทำสวน และดำนาก็เป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง มีเพียงส่วนน้อยที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอโดยการวิ่ง เดิน หรือขี่จักรยาน กรณีผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ซึ่งเป็นคู่สมรสหรือบุตรสาวของผู้ป่วยจะคอยพูดคุยหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอ เนื่องจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรง และระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงขึ้น ส่วนผู้ดูแลที่เป็นสะใภ้จะไม่ได้แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแต่อย่างใด เนื่องจากตนเองเป็นเพียงผู้อยู่อาศัย จึงไม่กล้าพูด อีกทั้งเห็นว่าตัวผู้ป่วยเองก็มีการออกกำลังกายเป็นประจำอยู่แล้ว เช่น การวิ่ง การเดินรอบบ้าน เป็นต้น ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มที่ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะพูดคุยหรือแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยไม่ทราบว่าการออกกำลังกายมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไร เพียงแต่คิดว่าเป็นสิ่งดีกว่าการนั่งหรือนอนเฉยๆ

3. พฤติกรรมการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด

3.1 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

: ผู้ป่วยเบาหวาน 7 คน รับประทานยาเอง โดยมีผู้ดูแลแนะนำหรือเตือนให้รับประทานยาเป็นบางครั้ง ผู้ป่วย 1 คน รับประทานยาเองโดยผู้ดูแลไม่ได้แนะนำอะไรเลย เพราะผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ดี อ่านหนังสือได้เอง ส่วนที่เหลืออีก 2 คน จะมีผู้ดูแลซึ่งเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยคอยช่วยเหลือในการรับประทานยา เนื่องจาก ผู้ป่วย 1 คน ชีลัม และอีก 1 คน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เท่าที่ควร เวลาในการรับประทานยานั้นผู้ป่วย 6 คน จะรับประทานยาก่อนอาหาร 30 นาที ตามที่แพทย์แนะนำ ส่วนที่เหลือ 4 คน จะรับประทานยาก่อนอาหาร 1 ชั่วโมงโดยรับประทานยาหลังตื่นนอนทันที เนื่องจากกลัวลืมรับประทานยา มีผู้ป่วย 3 คนที่เคยรับประทานยาอื่นร่วมด้วย เช่น สมุนไพรพื้นบ้าน, เห็ดหลินจือ แต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงหันมารับประทานแต่ยาของโรงพยาบาล ดังคำบอกเล่าว่า

บุตรสาว “ ยากินทีละครึ่งเม็ด เดี่ยวนี้ไม่ได้ด้วย เม็ดหนึ่งมั้ง ”

บุตรสาว “ ก่อนหน้านี้กินบ้าง ไม่กินบ้าง เดี่ยวนี้ทำใหม่แล้วต้องกินยาเสมอ ตั้งใจคือใส่บาตรนี้แล้ว ”

สามี “ กินยาเอง ตอนแรกอ่านให้ฟัง แล้วไปกินเอง กินสม่ำเสมอไม่เคยขาดยา ”

สะใภ้ “ เฒ่ากินยาเอง บอกเพื่อนฝูงที่ ”

สามี “ หากข้อยไม่เอายาให้กิน พอแสงแล้ว เพื่อนอยากกินเร็วหรือลืมเลย ”

ภรรยา “ เอายาให้กินเม็ดสีขาวครึ่งเม็ดทุกเช้า ก่อนกินข้าวครึ่งชั่วโมง ”

: ผู้ดูแลคิดว่าการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ดี ถ้าทำตามแพทย์แนะนำ เพราะมีผู้ป่วย 3 คนในช่วงแรกรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ระดับน้ำตาลในเลือดจะขึ้น ๆ ลง ๆ ระยะเวลาเมื่อรับประทานยาสม่ำเสมอ ระดับน้ำตาลในเลือดจะค่อนข้างคงที่ มีสุขภาพแข็งแรงขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะทราบว่าต้องรับประทานยาก่อนอาหาร แต่ไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาก่อนอาหารกี่ชั่วโมง

3.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

: ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนจะรับประทานยาเอง โดยมีผู้ดูแลแนะนำการรับประทานยาหรือเตือนผู้ป่วยเป็นบางครั้งเนื่องจากกลัวว่าผู้ป่วยจะลืมรับประทานยา โดยผู้ป่วยจะรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำ ไม่เคยขาดยา มีเพียง 1 คน ที่เคยปรับขนาดยาเองโดยผู้ดูแลไม่ทราบจนมีอาการเหนื่อยเพลีย จึงเลิกปรับขนาดยาเอง ดังคำบอกเล่าว่า

ภรรยา “ กินยาตามหมอสั่ง เคยบางครั้งหมอสั่งกิน 1 เม็ด แต่คิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว กินครึ่งเม็ดแล้วเป็นเมื่อย เลยกินยาตามหมอสั่งตลอด เฒ่ากินยาเองอ่านหนังสือได้ ”

สะใภ้ “ ยากินเอง จะอ่านให้ฟังเฉพาะในวันแรกที่มาเอายา หรือเวลาที่สงสัยว่ากินหรือยังก็จะถาม ”

ภรรยา “ ยาเฒ่ากินแน่ มีกินแน่ บางมื้อกะลืม หมอว่ากินก่อนอาหาร มื้อนี้มีทันกินอยู่ มีทันได้กินข้าว ”

: ผู้ดูแลคิดว่าการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ดี ถ้าทำตามแพทย์แนะนำ โดยผู้ดูแลจะทราบว่าต้องรับประทานยาก่อนอาหาร แต่ไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาก่อนอาหารกี่ชั่วโมง

ในด้านพฤติกรรมการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีบทบาทเพียงแต่คอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาเป็นบางครั้งก็คิดว่าผู้ป่วยจะลืม โดยส่วนใหญ่จะทราบว่าต้องรับประทานยาก่อนอาหารแต่ไม่ทราบว่าควรรับประทานก่อนอาหารกี่ชั่วโมง เนื่องจากผู้ป่วยจะเป็นผู้รับผิดชอบในการนำยามารับประทานเองโดยไม่ต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ นอกจากนี้ผู้ดูแลและผู้ป่วยบางรายก็ยังมีการเสาะแสวงหาหาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อนำมารับประทานด้วย แต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงเลิกรับประทานไป ในด้านทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยา พบว่าผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่คิดว่าผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงขึ้น

4. พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด

4.1 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

: ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาตามนัดทุกครั้งโดยมาพร้อมกับเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน เนื่องจากผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยยังแข็งแรงอยู่สามารถไปโรงพยาบาลได้เอง แต่ถ้ามีอาการผิดปกติมาก เช่น เหนื่อยเพลีย หรือมีโรคอื่นร่วมด้วย จึงจะพามาเอง ดังคำบอกเล่าว่า

สะใภ้ “ ไปโรงพยาบาลผู้เดียว ยังแข็งแรงอยู่”

บุตรสาว “ ไปโรงพยาบาลเอง นิ่งข้าวแล้วนั่งสามล้อไป บางครั้งไม่ห่อข้าวไปแต่จะกินกับเพื่อน”

สามี “ ไปโรงพยาบาลให้ไปเองกับเพื่อนบ้าน เพราะข้อยไปไม่ได้ ปวดขัดขา”

: ผู้ป่วย 1 คน จะรอจนยามดึกจึงจะมาโรงพยาบาลแม้จะเลยวันนัดแล้วก็ตาม โดยที่ผู้ดูแลที่เป็นสะใภ้ไม่ได้ว่ากล่าวหรือแนะนำให้มาโรงพยาบาล เพราะเห็นว่าผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ดังคำบอกเล่าว่า “ยาเพียยังเหลือหลาย บางทีเลยวันนัดก็ไม่ไปตามนัด เห็นว่าเพื่อนอยู่ดี มิไปก็ตามใจเพื่อน” และอีก 1 คน ไม่ค่อยไปตามนัดเนื่องจากมีบุตรชายซึ่งเป็นแพทย์นำยามาให้ที่บ้าน

: เมื่อผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลแล้วจะเล่าสิ่งต่างๆที่แพทย์หรือพยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลฟัง บางรายผู้ดูแลจะสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยหลังกลับจากโรงพยาบาล ดังคำบอกเล่าว่า

บุตรสาว “ ไม่ได้พามาโรงพยาบาล ยังแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้อยู่ เวลากลับมาจะถามว่าน้ำตาลขึ้นเท่าไร”

สามี “ ยายมาโรงพยาบาลเอง แต่ข้อยจะคอยถามว่าไปตรวจแล้วน้ำตาลขึ้นลงเท่าไร หมอแนะนำอะไรบ้าง”

: ผู้ดูแลคิดว่าการมาตรวจตามนัดเป็นสิ่งดีทำให้ทราบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยว่าขึ้นหรือลงเท่าไร จึงช่วยเตือนผู้ป่วยเมื่อถึงวันนัดและคอยสังเกตว่าระดับน้ำตาลขึ้นหรือลงเป็นเพราะรับประทานอาหารชนิดใด ดังคำบอกเล่าว่า

สามี “ เป็นเมื่อเย็น สั้น หิว แสดงว่าน้ำตาลต่ำ คิดได้ว่ามือแล้งวาน กินข้าวน้อย ฟัวกินข้าวกับน้ำอ้อย เห็นเพื่อนดีขึ้น”

บุตรสาว “ ไปตรวจแล้วน้ำตาลขึ้นสูง เป็นย่อนเฒ่ากินมะม่วงหลาย”

4.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

: ผู้ป่วยจะมาตามนัดทุกครั้งโดยมาพร้อมกับเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน เนื่องจากผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยยังแข็งแรงอยู่สามารถไปโรงพยาบาลได้เอง แต่ถ้ามีอาการเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย ผู้ดูแลหรือญาติจึงจะพาไป ผู้ดูแลจะมีบทบาทในการช่วยเตือนผู้ป่วยให้ไปโรงพยาบาลเมื่อถึงวันนัดหรือจัดเตรียมบัตรประจำตัว ใบนัด และห่อข้าวไว้ให้ ดังคำบอกเล่าว่า

สะใภ้ “ ไปโรงพยาบาลเอง ยังแข็งแรงอยู่ เฒ่าไปนำหมู่ นอกจากเวลาเจ็บป่วยมากจึงพาไป”

สะใภ้ “ ไปโรงพยาบาลกับเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้กัน บางครั้งลูกชายไปส่งแต่กลับมาเองพร้อมกับเพื่อนบ้าน เฒ่ายังแข็งแรงอยู่”

สะใภ้ “ มาโรงพยาบาลเองกับเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน ถึงวันนัดช่วยเตือน ไม่เคยขาดยาไปเอาตลอด”

ภรรยา “ ไปโรงพยาบาลกับเพื่อน เฒ่ายังมั่งอยู่ถึงวันนัดก็ไปไม่เคยผัดนัด”

: ผู้ดูแลคิดว่าการมาตรวจตามนัดเป็นสิ่งที่ดีเพราะทำให้ทราบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยว่าขึ้นหรือลงเท่าไร ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ระดับน้ำตาลในเลือดจึงไม่สูง ดังคำบอกเล่าว่า

สะใภ้ “ ไปโรงพยาบาลแล้วรู้สึกว่าน้ำตาลขึ้นเท่าเธอ พี่นะเหื่อพัง หมอแนะนำว่าเอ็ดแนวเลอ พี่มิบอกก็มีถามแล้ว ”

ในด้านพฤติกรรมกรรมการตรวจตามนัด พบว่าผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มจะมีบทบาทในการเตือนผู้ป่วยเมื่อถึงวันนัด หรือจัดเตรียมอาหารพร้อมเอกสารต่างๆ เช่น ใบนัด บัตรประจำตัวผู้ป่วยไว้ให้ และจัดหาค่าพาหนะให้ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลพร้อมกับเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยยังแข็งแรงพอที่จะไปโรงพยาบาลได้เองยกเว้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยอย่างอื่นร่วมด้วย ผู้ดูแลจึงจะเป็นผู้พาไปโรงพยาบาล ซึ่งในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จะมีการซักถามถึงอาการ,ระดับน้ำตาลในเลือด และคำแนะนำของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจากผู้ดูแลเมื่อกลับจากโรงพยาบาลแล้ว ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะไม่สนใจซักถามใดๆ ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยมาบอกเล่าให้ฟังเอง แต่ทั้งนี้ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มก็ยังคิดว่าการมาตรวจตามนัดเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยเนื่องจากจะทำให้ทราบว่าระดับน้ำตาลในเลือดเท่าไร

5. พฤติกรรมการดูแลเท้า

5.1 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

: ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสวมรองเท้าเฉพาะเวลาออกนอกบ้านเท่านั้น มีเพียง 1 รายที่ไม่ค่อยสวมรองเท้าเวลาออกนอกบ้านซึ่งผู้ดูแลก็ได้เตือนเป็นประจำเนื่องจากกลัวผู้ป่วยจะเกิดแผลที่เท้า แต่ผู้ป่วยก็ไม่ค่อยฟังเท่าไร ดังคำบอกเล่าของบุตรสาวว่า “ เวลาลงบ้านไม่ค่อยใส่รองเท้า จะดูบ้างแต่พอบอกว่า เท้าหนาไม่เป็นไรหรอก เรากลัวว่าเป็นแผลแล้วจะไม่หาย กลัวได้ตัดขา “

: ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการดูแลเท้าที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพียงแต่ทราบว่าต้องระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้า โดยการสวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน เพราะแผลจะหายยาก อาจถูกตัดขาโดยเห็นผู้ป่วยเบา

หวานที่ถูกตัดขามาก่อน แต่ผู้ดูแลไม่ได้ให้การดูแลทำอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น การนวดเท้า การตัดเล็บเท้า การทำความสะอาดเท้า เป็นต้น

บุตรสาว “ พี่ตัดเล็บเอง บอกให้อยู่จิ้มออกหน่อยถ้ามันดำ”

สามี “ บอกให้ระวังไม่ให้เกิดแผล ให้ใส่รองเท้าตลอด ไม่เคยนวดเท้าให้หรอก เล็บพี่ก็ตัดของพี่เอง”

ภรรยา “ เดินในบ้านไม่ใส่รองเท้า ออกจากบ้านจึงจะบอกให้สวม”

สามี “ บอกพี่ว่าเวลาอย่างให้ระวังบ้าง ช่วยช่วยเก็บกวาดเศษไม้ใต้ถุนบ้าน ย่นพี่เหี้ยม”

5.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

: ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสวมรองเท้าเฉพาะเวลาออกนอกบ้านเท่านั้น โดยผู้ดูแลจะมีบทบาทในการดูแลเท้าของผู้ป่วยก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีบาดแผลที่เท้า โดยการพาผู้ป่วยไปพบเจ้าหน้าที่สถานีนามัยหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หรือพยายามหาแผลให้ผู้ป่วยในกรณีที่เห็นว่าเป็นแผลเล็กน้อย ทั้งนี้มีผู้ป่วย 3 คนที่เคยมีประสบการณ์เรื่องแผลที่เท้า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการดูแลเท้าที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพียงแต่ทราบว่าต้องระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้า โดยการสวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน เนื่องจากกลัวการมีแผลที่เท้า แต่ไม่ได้แนะนำหรือให้การดูแลเท้าผู้ป่วยมากนัก

โดยสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลเท้า พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความรู้เรื่องการดูแลเท้าที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทราบแต่เพียงว่าต้องระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้าเนื่องจากแผลจะหายยาก และอาจทำให้ต้องถูกตัดขา โดยผู้ดูแลเพียงแต่แนะนำให้ผู้ป่วยสวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน แต่ไม่ได้ให้การดูแลทำอย่างอื่นร่วมด้วย

6. พฤติกรรมอื่นๆที่ได้จากการสัมภาษณ์

6.1 ความกลัวต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ดูแล

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 4 คน ไม่มีความกลัวต่อการเป็นโรคเบาหวาน เพราะคิดว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นแล้วสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ถ้าได้รับประทานตามแพทย์แนะนำและมีการควบคุมการรับประทานอาหาร ดังคำบอกเล่าว่า

“ ไม่กลัวเป็นเบาหวาน เป็นแล้วอยู่ได้นานถ้าไม่มีโรคอื่น ต้องกินยาน้ำหมอ ไม่กินของหวานที่ป”

“ เป็นเบาหวานมีค้อยดังกะด้อ แล้วแต่บุญกรรม เป็นแล้วไควว่าโรคอื่น”

“ เป็นเบาหวานมียาน เพราะได้หมอยอยู่ เป็นกะเป็น”

“ เห็นคนเป็นเบาหวานกันเยอะ เป็นแล้วยังอยู่ได้ดีโดยไม่กลัว”

ส่วนผู้ดูแลอีก 6 คน มีความกลัวต่อการเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากเห็นคนที่เป็นเบาหวานแล้วมีแผล หายยาก ทำให้ถูกตัดขา บางคนก็คิดว่าเป็นเบาหวานแล้วทำให้สุขภาพอ่อนแอลง ดังคำบอกเล่าว่า

“ เป็นตาย่าน เห็นคนอื่นเป็นเบาหวานแล้วเป็นแผลเน่า ต้องถูกตัดขา”

“ กลัวเบาหวานแต่ะ บางคนได้ตัดขา”

“ ย่นเป็นเบาหวาน เป็นแล้วมีแข็งแรง”

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จำนวน 5 คน ไม่มีความกลัวต่อการเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากเห็นผู้ป่วยเบาหวานดำรงชีวิตอยู่ได้นานหลายปี ดังคำบอกเล่าว่า

- “ เป็นเบาหวานมีย่าน เป็นแล้วกะกินยาน้ำหอม แม้เพิ่นกะกินยามานาน มิเห็นเป็นผลอ”
- “ มีย่านเบาหวาน ไปโรงพยาบาลเห็นคนเป็นหลาย”
- “ เป็นแล้วซังอยู่ คิดว่าเป็นกะเป็น กินยาน้ำหอมจนกว่าจะตายพุ้นแล้ว กินยาอะพอทุกเลาคือเป็นเตวกับคอกพอก”
- “ เป็นเบาหวานมีย่านกะดื้อ คนเป็นหลายอยู่ กินยาเอ็ดน้ำหอมแนะนำคืออย่างละดี”
- “ ไม่กลัวเป็นเบาหวานเพราะมีคนเป็นมาก เป็นแล้วกินยากับหอม”

ส่วนผู้ดูแลอีก 3 คน มีความกลัวต่อการเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากเห็นคนที่ เป็นเบาหวานแล้วถ้ามีแผล จะหายช้ากลัวถูกตัดขา หรือ บางคนกลัวว่าเป็นแล้วต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต ดังคำบอกเล่าว่า

- “ กลัวเป็นเบาหวาน เพราะต้องกินยานานตลอดชีวิต”
- “ ย่านเบาหวานมันแต่ะ เห็นผู้สาคนไปล้างแผลอยู่โรงพยาบาล แผลนานดี”
- “ ย่านเบาหวานแต่ะ เป็นแผลเปื่อย ต้องได้ตัดขา”

6.2 ความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคเบาหวาน

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี คิดว่าโรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์หรือการรับประทานข้าวและน้ำตาลปริมาณมากเกินไป ในขณะที่บางคนไม่ทราบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร ดังคำบอกเล่าว่า

- “ มิู้จักว่าเบาหวานเป็นมาจากผลอ เป็นน้ำข้าวเยอะ ซ้อยคิดว่าเป็นน้ำกรรมพันธุ์ ก็ยังว่าน้องชายเพิ่น 2 คนกะเป็น อ้ายเพิ่นกะเป็น”
- “ คิดว่าโรคเบาหวานเป็นเพราะกินข้าวหลาย อีกอย่างหนึ่งจะเป็นน้ำกรรมพันธุ์ เพราะน้องสาวหล่าเป็น ลูกชายกะเป็น”
- “ เบาหวานเป็นกันทุกคน แล้วแต่ใครจะแสดงอาการ”
- “ ไม่รู้ว่าเกิดจากอะไร เหมือนฟ้าผ่า มันจะเป็นกะเป็น ระวังไม่ได้แล้วแต่จะเป็น”
- “ จื้อมิได้ว่าเกิดจากผลอ กินน้ำตาลโพดเยอะ”
- “ เบาหวานหลายคนเป็นเพราะกินข้าว กข แต่ซ้อยคิดว่าอาจจะมีส่วนบ้าง”

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี คิดว่าโรคเบาหวานเกิดจากการรับประทานข้าว กข 6 เนื่องจากข้าว กข 6 มีรสนุ่ม หวาน ทำให้รับประทานได้ครั้งละมากๆ ดังคำบอกเล่าว่า

- “ เบาหวานคิดว่าเกิดจากกินข้าว กข เพราะข้าวหวาน กินได้เยอะ”
- “ คิดว่าเบาหวานเป็นเพราะกินข้าว กข 6 เพราะเวลากินแล้วจะมีอาการต่าง”
- “ มิู้จักว่าเบาหวานเกิดจากผลอ เห็นไทบ้านเว้าเป็นน้ำข้าว กข 6 ซ้อยก็ว่าอย่างนั้น”

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยการศึกษาในช่วงเวลาที่กำหนด (Cross-Sectional) ซึ่งผู้วิจัยจะขออภิปรายผลในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล
2. พฤติกรรมของผู้ดูแล
3. ปัจจัยของผู้ป่วยกับภาวะการควบคุมโรค
4. ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรค
5. การสัมผัสเชิงลึกในผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรหลาน ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเนื่องจากเพศชายจะเป็นคนหาเลี้ยงครอบครัว ต้องไปทำงานนอกบ้าน ภาระหน้าที่ในการดูแลบ้านและคนในบ้าน เช่น เด็กและผู้สูงอายุ จึงเป็นหน้าที่ของฝ่ายหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) และ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2535) ที่พบว่า บุคคลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ได้แก่ บุตรสาว หลานสาวและสะใภ้ ถ้าไม่มีบุตรหลานส่วนใหญ่จะอยู่กับคู่สมรสหรือญาติ ร้อยละ 92.9 ของผู้ดูแลสมรสแล้ว อาจเนื่องมาจากอายุโดยเฉลี่ยของผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ คือ 41 ปี ซึ่งเป็นวัยที่น่าจะแต่งงานมีครอบครัวแล้วสำหรับชาวชนบท ในเรื่องรายได้ พบว่าผู้ดูแลมีรายได้ครอบคลุมต่อปีอยู่ระหว่าง 3,000-450,000 บาท โดยเฉลี่ยประมาณ 43,000 บาท ซึ่งเป็นรายได้เฉลี่ยต่อปีที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับรายได้เฉลี่ยต่อปีของประชากรอำเภอเขาวง ซึ่งเท่ากับ 8,185 บาท อาจเป็นเพราะมีครอบครัวที่มีรายได้ต่อปีสูงมากถึง 450,000 บาทจึงทำให้ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างนี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของอำเภอ แต่อย่างไรก็ดีในการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีรายได้เฉลี่ยต่อปีประมาณ 10,000 บาท ซึ่งก็ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของอำเภอ ร้อยละ 78.7 ของผู้ดูแลประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งเป็นอาชีพหลักของคนไทย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1 ถึง 20 ปี โดยผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานๆ ส่วนใหญ่จะเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วยที่ดูแลมาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเป็นโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยใน 1 วัน จะพบว่าผู้ดูแลที่เป็นสามีภรรยาของผู้ป่วยจะมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลเองก็เป็นผู้สูงอายุในครอบครัว ไม่ต้องไปทำงานนอกบ้าน มีบุตรหลานคอยเลี้ยงดู จึงมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยตลอดทั้งวันเป็นส่วนใหญ่

2. พฤติกรรมของผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีคะแนนความรู้โดยรวมเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95 %CI= 0.7 ถึง 3.1 ,p-value <0.01) ในขณะที่คะแนนทัศนคติและการปฏิบัติตัวโดยรวมของกลุ่มผู้

ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95 % CI= -0.4 ถึง 2.7 ;p-value = 0.13 และ 95 % CI= -0.2 ถึง 5.2 ,p-value=0.06 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน จะพบว่า คะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเกือบทุกด้าน ยกเว้นการมาตรวจตามนัดที่มีคะแนนเท่ากัน โดยพบว่ามีเพียงความรู้ด้านการควบคุมอาหาร,ความรู้ด้านการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดและการปฏิบัติตัวในด้านการออกกำลังกายของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95 % CI= 0.03 ถึง 1.2 ,p-value = 0.04 , 95 % CI = 0.2 ถึง 1.1 ,p-value= 0.01 และ 95 % CI= 0.1 ถึง 1.7 ,p-value= 0.02 ตามลำดับ) ส่วนในเรื่องทัศนคติ พบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีคะแนนทัศนคติสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านออกกำลังกายที่ต่ำกว่าเล็กน้อย และมีเพียงทัศนคติในเรื่องการควบคุมอาหารเท่านั้นที่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95 % CI= 0.1 ถึง 1.1 ,p-value= 0.03) เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยแล้วผู้วิจัยมีความเห็นว่าโดยภาพรวมนั้น ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลน่าจะมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ การที่ผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องในการควบคุมโรคเบาหวานน่าจะทำให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ได้แก่ ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะสูงกว่าผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04, 0.03 และ 0.06 ตามลำดับ (ตารางที่ 4) ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจึงควรที่จะเน้นให้ความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลโดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ วิษญาณรัตน์และคณะ (2527) สุรัตน์ โคมินทร์ (2525) และชูจิตร เปล่งวิทยา (2533) ที่พบว่า การควบคุมโรคเบาหวานให้ได้ผลดีนั้นต้องอาศัยปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา แต่การควบคุมอาหารนับว่าเป็นหัวใจที่สำคัญที่สุดของการรักษาโรคเบาหวาน

3. ปัจจัยของผู้ป่วยกับภาวะการควบคุมโรค

เพศมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับการศึกษาของศรียา วัฒนพาหุและสนม สารนน(2540), วิรัตน์ โพคะรัตน์ศิริและคณะ (2538) โดยพบผู้ป่วยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสุธีรัตน์ แก้วประโลม (2538) นอกจากนี้ยังพบว่า เพศชายมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าเพศหญิง 1.7 เท่า เมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.7-3.9, p-value = 0.20) และลดลงเป็น 1.2 เท่าเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.3-4.6, p-value = 0.77) ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าการที่ผู้ป่วยเพศชายควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าเพศหญิงอาจเป็นเพราะเพศชายส่วนใหญ่ไม่นิยมบริโภคอาหารจุบจิบหรือ

อาหารหวานมากเท่ากับเพศหญิง อีกทั้งเพศชายมักมีการออกกำลังกายหรือมีการทำงานนอกบ้าน เช่น เดิน หรือขี่จักรยานไปมา ทำไร่นา มากกว่าเพศหญิงจึงส่งผลให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า

Body Mass Index (BMI) มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ O'Conner และคณะ (1987) วีระศักดิ์ แพพานิช (2538) และวิรัตน์ โพคะรัตน์ศิริและคณะ (2538) แต่ตรงกันข้ามกับการศึกษาของสาธิต วรรณแสงและคณะ (2530) ที่พบว่าความอ้วนมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นคนอ้วน ร้อยละ 52 น้ำหนักปกติร้อยละ 41 และเป็นคนผอมร้อยละ 7 ซึ่งใกล้เคียงกับ Fain (1993) ที่พบว่าร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นคนอ้วน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นคนผอมมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วน 1.2 เท่า เมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.2-6.7, p-value = 0.79) และเพิ่มเป็น 10 เท่า เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.8-122.6, p-value = 0.08) ซึ่งการที่คนผอมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าคนอ้วนเนื่องจากความอ้วนจะทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินได้ง่าย อินซูลินจึงทำงานได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีตามมา (ศรียา วัฒนพาหุและสนม สารณน, 2540)

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ดีมากกว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่ดีประมาณ 4 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ไม่ดีมีแนวโน้มที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ดี 0.9 เท่าเมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.4-3.2, p-value = 0.78) และเพิ่มเป็น 1.7 เท่าเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.1-2.6, p-value = 0.5) ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการสอบถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ได้สอบถามจากผู้ดูแล ซึ่งผลที่ได้อาจมีความแตกต่างจากการสอบถามผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยยังคิดว่าถ้าการทำหน้าที่ของครอบครัวดีน่าจะทำให้ผู้ป่วยมีการควบคุมโรคที่ดี เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทในการกำหนดแบบแผนพฤติกรรม การเจ็บป่วย, เป็นแหล่งพึ่งพาของสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย และช่วยแก้ปัญหาการปรับตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยในโรคเรื้อรัง (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542) และครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่นใกล้ชิดสนิทสนมกัน จะเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดีกว่าครอบครัวที่ไม่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน (Mengel MB ,et al ,1990)

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรียา วัฒนพาหุและสนม สารณน (2540) แต่ตรงข้ามกับ Peyrot & McMurry (1992) ที่พบว่า ความเครียดเรื้อรังมีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเลวลง ในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียดมากกว่าไม่เครียดประมาณ 3 เท่า อาจเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาต่างๆในชีวิตมากมายไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพร่างกาย จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดได้มากขึ้น และพบว่าผู้ป่วยที่มีความเครียดมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความเครียด 1.1 เท่าเมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.4-2.8, p-value = 0.85) และเพิ่มเป็น 1.7 เท่า เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.5-6.8, p-value = 0.41) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุตอบคำถามในขณะสัมภาษณ์แล้วได้ผลว่าเครียดหรือไม่เครียดนั้นไม่ใช่ความรู้สึกจริงในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาจนเจาะเลือดตรวจหาค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) หรือ

ภาวะเครียดของผู้ป่วยสูงอายุนั้นเป็นเพียงความเครียดเล็กน้อยและในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ไม่ใช่ความเครียดเรื้อรังที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

โรคแทรกซ้อนทางตาและโรคแทรกซ้อนทางประสาทมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.7–22.6, p-value = 0.13) และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางตาและโรคแทรกซ้อนทางประสาทมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน เนื่องจากว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติจะช่วยชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อน ในขณะที่เดียวกันการไม่มีโรคแทรกซ้อนก็จะช่วยทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนจึงมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน

โรคแทรกซ้อนทางไตมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางไตมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางไต 2.4 เท่าเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.8–7.7, p-value = 0.12) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนทางไตจะทำให้ไตมีสมรรถภาพลดลง เมื่อได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดบางตัวซึ่งถูกขับออกทางไต จึงขับออกไม่หมดและเกิดการสะสมของยาในกระแสเลือดทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงได้ จึงดูเหมือนว่าผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางไตควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางไต ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางไตจึงควรลดขนาดของอินซูลินลงเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างรุนแรงซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ (ชูจิตร เปล่งวิทยา, 2526)

โรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือด 5.9 เท่าเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 1.6–22.4, p-value = 0.01) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งจะมีโรคแทรกซ้อนทางไตร่วมด้วย และผู้ป่วยบางคนก็มีการรับประทานยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย จึงอาจทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและดูเหมือนว่าผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

ยาที่รับประทานร่วมด้วยมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการรับประทานยาอื่นที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วยมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการรับประทานยาอื่นที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด 1.7 เท่าเมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.5–7.4, p-value = 0.4) และเพิ่มเป็น 3.9 เท่า เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.6–26.4, p-value = 0.16) อาจเป็นเพราะการที่ผู้ป่วยรับประทานยาอื่นที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย จะทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นหรือต่ำลงตามฤทธิ์ของยาที่รับประทานเข้าไป ยาเบาหวานจึงออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ยากขึ้น

4. ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลกับการควบคุมโรค

เพศมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลเพศชาย 1.3 เท่า เมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.4-3.7, p-value = 0.64) และเพิ่มเป็น 3.6 เท่า เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.5-24.8, p-value = 0.19) อาจเนื่องจากโดยบทบาทหน้าที่การดูแลสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของเพศหญิง ในขณะที่การทำงานนอกบ้านหาเลี้ยงครอบครัวเป็นหน้าที่ของเพศชาย ดังนั้นการที่ต้องมารับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ จึงทำให้เพศชายทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่ากับเพศหญิง

อายุ ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 ปี มีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 30-59 ปี 2.4 เท่า เมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.9-6.9, p-value = 0.06) และลดลงเป็น 1.9 เท่า เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.5-7.6, p-value = 0.36) อาจเนื่องจากผู้ดูแลที่มีอายุ 30-59 ปี ส่วนใหญ่จะสมรสแล้ว ทำให้มีภาระหน้าที่ต่าง ๆ มากกว่าไม่ว่าจะเป็นการสร้างฐานะหรือการเลี้ยงดูบุตร จึงทำให้มีเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 ปีซึ่งเป็นคนโสด ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเท่า แม้ว่าจะไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม

ผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีผลทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 30-59 ปี 3.2 เท่า เมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.1-9.7, p-value = 0.01) และเพิ่มเป็น 18.1 เท่า เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (95% CI = 1.4-136.3, p-value = 0.02) เนื่องจากผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย ทำให้มีความใกล้ชิดผูกพันและเข้าใจกันมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 30-59 ปี ซึ่งเป็นบุตรหลานหรือสะใภ้ ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า ดังเช่นการศึกษาของ Caplan (1976:6) Flowers (1986) และ Primomo, et al.(1990) ที่พบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจะสูงมากขึ้นถ้าคู่สมรสให้ความสนใจเอาใจใส่ คู่สมรสเป็นบุคคลสำคัญที่ไว้วางใจและถ้าบุคคลใดไม่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส การสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลที่ไว้วางใจคนอื่น ๆ ก็ไม่สามารถทดแทนได้

สถานภาพสมรส พบว่าผู้ดูแลที่เป็นโสดมีผลทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่สมรสแล้ว 1.9 เท่า เมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.4-9.3, p-value = 0.58) และเพิ่มขึ้นเป็น 10.6 เท่า เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.2-94.9, p-value = 0.03) อาจเนื่องจากผู้ดูแลที่เป็นโสดยังไม่มีภาระหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบดูแลคู่สมรสหรือบุตรของตนเอง จึงมีเวลาที่จะดูแลผู้ป่วยได้มากกว่าผู้ดูแลที่สมรสแล้ว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า

การศึกษามีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.05-2.7, p-value = 0.33) และพบว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา 2.5 เท่า อาจเนื่องจากผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงกว่า สามารถเรียนรู้ เข้าใจแผนการรักษา และการดำเนินของโรคได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อยกว่า ทำให้มีการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วย

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า ดังเช่นที่ศุภวรรณ มโนสุนทร (2542) กล่าวไว้ว่า การได้รับการศึกษาจะทำให้คนในครอบครัวมีสุขภาพดีขึ้น เนื่องจากสามารถมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองและครอบครัวมากขึ้น

อาชีพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 1.1 เท่า เมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.4-3.0, p-value = 0.89) และเพิ่มเป็น 3.6 เท่า เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.6-22.8, p-value = 0.17) อาจเนื่องมาจากอาชีพเกษตรกรรมนั้นเป็นอาชีพอิสระ ใช้เวลาในการทำงานประมาณ 6-7 เดือน ช่วงเวลาที่เหลือผู้ดูแลก็ทำอาชีพเสริมอยู่ที่บ้าน เช่น สานกระติบข้าว, ทอผ้า เป็นต้น จึงทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า

รายได้ พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวต่อปีน้อยกว่า 10,000 บาทมีผลทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวต่อปี 10,000-90,000 บาท 1.8 เท่าเมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.8-4.5, p-value = 0.15) และเพิ่มขึ้นเป็น 7.4 เท่าเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.6-36.3, p-value = 0.01) อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยไม่สามารถจัดเตรียมอาหารต่าง ๆ มาให้ผู้ป่วยรับประทานได้มากเท่ากับผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่า อีกทั้งอาหารที่จัดเตรียมมาส่วนใหญ่ก็เป็นจำพวกผักที่ปลูกไว้รับประทานเอง จึงเท่ากับเป็นการควบคุมอาหารของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีกว่า ส่วนผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวต่อปีมากกว่า 100,000 บาทมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวต่อปี 10,000-90,000 บาท อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าควบคุมได้ดีเป็น 2.1 เท่าเมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.5-7.7, p-value = 0.33) และเพิ่มเป็น 2.4 เท่าเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.2-29.8, p-value = 0.47) ซึ่งผู้วิจัยสังเกตว่าผู้ดูแลที่มีรายได้สูงมาก ส่วนใหญ่จะเป็นคนที่มีการศึกษาสูงรวมทั้งผู้ป่วยเองก็มีการศึกษาสูงเช่นกัน ทำให้ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ดีกว่า การเข้าไปรับบริการทางการแพทย์มีมากกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าแม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษาครั้งนี้ก็ตาม

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ดูแลที่เป็นสามีภรรยาของผู้ป่วยจะมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลาน 1.7 เท่า (95% CI = 0.1-20.4, p-value = 0.66) อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลที่เป็นสามีภรรยาของผู้ป่วยจะมีความใกล้ชิดผูกพันและมีความเข้าใจกันมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลาน อีกทั้งยังมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากกว่า จึงมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า ส่วนผู้ดูแลที่เป็นสะใภ้จะมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลาน 2.3 เท่า (95% CI = 0.5-11.4, p-value = 0.31) เนื่องจากสะใภ้เป็นผู้ที่เข้ามาอาศัยอยู่ในบ้านของสามี ส่วนใหญ่ต้องมีหน้าที่ดูแลบ้านเรือนและดูแลบิดามารดาของสามี โดยเฉพาะเมื่อบิดามารดาของสามีเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมา ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลที่เป็นสะใภ้จะมีการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุไม่ถูกต้องเท่าไรนัก แต่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นนั้นเกิดจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอง

เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยในแต่ละวัน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน มีผลทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมงต่อวัน 2.9 เท่า เมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 1.1–7.9, p-value = <0.01) และเพิ่มเป็น 9.6 เท่า เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 1.7–55.1, p-value = 0.01) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากกว่าสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากกว่าไม่ว่าจะเป็นด้านการให้คำปรึกษา คำแนะนำ หรือด้านอารมณ์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ดีกว่า ส่งผลให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีกว่า

จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.4–2.6, p-value = 0.96) และพบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี 1.1 เท่า จะเห็นได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในผู้ดูแล 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันไม่มากนัก แต่อย่างไรก็ดีผู้วิจัยสังเกตว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี มักเกิดความรู้สึกท้อหรือเบื่อหน่ายในการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีและสามารถควบคุมโรคได้มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมานานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี การให้การสนับสนุนผู้ป่วยก็น้อยกว่า จึงส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเท่ากับผู้ดูแลผู้ป่วยมานานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี

ความรู้มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจะมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 2.1 เท่าเมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.9–4.9, p-value = 0.07) และเพิ่มเป็น 3.4 เท่าเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.9–13.4, p-value = 0.07) เนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่า จะส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรคให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานได้ถูกต้องกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า ไกล่เคียงกับการศึกษาของละมัย ภูริบุญชา (2537) และจริยวัฒน์ คมพยัคฆ์ (2532) ที่พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยและสมาชิกคนในครอบครัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติตัวได้

ทัศนคติ พบว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจะมีผลทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 2.3 เท่าเมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่นโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.9–6.3, p-value = 0.06) และเพิ่มเป็น 4.8 เท่าเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.2–19.9, p-value = 0.02) ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลจะแสดงปฏิกิริยาต่างๆ โดยมีผลมาจากความเชื่อ ค่านิยมที่เขามีหรือรับไว้ (ประภาเพ็ญและสวีน สุวรรณ, 2536) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมโรคเบาหวานก็น่าจะทำให้เกิดการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคที่ดีตามมา และเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ดังเช่นที่ Wishner & O'Brien (1876) กล่าวว่า อิทธิพลความเชื่อของครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาโรคใด ๆ จะมีผลต่อการปฏิบัติตัวของสมาชิกในครอบครัว ถ้าครอบครัวที่เชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นสามารถรักษาได้และการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ก็จะสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแผนการรักษา พฤติกรรมของผู้ป่วยจึงเป็นไปในทางบวก

การปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจะมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 1.24 เท่าเมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.5–2.8, p-value = 0.59) และลดลงเป็น 0.9 เท่าเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น (95% CI = 0.3–3.0, p-value = 0.88) ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าอาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลทำให้ได้คำตอบที่ไม่ตรงตามความเป็นจริงเท่าไรนัก จึงได้ผลการวิจัยดังกล่าว แต่อย่างไรก็ดีผู้วิจัยยังคงคิดว่าการปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ดูแล เช่น การจัดเตรียมอาหารที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยรับประทาน หรือการออกกำลังกายร่วมกับผู้ป่วย น่าจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดการควบคุมโรคที่ดีขึ้น ดังเช่นที่มีผู้ศึกษาไว้ว่า การที่ครอบครัวให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรคที่ดีขึ้น (กรองจิตร ชมสมุท, 2534 , วัฒนะ คล้ายดี, 2530 , Hausen, et al. , 1985)

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามสมมติฐานที่ตั้งไว้นั้น ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อปี ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยในแต่ละวัน และทัศนคติ ส่วนปัจจัยอื่นของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วย ความรู้ และการปฏิบัติตัว จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. การสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ดูแล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะเป็นเพศหญิงทั้งหมด โดยส่วนใหญ่จะเป็นภรรยาหรือลูกสะใภ้ ในขณะที่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะมีเพศชายด้วย โดยส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือบุตรสาว ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าบุคคลที่มีส่วนช่วยควบคุมดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวานทำตามคำแนะนำเพื่อจะทำได้สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้นั้น ควรเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลเหนือผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเชื่อถือและยอมรับฟัง ดังเช่นสามี ซึ่งถือว่าเป็นผู้นำ เป็นหัวหน้าครอบครัว จึงทำให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นภรรยาอมทำตามคำแนะนำที่ได้รับ ส่วนกรณีของบุตรสาวนั้นอาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลไม่ว่าจะเป็นด้านทรัพย์สินเงินทอง อาหารการกิน ที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งผู้ให้การดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุในสังคมไทยส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2535) นอกจากนี้ได้มีผู้ศึกษาพบว่าเมื่อเกิดปัญหาซึ่งจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือหรือขอคำปรึกษานั้น บุคคลที่ผู้สูงอายุจะขอความช่วยเหลือหรือขอคำปรึกษาส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 36.5 รองลงมาคือ สามีภรรยา คิดเป็นร้อยละ 20.9 (บรรลุ ศิริพานิชและคณะ, 2531) จึงทำให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นบิดามารดาของผู้ดูแลมีความใกล้ชิดสนิทสนมและยอมรับฟังคำแนะนำที่ได้รับ ส่วนกรณีของสะใภ้เนื่องจากเป็นผู้มาอาศัยอยู่ในบ้านของบิดามารดาฝ่ายชาย ต้องให้ความเคารพเชื่อฟังบิดามารดาของฝ่ายชาย ทำให้ผู้ป่วยมีอิทธิพลอยู่เหนือผู้ดูแลที่เป็นสะใภ้ การยอมรับและเชื่อในคำแนะนำของสะใภ้จึงไม่ค่อยมีเท่าที่ควร

ในด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด การพามาตรวจตามนัด และการดูแลเท้า นั้น ผู้วิจัยขออภิปรายในแต่ละประเด็นดังนี้

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

ผลการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุรับประทาน โดยจัดเตรียมไว้ให้ครบทั้ง 3 มื้อ และร่วมรับประทานอาหารด้วยกันในมื้อเช้าและมื้อเย็น ส่วนมื้อเที่ยงจะเตรียมไว้ให้แต่ไม่ได้เข้าร่วมรับประทานอาหารด้วย อาจเป็นเพราะผู้ดูแลต้องทำงานนอกบ้าน จึงไม่สามารถกลับบ้านมาร่วมรับประทานอาหารด้วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอาพร สุขสวัสดิ์ (2534) และนภาพร ชโยวรรณ(2535) ที่พบว่าบุตรที่อยู่ด้วยกันกับผู้สูงอายุหรืออยู่คนละบ้านจะเป็นคนจัดเตรียมหรือซื้ออาหารมาให้ผู้สูงอายุรับประทาน และร่วมรับประทานอาหารด้วยกัน ในขณะที่สุจิตรา นิลเลิศ(2539) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 18.7 บุตรจะไม่ได้ให้การดูแลเรื่องอาหารและจะรับประทานอาหารพร้อมกันเฉพาะมื้อเย็น ส่วนมื้อเช้าและเที่ยงผู้สูงอายุจะรับประทานอาหารโดยลำพังจากอาหารที่บุตรเตรียมไว้ให้ในตอนเช้า การจัดเตรียมอาหารของผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่จะเป็นข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้านที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น เช่น ผัก ปลา กบ เขียด โดยประกอบอาหารด้วยวิธีแกง ต้ม ปิ้ง และย่าง อาจเนื่องจากอยู่ในชนบทมีรายได้น้อย อาหารการกินจึงเป็นอาหารที่ปลูกไว้เองหรือหาซื้อได้ง่ายในท้องถิ่น ราคาไม่แพง สอดคล้องกับการศึกษาของภานุมาศ นาพลเมือง (2540) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น นิยมบริโภคข้าวเหนียวเป็นส่วนใหญ่ และอาหารที่ขาดไม่ได้ คือปลาและผัก การประกอบอาหารส่วนใหญ่จะเป็นการนึ่ง ปิ้ง ย่าง คั่ว ไม่นิยมการทอดหรือผัดอาหารด้วยน้ำมัน เวลาในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะตรงตามเวลาเกือบทุกวัน ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะไม่สนใจเวลาในการรับประทานอาหาร รวมทั้งรับประทานอาหารในปริมาณมากเกินไป สอดคล้องการศึกษาของรัชตะและคณะ (2530) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี ร้อยละ 50 จะรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาและร้อยละ 42.5 รับประทานอาหารในปริมาณไม่สม่ำเสมอในแต่ละวัน ด้านการควบคุมการรับประทานอาหารของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มที่ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ซึ่งเป็นคู่สมรสหรือบุตรสาวของผู้ป่วยจะมีการห้ามปรามหรือตักเตือนผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเชื่อฟัง ในขณะที่ผู้ดูแลที่เป็นสะใภ้จะไม่กล้าห้ามปรามหรือเตือนผู้ป่วย เนื่องจากคิดว่าตนเองเป็นเพียงผู้อยู่อาศัย (ประเพณีของคนที่นี่ เมื่อแต่งงานแล้วฝ่ายหญิงจะเข้าไปอยู่บ้านฝ่ายชาย และช่วยดูแลพ่อแม่ของฝ่ายชายด้วย) แต่ตัวผู้ป่วยจะมีการระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหารของตนเอง ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ส่วนใหญ่จะให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามใจชอบโดยมีการห้ามปรามบ้างเล็กน้อย แต่ผู้ป่วยก็ไม่เชื่อฟัง สอดคล้องกับการศึกษาของชูจิตรา เปล่งวิทยา (2533) ที่กล่าวว่า การควบคุมอาหารนับว่าเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประมาณร้อยละ 80 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถ้ารู้จักควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารที่ถูกต้องทั้งปริมาณและคุณภาพจะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงขึ้น และรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ถ้ารับประทานอาหารตรงเวลา

ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการควบคุมอาหารที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทราบแต่เพียงว่าควรลดอาหารหวานและมัน โดยได้ยืมมาจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล จากตัวผู้ป่วยเอง และจากเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าอาจเนื่องมาจากผู้ดูแลไม่เคยได้รับการอบรมให้ความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานอย่างจริงจัง ทำให้ทราบแต่เพียงว่าอาหารหวานและมันเป็นสิ่งที่จะต้องลดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาสุรีย จันทโมลี (2528) ที่กล่าวว่า ญาติผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรค เนื่องจากเจ้าหน้าที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยฝ่ายเดียว หรือผู้ป่วยถ่ายทอดความรู้ให้แก่ญาติไม่ถูกต้อง ในด้านทัศนคติพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่คิดว่าการควบคุมอาหารได้จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงขึ้น ซึ่งน่าจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดีและต้องการสนับสนุนผู้ป่วยให้มีการควบคุมอาหารมากขึ้น อันจะส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย โดยการให้การดูแลเรื่องอาหารนั้น สามารถทำได้โดยการศึกษาในเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ตลอดจนการเตรียมอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ถ้าจะให้ดียิ่งขึ้นก็คือ สมาชิกในครอบครัวควรรับประทานอาหารที่เหมือนกับผู้ป่วย เพื่อจะได้มีส่วนร่วมและช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระของครอบครัว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ดียิ่งขึ้น (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุทั้ง 2 กลุ่มมีการทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ เช่น กวาดบ้าน นึ่งข้าว เดินเล่นนอกบ้าน โดยไม่มีผู้ป่วยคนใดที่นั่งๆนอนๆโดยไม่ทำอะไรเลย สอดคล้องกับการศึกษาของอดุลย์ วิริยเวชกุลและคณะ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 66.4 มีการทำงานบางอย่างในครอบครัว เช่น การหุงหาอาหาร การดูแลบ้านเรือน หรือ ทำไร่ทำนา มีเพียงร้อยละ 10 ที่ไม่มีภาระทำอะไรเลยในครอบครัว และในผลการสัมภาษณ์ครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าการเดินไปนา ทำสวน ตัดนา ก็เป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง มีเพียงส่วนน้อยที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอโดยการวิ่ง เดิน หรือขี่จักรยาน ตรงข้ามกับการศึกษาของสุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภและคณะ (2536) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 72 มีการออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่ง ขี่จักรยาน แต่ไม่สม่ำเสมอทุกวัน มีเพียงร้อยละ 29 ที่ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายด้วยเหตุผลที่ว่าได้ทำงานบ้าน ทำนา ทำสวนแล้ว ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ผู้ดูแลจึงคิดว่าไม่ควรออกกำลังกายมากโดยเฉพาะการวิ่ง ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่หักโหมเกินไปสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นการทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแล้ว ดังเช่นที่หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์ (2540) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ถูกหลอกลอนไม่ยอมให้ทำอะไรเนื่องจากไม่สบาย จึงไม่ควรออกกำลังกาย และบางส่วนผู้สูงอายุเองมีความอายที่จะออกกำลังกายเนื่องจากไม่คุ้นเคย กรณีของผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ซึ่งเป็นคู่สมรสหรือบุตรสาวของผู้ป่วยจะคอยแนะนำหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอ เนื่องจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรง และระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องเนื่องจากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดไขมันที่เกาะตามร่างกายและทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ช่วยเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลิน ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระยะยาว ชนิดของการออกกำลังกายอาจเป็นการเดินระยะไกล การวิ่งเบาๆ ในช่วงเวลา 20-45 นาทีก็ได้ (ภาวนา กิริติยุดวงศ์, 2537) กรณีผู้ดูแลที่เป็นสะใภ้จะไม่ได้แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแต่อย่างใด เนื่องจากคิดว่าตนเองเป็นเพียงผู้อยู่อาศัย จึงไม่กล้าพูด แต่ทั้งนี้ตัวผู้ป่วยเองก็ได้มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นประจำอยู่แล้ว

เช่น การวิ่ง การเดินรอบบ้าน ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มที่ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะพูดคุยหรือแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเป็นบางครั้ง โดยไม่ทราบว่าการออกกำลังกายมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไร เพียงแต่คิดว่าเป็นสิ่งดีว่าการนั่งหรือนอนเฉยๆ ดังเช่นที่เทพ หิมะทองคำ (2540) กล่าวว่า การทำกายบริหารและการเดิน เพียงวันละ 5-10 นาที แม้จะไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด แต่ก็ยังเป็นผลดีว่าการไม่ได้ออกกำลังกายใดๆเลย โดยภาพรวมจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มในเรื่องการควบคุมให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุออกกำลังกายมีความแตกต่างกัน ซึ่งน่าจะเป็นผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานแตกต่างกันด้วย

พฤติกรรมการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด

ผลการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีบทบาทเพียงแต่คอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาเป็นบางครั้งที่คิดว่าผู้ป่วยจะลืม โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้รับผิดชอบในการนำยามารับประทานเองโดยไม่ต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ ไม่ต้องจัดเตรียมหรือป้อนยาให้แก่ผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในการศึกษารุ่นนี้ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มาก รับประทานอาหารได้เอง ดังนั้นการนำยาลดน้ำตาลในเลือดมารับประทานเองจึงไม่ใช่เรื่องยากสำหรับผู้ป่วย ซึ่งพฤติกรรมการกระตุ้นเตือนเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนาได้ เช่น ความสม่ำเสมอของการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ได้แก่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด (Dickey, Matter & Chudzik, 1975 อ้างในเพ็ญศิริ เมฆโฑรา, 2532) และจากการศึกษาของวัตกินและคณะ (1992) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 26 มีความผิดพลาดในการรับประทานยา เช่น ลืมรับประทานยา รับประทานผิดขนาด โดยความผิดพลาดนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบว่าต้องรับประทานยาก่อนอาหารแต่ไม่ทราบว่าควรรับประทานยาก่อนอาหารกี่ชั่วโมง อาจเนื่องมาจากไม่เคยได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดอย่างจริงจัง และส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย จึงไม่ได้ใส่ใจกับเรื่องนี้มากนัก ในด้านเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านพบว่าผู้ดูแลบางคนมีการแสวงหายาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อนำมา让ผู้ป่วยรับประทานควบคู่ไปกับยาของโรงพยาบาลแต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงกลับมารับประทานแต่ยาของโรงพยาบาลเหมือนเดิม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลต้องการให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นแม้จะทราบว่าโรคเบาหวานรักษาไม่หายขาดก็ตาม ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของภานุมาศ นาพลเมือง (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลพล จะนำยาสมุนไพรที่มีรสขม เช่น บอระเพ็ด ฟ้าทะลายโจร มารับประทานควบคู่ไปกับยาของโรงพยาบาลด้วย หรือการศึกษาของธีระ พัทธกิจประเวช (2536) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะรับประทานยา 2 ประเภท คือ ยาของโรงพยาบาล และยาอื่นควบคู่ไปด้วย โดยส่วนใหญ่จะเป็นยาสมุนไพร ในด้านทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยาพบว่าผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่คิดว่าผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงขึ้น ซึ่งน่าจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดีและช่วยสนับสนุนผู้ป่วยให้มีการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดที่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ทั้งนี้การดูแลให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องนั้น อาจเป็นการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยาดังเช่นที่ผู้ดูแลในการศึกษารุ่นนี้ได้ปฏิบัติ เพียงแต่ผู้ดูแลควรเรียนรู้ว่าผู้ป่วยเบาหวานต้องรับประทานยาที่ครั้งต่อวันเวลาไหน และรับประทานอย่างไร เพื่อที่จะแนะนำผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542)

พฤติกรรมกรรมการมาตรวจตามนัด

ผลการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีบทบาทในการเตือนผู้ป่วยเมื่อถึงวันนัด หรือจัดเตรียมอาหารพร้อมเอกสารต่างๆ เช่น ใบนัด บัตรประจำตัวผู้ป่วยไว้ให้ และจัดหยานพาหนะให้ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลพร้อมกับเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยยังแข็งแรงพอที่จะไปโรงพยาบาลได้เอง ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยอย่างอื่นร่วมด้วย ผู้ดูแลจึงจะเป็นผู้พาไปโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ชัยวรรณ (2535) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องได้รับการรักษานั้น ผู้สูงอายุต้องไปพบแพทย์ด้วยตนเอง เนื่องจากบุตรต้องไปทำงานและความเคยชินที่เห็นว่าป่วยเป็นประจำ ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นที่เหมือนกันว่าการที่ผู้ดูแลไม่ได้เป็นผู้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลนั้นเป็นเพราะว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องทำมาหาเลี้ยงครอบครัว อีกทั้งผู้ป่วยก็สามารถเดินไปไหนมาไหนได้เองโดยไม่ต้องมีคนพาไป นอกจากนี้การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ต้องมาทุกเดือน จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเคยชินว่าการไปพบแพทย์ของผู้ป่วยนั้นไม่ใช่เรื่องน่าวิตกกังวลแต่อย่างใด ภายหลังจากที่ผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดแล้วในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จะมีการซักถามถึงอาการ, ระดับน้ำตาลในเลือด และคำแนะนำของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจากผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะไม่สนใจซักถามใดๆ ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยมาบอกเล่าให้ฟังเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลใน 2 กลุ่มนี้มีความสนใจเกี่ยวกับคำบอกเล่าของผู้ป่วยเมื่อกลับจากโรงพยาบาลแตกต่างกัน แต่ทั้งนี้ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มก็ยังคิดว่าการมาตรวจตามนัดเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยเนื่องจากจะทำให้ทราบว่ามียกระดับน้ำตาลในเลือดเท่าไร จากพฤติกรรมของผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มที่กล่าวมามีส่วนที่ดีของการดูแลก็คือ การให้ผู้ป่วยได้ทำอะไรด้วยตนเอง เพราะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า เกิดความมั่นใจ ดีกว่าการช่วยเหลือทุกอย่างโดยไม่ยอมให้ทำอะไรเลยทั้งๆที่ผู้ป่วยทำได้ การฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองจึงเป็นผลดีต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมากกว่า (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542) เพียงแต่ผู้ดูแลควรให้ความสนใจหรือเรียนรู้ที่จะติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย เช่น ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด, การให้คำแนะนำของแพทย์แก่ผู้ป่วย ภายหลังจากผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดแล้ว ดังเช่นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีปฏิบัติอยู่ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

พฤติกรรมการดูแลเท้า

ผลการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความรู้เรื่องการดูแลเท้าที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทราบแต่เพียงแต่ต้องระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้าเนื่องจากแผลจะหายยากและอาจถูกตัดขา โดยผู้ดูแลเพียงแต่แนะนำให้ผู้ป่วยสวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน แต่ไม่ได้ให้การดูแลเท้าอย่างอื่นร่วม นอกจากนี้เมื่อผู้ดูแลพบว่าผู้ป่วยมีแผลที่เท้าเล็กน้อย มักจะพยายามทาแผลให้เอง เมื่อไม่หายจึงจะพาไปหาเจ้าหน้าที่สถานีนานามัยหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของชาญวิทย์ ดันต์พิพัฒน์ (2523) ที่พบว่าผู้ป่วยเมื่อเกิดแผลที่เท้าแล้วจะมาพบแพทย์ช้า ทำให้ถูกตัดขาถึงร้อยละ 47.3 ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าเนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับวิธีการดูแลเท้าที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจึงไม่สามารถให้การดูแลเท้าที่ถูกต้องได้ แต่เคยเห็นผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดขาเพราะมีแผลที่เท้าเป็นเวลานานและรักษาไม่หาย จึงมีความกลัวในเรื่องการเป็นแผลที่เท้า และให้ความระมัดระวังบ้างตามความรู้ที่มีอยู่ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรให้ความรู้ในเรื่องการดูแลเท้าที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตัวในเรื่องดังกล่าวได้ดีมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในอนาคต

จากที่กล่าวมาในการสัมภาษณ์เชิงลึกจะเห็นว่าพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัดของผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะแตกต่างกับผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของเทพ หิมะทองคำ (2540) ที่กล่าวว่า การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยไม่ต้องใช้ยาารับประทานร่วมด้วย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงควรให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวานแก่ผู้ดูแลโดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัดเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำไปปฏิบัติในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ดังเช่นการศึกษาของกรองจิตร ชมสมุท (2535) ที่พบว่า ญาติที่ได้รับสุขศึกษาจะมีการสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนได้รับสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนจากญาติจะมีทัศนคติและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลง

บทที่ 5

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรคเบาหวานกับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในช่วงเวลาที่กำหนด (Cross-Sectional study) โดยศึกษาเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินตลอดระยะเวลา 2 เดือนก่อนเจาะเลือดตรวจหาค่าฮีโมโกลบินเอวันซี(HbA1c) โดยผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเขาวง มารับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาเม็ดที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลเขาวงก่อนวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2541 ได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กลุ่มละ 127 คน รวมทั้งสิ้น 254 คน

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย

1.1.1 ข้อมูลส่วนตัว : HN ชื่อ อายุ ที่อยู่ ซึ่งได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง

1.1.2 ดัชนีความอ้วน BMI : น้ำหนัก เป็นกิโลกรัม ส่วนสูงเป็นเมตร

1.1.3 โรคแทรกซ้อนทางตา ไต เส้นประสาท และหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่

1.1.4 ยาที่รับประทานร่วมกับยาเบาหวาน ซึ่งรับประทานในช่วง 3 เดือนก่อนเจาะเลือดตรวจ

HbA1c

1.1.5 ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ประเมินภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

1.2 แบบสอบถามเรื่องความเครียด โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Face Delight Scale)

และ สุขภาพจิต (General Health Questionnaire:GHQ-28 ของ Goldberg)

2. กลุ่มผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่

2.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการควบคุมโรค ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การมาตรวจตามนัด และการดูแลเท้า

ส่วนที่ 3 ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการควบคุมโรค ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การมาตรวจตามนัด และการดูแลเท้า

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการควบคุมโรค ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การมาตรวจตามนัด และการดูแลเท้า

ส่วนที่ 5 การพึ่งพา ใช้แบบทดสอบที่ดัดแปลงมาจาก ดัชนีบาร์เธล (BARTHEL INDEX) ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่

ส่วนที่ 6 การทำหน้าที่ของครอบครัว ใช้แบบทดสอบของ Chulalongkorn Family Inventory:CFI ของ อุมพร ตรังคสมบัติ เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม

2.2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุจะเป็นการเก็บข้อมูลในสถานพยาบาลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบสอบถามเรื่องความเครียด ส่วนกลุ่มผู้ดูแลจะเก็บข้อมูลนอกสถานพยาบาลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2541 ถึง กุมภาพันธ์ 2542 หลังจากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลกับการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุใช้ไคสแควร์ odd ratio ที่ความเชื่อมั่น 95% และ multiple logistre regression ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี และ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) สมรสแล้ว (ร้อยละ 93) อายุเฉลี่ยประมาณ 41 ปี อาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม(ร้อยละ 80) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปี 43,000 บาท โดยที่ส่วนใหญ่จะมีรายได้ครอบครัวต่อปีประมาณ 10,000 บาท จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1-20 ปี โดยเฉลี่ย 6 ปี และในแต่ละวันมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยตั้งแต่ 2-24 ชั่วโมง หรือเฉลี่ย 18 ชั่วโมงต่อวัน ความสัมพันธ์ที่มีกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ สามีภรรยา และสะใภ้ ตามลำดับ

2. ปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

จากการศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่มีผลทำให้ภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีการควบคุมปัจจัยด้านอื่นๆ (ตารางที่ 6) คือ

1. อายุ ผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 1.8 เท่าของผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 30-59 ปี (95% CI = 1.4-136.3; p-value = 0.02)
2. สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่เป็นโสดจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 1.9 เท่าของผู้ดูแลที่สมรสแล้ว (95% CI = 1.2-94.9; p-value = 0.03)
3. รายได้ครอบครัว ผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาท จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 7.4 เท่าของผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปี 10,000-90,000บาท (95% CI = 1.6-36.3; p-value = 0.01)

4. เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยใน 1 วัน ผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยใน 1 วันมากกว่า 12 ชั่วโมง จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 9.5 เท่าของผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง (95% CI = 1.7-55.1; p-value = 0.01)

3. พฤติกรรมของผู้ดูแลกับการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ multiple logist regression พบว่า มีเพียงทัศนคติของผู้ดูแลเท่านั้นที่มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มผู้ดูแลที่มีคะแนนทัศนคติสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีคะแนนทัศนคติต่ำกว่าค่าเฉลี่ยถึง 4.8 เท่า (95% CI = 1.2-19.9 ; p-value = 0.02) ส่วนความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลที่มีคะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ (ตารางที่ 6)

และเมื่อนำข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สรุปผลได้ว่า

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร : ส่วนใหญ่ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มจะเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานตรงตามเวลาทุกวัน ซึ่งอาหารหลักจะเป็นข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้านที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น เช่น ผัก ปลา กบ เขียด โดยผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีส่วนใหญ่จะมีการรับประทานตรงตามเวลาเกือบทุกวัน ตรงข้ามกับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะรับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลา และรับประทานในปริมาณมากเกินไป ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารหวานหรือมันมากเกินไป ผู้ดูแลที่เป็นสามีภรรยาหรือบุตรสาวของผู้ป่วยจะมีการห้ามปรามหรือเตือนผู้ป่วยทุกครั้ง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเชื่อฟัง แต่ผู้ดูแลที่เป็นสะใภ้จะไม่กล้าพูดเนื่องจากคิดว่าตนเองเป็นเพียงผู้อยู่อาศัย ซึ่งผู้ป่วยก็จะมีการควบคุมการรับประทานอาหารของตนเองค่อนข้างดีอยู่แล้ว ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะค่อนข้างตามใจผู้ป่วย มีการห้ามปรามบ้างเป็นบางครั้งแต่ผู้ป่วยไม่ค่อยเชื่อฟัง ในด้านความรู้พบว่าผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมากนัก ทราบแต่เพียงแต่ผู้ป่วยเบาหวานควรดื่มน้ำและดื่มน้ำเท่านั้น และมีความเชื่อว่าการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดจะมีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไม่สูงขึ้น

พฤติกรรมการออกกำลังกาย : ผู้ดูแลที่เป็นสามีภรรยาหรือบุตรสาวของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จะมีการแนะนำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอด้วยการเดินหรือทำกายบริหาร เพราะจะทำให้ผู้ป่วยแข็งแรง และระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงขึ้น ส่วนผู้ดูแลที่เป็นสะใภ้จะไม่ได้แนะนำใดๆ เนื่องจากคิดว่าเป็นเพียงผู้อยู่อาศัยจึงไม่กล้าพูด อีกทั้งเห็นว่าผู้ป่วยมีการออกกำลังกายโดยการวิ่งหรือเดินรอบบ้านเป็นประจำอยู่แล้ว ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะพูดคุยหรือแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบ้างเนื่องจากคิดว่าดีกว่าการนอนหรือนั่งเฉยๆโดยไม่ทราบว่าการออกกำลังกายมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างไร

พฤติกรรมการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด : ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีบทบาทในการเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาเป็นบางวันที่คิดว่าผู้ป่วยอาจจะลืม โดยผู้ป่วยจะนำยามารับประทานเองตามจำนวนและเวลาที่

แพทย์สั่ง ผู้ดูแลทราบแต่เพียงว่าต้องรับประทานยาก่อนอาหารแต่ไม่ทราบว่ารับประทานยาก่อนอาหารเป็นเวลากี่ชั่วโมง ทั้งนี้ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีความคิดว่าการรับประทานยาตามแพทย์สั่งจะทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด : ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีบทบาทในการจัดเตรียมอาหาร เอกสารต่างๆให้แก่ผู้ป่วยเมื่อถึงวันนัด รวมทั้งการเตือนผู้ป่วยเมื่อถึงวันนัด โดยผู้ป่วยจะไปโรงพยาบาลเองพร้อมกับเพื่อนบ้านเมื่อได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจะนำมาบอกเล่าให้ผู้ดูแลฟังโดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จะสนใจซักถามถึงอาการ คำแนะนำต่างๆและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในทางตรงกันข้ามกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะไม่สนใจซักถามผู้ป่วยมากนัก

พฤติกรรมการดูแลเท้า : ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะการเตือนหรือแนะนำให้ผู้ป่วยสวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้านเพื่อไม่ให้เกิดแผลที่เท้า เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเกิดแผลที่เท้าแล้วจะหายยาก อาจถูกตัดขาได้

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวานไม่มากนัก โดยความรู้ที่ได้รับส่วนใหญ่จะมาจากตัวผู้ป่วยบอกเล่าให้ฟังและจากเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวานพูดคุยกัน ทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติตัวไปตามความรู้ที่มีอยู่ แต่อย่างไรก็ดีในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัดได้ดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี เช่น มีการห้ามปรามผู้ป่วยเมื่อเห็นรับประทานอาหารหวานหรือมันหรือรับประทานอาหารมากเกินไป, มีการแนะนำหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอด้วยการเดินหรือกายบริหาร, มีการซักถามอาการหรือระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเมื่อกลับจากโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด เป็นต้น แต่ทั้งนี้การควบคุมโรคเบาหวานของผู้ดูแลก็ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จึงจะทำให้การควบคุมโรคเบาหวานประสบผลสำเร็จดียิ่งขึ้น อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ควรให้การสนับสนุนในด้านความรู้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามหลักการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน (Home Health Care) ด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงาน

- 1.1 การเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ควรเลือกบุคคลที่เป็นสามีหรือบุตรสาวของผู้ป่วย เพราะผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือบุตรสาวของผู้ป่วย
- 1.2 ควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการควบคุมโรคเบาหวานแก่ผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย รวมทั้งควรมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแลในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้สูงอายุด้วย
- 1.3 ปรับปรุงแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน (Home Health Care) จากเดิมที่มุ่งเน้นแต่การติดตาม ให้ความรู้และคำแนะนำเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น มาเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลใน

ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุอย่างถูกต้องมากขึ้น โดยมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา

- 1.4 จัดให้มีการประชุมกลุ่มระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ดูแล หรือผู้ดูแลกับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ หรือผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุด้วยกันเอง เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้กับตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เป็นการสร้างเครือข่ายชุมชนในการดูแลตนเองด้วยบุคคลที่เป็นโรคเดียวกัน
- 1.5 ควรจัดให้มีการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา, ทางไต, ทางประสาท และทางหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ แก่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้สามารถตรวจพบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงจนยากแก่การรักษา

2. ด้านการวิจัย

- 2.1 ควรทำการเจาะเลือดเพื่อหาค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแล เพื่อติดตามดูภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุว่าดีขึ้นหรือไม่
- 2.2 ควรทำวิจัยเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุโดยบุคคลในครอบครัวด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.3 ควรทำวิจัยลักษณะเช่นนี้ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กนกนุช ชื่นเลิศกุล. 2540. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 1(2) : 297-310.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2538. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ.2538 และ
แนวโน้มมาตรการการแก้ไข. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]
- กรองจิตร ชมสมุท. 2535. ประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองสาธารณสุขต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ป. รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานงานด้านสหประชาชาติ. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]
- กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2539. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2540-2544. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]
- คณะกรรมการการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา. 2534. ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางการแก้ไข. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. 2532. ผลของการใช้วิธีการทางการแพทย์สาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิ์วัฒน์. 2538. ทศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรม การวัด การพยากรณ์และการเปลี่ยนแปลง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สามดีการพิมพ์.
- จำเรียง กุระสุวรรณ. 2538. ประชากรผู้สูงอายุกับการจัดสวัสดิการ ในการพยาบาลผู้สูงอายุ. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จันทนา รณฤทธิชัย. 2538. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ ในการพยาบาลผู้สูงอายุ. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- โฉมยง เหลาโชติ. 2537. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูจิตร เปล่งวิทยา. 2533. Drugs in Treatment of NIDDM ในสุนทร ตันทนันท์และคณะ. NIDDM & Atherosclerosis : Assessment & Therapy. กทม. : โรงพิมพ์สามเสน.
- ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. 2541. วิทยาการใหม่ในการรักษาเบาหวาน. วารสารกรมการแพทย์ 23(7) : 414.
- เทพ หิมะทองคำและคณะ. 2539. ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ : บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด.
- เทพ หิมะทองคำและคณะ. 2540. ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด.

- ธีระ พัทธทรัพย์ประเวชและคณะ. 2536. รายงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในจังหวัดเพชรบุรี. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]
- นพวรรณ หาญพล. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ประสพการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นพวรรณ อัครรัตน์. 2536. แบบแผนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุลและคณะ. 2538. ความถูกต้องของ General Health Questionnaire-28 ในประชากรผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]
- นาริรัตน์ จิตรมนตรี. 2536. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในการพยาบาลผู้สูงอายุ. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองการพิมพ์.
- นิรมลณี ลัจจ์เดวี. 2523. อ้างในโฉมยง เหลาโชติ. 2537. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลุ ศิริพานิช. 2531. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กทม.: สามดีการพิมพ์.
- บุญทิพย์ ลีธีรจันศรี. 2538. ผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพิมพ์ ศูนย์อาเซียน ม.มหิดล.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2535. การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ์.
- ประโชติ เปล่งวิทยา. 2526. อันตรกิริยาระหว่างยาของเบาหวาน ในโรคเบาหวานและการรักษาเล่ม 1. ศรีจิตรา บุณนาค บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : พัทธทรัพย์การพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. ทศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวีน สุวรรณ. 2536. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปราโมทย์ วั่งสะอาด. 2530. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา ภาควิชาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะนุช รักพานิชย์. 2542. โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว : การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

- พรพิศ ชีวะคำนวน. 2535. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2535. เครือข่ายสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองที่ศูนย์ทางสังคม วัดนันทธรรม. กทม.: ศูนย์ศึกษานโยบาย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2542. ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง : การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ. 2533. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. เอกสารทางวิชาการ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรา นิคมานนท์. 2534. การประเมินผลและการสร้างแบบทดสอบ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ์.
- ภานุมาศ นานพลเมือง. 2540. การพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภาวนา กิริติยวงศ์. 2537. การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลี ธรรมลิขิตกุล. 2526. การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มารับบริการด้านการรักษาพยาบาล. กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีสาร 2(1) : 84-93.
- รัชตะ รัชตะนาวินและคณะ. 2530. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลรามาธิบดี ข้อมูลทางคลินิกและผลการรักษาเปรียบเทียบระหว่างคลินิกอายุรศาสตร์และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน. วารสารรามาธิบดี 10(4) : 183-189.
- ละมัย ภูริบัญชา. 2537. ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิ นิธิยานันท์. 2535. การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- วลัยลักษณ์ อัครกุล. 2538. รูปแบบการใช้ดัชนีความอ้วนทำนายระดับไขมันในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิรัตน์ โพคะรัตน์ศิริและคณะ. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา. วารสารโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา 11(2) : 30-34.

- วีระศักดิ์ แพพานิช. 2538. รายงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]
- วัฒนะ คล้ายดี. 2530. ประสิทธิภาพของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการสอนร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจันทบุรีและสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลลา ตันตโยทัยและอดิสรณ์ สงดี. 2538. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ในการพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4. สมจิตร หนูเจริญกุล บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : วิ.เจ.พรินติ้ง.
- ศรีจิตรา บุณนาค. 2526. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ในโรคเบาหวานและการรักษาเล่ม 2. กรุงเทพฯ : พัทธการพิมพ์.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. 2542. การพยาบาลโรคเบาหวาน : การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2535. รายงานการวิจัยเรื่องข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธิต วรรณแสงและคณะ. 2530. อ้างใน สุภาภรณ์ ธนะเกียรติวารี. 2531. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(ชีวสถิติ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธิต วรรณแสง. 2536. มารูจักโรคเบาหวานกันเถอะ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สุจิตรา นิลเลิศ. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทไทย จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาประชากรศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภและคณะ. 2536. รายงานการวิจัยเรื่องปัญหาความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. โครงการวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น .
- สุธีรา นุ้ยจันทร์. 2530. การศึกษาบทบาทครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุธีรัตน์ แก้วประโลม. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง การสนับสนุนทางด้านสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. ค้นคว้าแบบอิสระตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนิตย์ จันทประเสริฐ. 2536. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ในโรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป เล่ม 1. นพ.วิทยา ศรีตมา บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยุนิติ์ พับลิเคชั่น.
- สุภาภรณ์ ธนะเกียรติวารี. 2531. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(ชีวสถิติ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุรัตน์ โคมินทร์. 2528. อาหารเบาหวานในปัจจุบัน. *อายุรศาสตร์*. 1(3) : 151-158.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2529. *คณะกรรมการคาดประมาณประชากรไทย พ.ศ.2523-2538*. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]
- หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์. 2540. การรับรู้บทบาทกับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อดุลย์ วิริยเวชกุลและคณะ. 2540. *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการก่อเหตุทางสังคมของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง*. กทม.: แอล ที เพรส จำกัด.
- อาพร สุขสวัสดิ์. 2534. *บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต* บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- American Diabetes Association. *Physician's guide to non-insulin dependent (type 2) diabetes : diagnosis and treatment*. 2nd ed.
- Bertera, EM. 1990. "Consumption and Generation of social support among the elderly : Its Relationship to Health Maintenance and Health Status". *PhD. The Grad.Sch.of Social work and Social Research*.
- Caffrey .1991. *Family caregiving to the elderly in Northeast Thailand : Charging pattern*. Dissertation for degree of Doctor for Philosophy Department Anthropology Oregon University.
- Cahill,G.F.,et al. 1976. Blood Glucose control in diabetes. *Diabetes*. 15(3) : 237-239.
- Cox, et al. อ้างในพรพิศ ชีวะคำนวณ. 2535. *สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)* บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ganuth,S. 1988. Classification & Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Med Clin Nort Am*. 66(7) : 1309-1315.
- Harold E.Lebovitz.1998. *Medical Management type 2 diabetes*. 4th ed. By ADA.
- Huttunen, N., et al. 1989. Effect of once a week training program on physical fitness & metabolic control in children with IDDM. *Diabetes Care*. 12(Nov-Dec) : 737-739.
- Jones, D.A. and Vetter, N.J. A Survey of These Who Care for the elderly at Home : Their Problems and Their Needs. *Social Science and Medicine*. 19(1984) : 511-514.
- Kail, et al. Family , Friends and Neighbours : The role of Primary group in preventing the misuse of drug. *Journal of drug Issue*. 19 (Spring 1989) : 261-281.
- Kaplan and Hartwell. อ้างในพรพิศ ชีวะคำนวณ. 2535. *สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)* บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Klemp. 1986. **Adolescents with IDDM and their Families : The Role of Management Responsibility , Diabetes Knowledge and skills, and Family Support in Compliance and Metabolic Control.** PhD. University of Miami.
- Lester,B.Salan. Diabetes Mellitus : A Disease that is Coming into Focus. **The Journal of the American Medical Association.** Vol 247 no.5 (Feb 1982) : 593.
- Mazze,R.,et al. Psychological and Social correlates of glycemic control. **Diabetes Care.** 7(Jul-Aug 1984) : 360-366.
- Peyrot, M.F. and McMurry, J.F. Stress buffering and glycemic control. **Diabetes Care.** 15(Jul 1992) : 842-846.
- Vallobana, C and Baker , S.B. "Physical Fitness Prospects in the elderly". **Archieves of Physical Medical and Rehabilitation.** 65(april 1984) : 194-200.

ภาคผนวก

แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ เขตอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

แบบสอบถามเลขที่

Id

--	--	--

วันที่สัมภาษณ์

ชื่อผู้สัมภาษณ์

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม ให้ท่านตอบข้อมูลตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อจะได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ไปวิเคราะห์หาแนวทางที่จะแนะนำผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุได้ดียิ่งขึ้น ทางผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและวิเคราะห์เป็นภาพรวมโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์

* แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 5 ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

ส่วนที่ 6 ประเมินการพึ่งพาของผู้ป่วยเบาหวาน

ให้ผู้สัมภาษณ์กรอกข้อมูลและกาเครื่องหมาย / ลงใน ☐ หน้าข้อที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบเพียงข้อเดียว ถ้าหากผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่เข้าใจคำถาม ผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายให้ชัดเจนได้

ชื่อผู้ป่วย

เลขที่ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน

เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยในแต่ละวัน ชั่วโมง

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ปี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

1. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

☐

1.สามี/ภรรยา

☐

2. บุตร/หลาน

☐

3.ญาติฝ่ายผู้ป่วยเอง

☐

4. ญาติฝ่ายคู่ครองผู้ป่วย

☐

5. ลูกเขย ลูกสะใภ้ หลานเขย หลานสะใภ้

☐

6. เพื่อนบ้าน คนรับใช้

TIME

--	--

YEAR

--	--

V1

☐

2. เพศ

☐

1. ชาย

☐

2. หญิง

3. ปัจจุบันท่านมีอายุ ปี (จำนวนเต็มปี)

4. สถานภาพสมรส

☐

1. โสด

☐

2. สมรส

☐

3. หม้าย/ หย่า

☐

4. แยกกันอยู่

5. ท่านจบการศึกษาระดับสูงสุด คือ

☐

0. ไม่ได้เรียน

☐

1. ประถมศึกษา

☐

2. มัธยมศึกษา

☐

3. อนุปริญญาขึ้นไป

6. ปัจจุบันท่านมีอาชีพหลัก คือ

☐

0. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

☐

1. กำลังศึกษา

☐

2. เกษตรกรรม

☐

3. กรรมกร รับจ้าง

☐

4. ค้าขาย

☐

5. รับราชการ , รัฐวิสาหกิจ

7. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย/ปี บาท

V2

☐

V3

☐

V4

☐

V5

☐

V6

☐

V7

☐

ส่วนที่ 2 หมวดความรู้ของผู้ดูแล

ให้ผู้ดูแลตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ หลังจากผู้สัมภาษณ์อ่านคำถามจบในแต่ละข้อ

	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ทราบ
8. การรับประทานอาหารตรงตามเวลา ทั้ง 3 มื้อ จะช่วยให้ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้			
9. ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารเป็น มื้อ ๆ ไม่รับประทานอาหารของจุบจิบ			

k1

☐

k2

☐

	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ทราบ
10. การรับประทานอาหารในปริมาณสม่ำเสมอ จะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้			
11. เมื่อผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ สามารถดองอาหารมือนั้นได้ แต่เพิ่มปริมาณอาหารมากขึ้นในมือถัดไป			
12. ถั่ว,นม,เครื่องดื่มที่ผสมนม ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่ต้องลดปริมาณอาหารประเภทไขมันและแป้งในมือนั้น ๆ			
13. ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันน้อยที่สุด			
14. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานผลไม้ได้ทุกชนิดตามต้องการ			
15. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานผลไม้ได้โดยไม่จำกัดปริมาณ			
16. ผู้ป่วยเบาหวาน ควรดองเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เช่น เหล้า เบียร์ ยาตองเหล้า			
17. การออกกำลังกายมีส่วนช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน			
18. เวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย คือ ก่อนรับประทานอาหาร 15-30 นาที			
19. วิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ คือ การวิ่ง			
20. ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ไม่ควรออกกำลังกายเกิน 2 วันต่อสัปดาห์			
21. ยาลดน้ำตาลในเลือดให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 วัน			
22. ยาลดน้ำตาลในเลือด ควรรับประทานวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น			

k3 ☐

k4 ☐

k5 ☐

k6 ☐

k7 ☐

k8 ☐

k9 ☐

k10 ☐

k11 ☐

k12 ☐

k13 ☐

k14 ☐

k15 ☐

	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ทราบ
23. ยาลดน้ำตาลในเลือด ควรรับประทานหลังอาหารครึ่งชั่วโมง			
24. ถ้าผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติได้			
25. ผู้ป่วยสามารถปรับขนาดของยาได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์			
26. ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานยาเพียงอย่างเดียวก็ควบคุมโรคได้โดยไม่ต้องควบคุมอาหารหรือออกกำลังกาย			
27. การมาตรวจตามนัดไม่มีประโยชน์ต่อการควบคุมโรคเบาหวาน			
28. การมาตรวจตามแพทย์นัด ทำให้ทราบภาวะควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วย			
29. ผู้ป่วยเบาหวานควรมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ			
30. ผู้ป่วยเบาหวานควรตัดเล็บเป็นเส้นโค้งเสมอ			
31. ถุงเท้าที่ทำจากใยสังเคราะห์เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าถุงเท้าที่ทำจากผ้าฝ้าย			
32. ผู้ป่วยเบาหวานควรทำความสะอาดเท้าด้วยการแช่เท้าในน้ำอุ่น ประมาณ 10 นาที			
33. ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรเดินเท้าเปล่าทั้งในและนอกบ้าน			

k16 ☐

k17 ☐

k18 ☐

k19 ☐

k20 ☐

k21 ☐

k22 ☐

k23 ☐

k24 ☐

k25 ☐

k26 ☐

ส่วนที่ 3 หมวดทัศนคติของผู้ดูแล

ให้ผู้ดูแลตอบว่า เห็นด้วย,ไม่เห็นด้วย หรือ ไม่แน่ใจ หลังจากผู้สัมภาษณ์อ่านคำถามจบในแต่ละข้อ

	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
34. การควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	a1	☐	
35. การเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานตรงตามเวลาเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก	a2	☐	
36. การให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารในปริมาณมาก จะทำให้มีสุขภาพแข็งแรง	a3	☐	
37. การให้ผู้ป่วยออกกำลังกายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่นและแข็งแรง	a4	☐	
38. ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุไม่ควรออกกำลังกาย เพราะอายุมากแล้ว	a5	☐	
39. การให้ผู้ป่วยทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เป็นการดีกว่าการให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉย ๆ	a6	☐	
40. การจัดเตรียมยาลดน้ำตาลให้ผู้ป่วยรับประทานทุกวัน เป็นภาระสำหรับท่าน	a7	☐	
41. การให้ผู้ป่วยรับประทานยาเองจะดีกว่า มีผู้ดูแลคอยควบคุมการรับประทานยา	a8	☐	
42. ถ้าไม่มีอาการปัสสาวะบ่อย ก็ไม่จำเป็นต้องรับประทานยา	a9	☐	
43. การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับท่าน	a10	☐	
44. ท่านไม่รู้เสียเลยเวลาที่ต้องพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด	a11	☐	
45. เมื่อไม่มีอาการผิดปกติ ก็ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัด	a12	☐	
46. การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้ดูแลควรเข้าพบแพทย์พร้อมกับผู้ป่วย	a13	☐	

	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
47. ผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องทราบอาการที่เกิดจากระดับ น้ำตาลในเลือดผิดปกติ			
48. การทำความสะอาดทำให้ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ			
49. ท่านรู้สึกเสียเวลาที่ต้องดูแลทำของผู้ป่วยโดยการนวดเท้าทุกวัน			

a14 ☐

a15 ☐

a16 ☐

ส่วนที่ 4 หมวดการปฏิบัติตัวของผู้ดูแล ในรอบ 2 เดือนที่ผ่านมา

50. ท่าน ดูแลผู้ป่วยในเรื่องอาหารอย่างไร

p1 ☐

☐ 0. ไม่ได้ดูแล (ถ้าตอบว่าไม่ได้ดูแล ให้ข้ามไปถามข้อ 56)

☐ 1. เพียงแต่แนะนำในการรับประทานอาหารเท่านั้น

☐ 2. แนะนำและจัดเตรียมอาหารให้รับประทาน

51. ในแต่ละวัน ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานตรงเวลา

p2 ☐

☐ 0. ไม่ตรงเวลาเลย

☐ 1. เป็นบางครั้ง

☐ 2. เสมอ

52. เมื่อผู้ป่วยรับประทานถั่วหรือนม ท่านลดปริมาณแป้งหรือไขมันในอาหารมือนั้น ๆ

p3 ☐

☐ 0. ไม่เคยลดปริมาณเลย

☐ 1. ลดปริมาณเป็นบางครั้ง

☐ 2. ลดปริมาณลงทุกครั้ง

53. ท่านจัดเตรียมอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันให้ผู้ป่วย

p4 ☐

☐ 0. ไม่เคยเตรียมเลย

☐ 1. เตรียมเป็นบางครั้ง

☐ 2. เตรียมเป็นประจำ

54. ท่านให้ผู้ป่วยรับประทานผลไม้ในปริมาณเท่าที่ต้องการ

p5 ☐

☐ 0. ไม่เคยจำกัดปริมาณ

☐ 1. จำกัดปริมาณบางครั้ง

☐ 2. จำกัดปริมาณทุกครั้ง

55. ท่านยอมให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สมอยู่

p6 ☐

☐ 0. ไม่เคยให้ดื่มเลย

☐ 1. เป็นบางครั้ง

☐ 2. เป็นประจำ

56. ท่านดูแลผู้ป่วยเรื่องการออกกำลังกายอย่างไร

- ☐ 0. ไม่ได้ดูแล (ถ้าตอบว่าไม่ได้ดูแล ให้ข้ามไปถามข้อ 60)
- ☐ 1. เพียงแค่แนะนำให้ออกกำลังกายเท่านั้น
- ☐ 2. พาออกกำลังกาย

p7 ☐

57. ท่านดูแลผู้ป่วยให้ออกกำลังกายโดยการเดิน/บริหารกายท่าง่าย ๆ/ทำงานบ้าน

- ☐ 0. ไม่เคยปฏิบัติดังกล่าวเลย
- ☐ 1. เป็นบางครั้ง
- ☐ 2. ทุกครั้ง

p8 ☐

58. ท่านดูแลผู้ป่วยให้ออกกำลังกายหลังทานอาหาร 15-30 นาที

- ☐ 0. ไม่เคยปฏิบัติดังกล่าวเลย
- ☐ 1. เป็นบางครั้ง
- ☐ 2. ทุกครั้ง

p9 ☐

59. ในแต่ละสัปดาห์ ท่านดูแลผู้ป่วยให้ออกกำลังกายตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

- ☐ 0. ไม่เคยปฏิบัติดังกล่าวเลย
- ☐ 1. บางสัปดาห์
- ☐ 2. ทุกสัปดาห์

p10 ☐

60. ท่านดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างไร

- ☐ 0. ไม่ได้ดูแล (ถ้าตอบว่าไม่ได้ดูแล ให้ข้ามไปถามข้อ 63)
- ☐ 1. เพียงแค่แนะนำเท่านั้น
- ☐ 2. แนะนำและจัดเตรียมยาให้

p11 ☐

61. ท่านดูแลผู้ป่วยให้รับประทานตามจำนวนที่แพทย์สั่ง

- ☐ 0. ไม่เคยปฏิบัติดังกล่าวเลย
- ☐ 1. บางครั้ง
- ☐ 2. ทุกครั้ง

p12 ☐

62. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง

- ☐ 0. ไม่เคยปฏิบัติดังกล่าวเลย
- ☐ 1. บางครั้ง
- ☐ 2. ทุกครั้ง

p13 ☐

63. ท่านดูแลผู้ป่วยให้มาตรวจรักษาตามที่แพทย์นัดอย่างไร

- ☐ 0. ไม่ได้ดูแล (ถ้าตอบว่าไม่ได้ดูแล ให้ข้ามไปข้อ 66)
- ☐ 1. เพียงแต่เตือนเมื่อถึงวันนัด (ให้ข้ามไปข้อ 66)
- ☐ 2. พามาตรวจตามนัด

p14 ☐

64. ท่านเข้ารับฟังปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยจากแพทย์หรือพยาบาลเมื่อ
พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด p15 ☐
- ☐ 0. ไม่เคยเข้ารับฟังเลย (ให้ข้ามไปข้อ 66)
- ☐ 1. เข้ารับฟังเป็นบางครั้ง
- ☐ 2. เข้ารับฟังทุกครั้ง
65. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลหลังจากพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด p16 ☐
- ☐ 0. ไม่เคยปฏิบัติตามเลย
- ☐ 1. ปฏิบัติตามเป็นบางครั้ง
- ☐ 2. ปฏิบัติตามทุกครั้ง
66. ท่านดูแลเท้าของผู้ป่วยอย่างไร p17 ☐
- ☐ 0. ไม่ได้ดูแล (ถ้าตอบว่าไม่ได้ดูแล ให้ข้ามไปถามส่วนที่ 5)
- ☐ 1. เพียงแค่แนะนำวิธีดูแลเท้าเท่านั้น
- ☐ 2. แนะนำและปฏิบัติ
67. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยล้างเท้าด้วยสบู่อ่อน และแช่เท้าในน้ำประมาณ 5 นาที p18 ☐
- ☐ 0. ไม่เคยปฏิบัติดังกล่าวเลย
- ☐ 1. บางวัน
- ☐ 2. ทุกวัน
68. ท่านนวดเท้าหรือบริหารเท้าของผู้ป่วย วันละ 15 นาที p19 ☐
- ☐ 0. ไม่เคยปฏิบัติดังกล่าวเลย
- ☐ 1. บางวัน
- ☐ 2. ทุกวัน
69. ท่านสำรวจดูบาดแผล รอยแดง หรือ รอยแตกที่เท้าของผู้ป่วย p20 ☐
- ☐ 0. ไม่เคยปฏิบัติดังกล่าวเลย
- ☐ 1. บางวัน
- ☐ 2. ทุกวัน

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

ข้อความต่อไปนี้ ตรงกับครอบครัวคุณมากน้อยเพียงใด

ให้ตอบอย่างรวดเร็วทันทีที่อ่านข้อความจบ โดยเลือกความคิดแรกที่เกิดขึ้น

	ไม่ตรงเลย	ตรง เล็กน้อย	ตรง ปานกลาง	ตรง มากที่สุด	
1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญห ส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้					F1 ☐
2. มีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีการแก้ปัญหาที่ทำไป นั้นได้ผลหรือไม่					F2 ☐
3. เมื่อคุณขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้ คุณ มักไม่แน่ใจว่าเขาจะทำให้หรือเปล่า					F3 ☐
4. ครอบครัวของคุณแสดงความรักใคร่เอ็นดู ต่อกันมากพอ					F4 ☐
5. คุณรู้สึกมีอิสระ และเป็นตัวของตัวเองเพียงพอ					F5 ☐
6. คนในครอบครัวสามารถทำผิดได้โดยไม่ต้อง รับโทษ					F6 ☐
7. ทุกคนเข้ากันได้เป็นอย่างดี					F7 ☐
8. เมื่อมีปัญหา มักมีการปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหา อย่างไร					F8 ☐
9. บ่อยครั้งที่คุณไม่สามารถพูดในสิ่งที่คุณคิด หรือรู้สึก					F9 ☐
10. ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ					F10 ☐
11. แต่ละคนแสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกัน อย่างเปิดเผย					F11 ☐
12. คนในครอบครัวจะสนใจคุณก็ต่อเมื่อเรื่องนั้น เป็นเรื่องสำคัญสำหรับเขา					F12 ☐
13. ครอบครัวของคุณ ห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน					F13 ☐
14. สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจกัน					F14 ☐
15. การตกลงเรื่องต่าง ๆ ร่วมกันเป็นไปได้ลำบาก เพราะไม่ค่อยเข้าใจกัน					F15 ☐

	ไม่ตรงเลย	ตรง เล็กน้อย	ตรง ปานกลาง	ตรง มากที่สุด	
16. ทุกคนสามารถพูดกันตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม					F16 ☐
17. ครอบครัวของคุณไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค ฯลฯ					F17 ☐
18. บางคนในครอบครัวไม่ค่อยแสดงอารมณ์หรือ ความรู้สึก					F18 ☐
19. ทุกคนยอมรับว่าแต่ละคนมีแบบฉบับของตน					F19 ☐
20. ครอบครัวของคุณรักใคร่ปรองดองกันดี					F20 ☐
21. บางคนในครอบครัวก็ยุ่งวุ่นวานกับคนอื่นมาก เกินไปจนน่าอึดอัดใจ					F21 ☐
22. ขณะนี้ครอบครัวของคุณก็มีความสุขดีพอแล้ว					F22 ☐
23. คุณรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟัง จากคำพูดของเขา					F23 ☐
24. ครอบครัวของคุณต่างคนต่างอยู่					F24 ☐
25. ครอบครัวของคุณเผชิญกับปัญหาร่วมกันได้ดี					F25 ☐
26. ครอบครัวของคุณแก้ปัญหาความไม่สบายใจ ระหว่างกันได้ค่อนข้างดี					F26 ☐
27. ครอบครัวของคุณมีลักษณะตามสบายไม่ยึดถือ มาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ใดๆ					F27 ☐
28. ทุกคนมักจะพูดกันตรงๆ แทนที่จะพูดผ่านอีก คนหนึ่ง					F28 ☐
29. แต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาด ตกบกพร่อง					F29 ☐
30. ครอบครัวของคุณใครทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ					F30 ☐
31. คุณกล้าบอกคนในครอบครัวเมื่อเขาทำในสิ่ง ที่คุณไม่ชอบ					F31 ☐
32. ในยามวิกฤติ คนในครอบครัวสามารถพึ่งพา อาศัยกันได้					F32 ☐
33. ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่งหรือควบคุม เด็กมากเกินไป					F33 ☐

	ไม่ตรงเลย	ตรง เล็กน้อย	ตรง ปานกลาง	ตรง มากที่สุด	
34. คุณระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวได้					F34 ☐
35. ครอบครัวของคุณให้ความสำคัญต่อความรู้สึก ของสมาชิก					F35 ☐
36. ในครอบครัวของคุณมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้น มากมาย					F36 ☐

ส่วนที่ 6 ประเมินการพึ่งพาของผู้ป่วย

ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย กรุณาตอบกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้กระทำตาม
รายละเอียดต่อไปนี้ ภายในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา

1. เมื่อเตรียมสำหรับอาหารไว้เรียบร้อยต่อหน้าผู้ป่วย (feeding) ☐ B1
 - ___ 1. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อน
 - ___ 2. ตักอาหารเข้าปากได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้าหรือ
ใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้
 - ___ 3. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ของผู้ป่วย (personal toilet) ☐ B2
 - ___ 1. ต้องการความช่วยเหลือ
 - ___ 2. ทำได้เอง รวมทั้งทำได้ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้
3. การใช้ห้องน้ำ (getting on and off toilet) ☐ B3
 - ___ 1. ไม่สามารถเข้าออกห้องน้ำได้เอง ต้องมีคนพาเข้าและช่วยทำกิจกรรมต่างๆใน
ห้องน้ำ เช่น ถอดและใส่กางเกงให้
 - ___ 2. เข้าห้องน้ำได้เอง แต่ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น การใช้กระดาษทิชชู การใส่กางเกง
 - ___ 3. เข้าและออกห้องน้ำได้เองตามปกติรวมทั้งทำกิจกรรมต่างๆในห้องน้ำได้เอง
4. การอาบน้ำ (bathing self) ☐ B4
 - ___ 1. ต้องการความช่วยเหลือ
 - ___ 2. ทำได้เองทุกอย่างโดยไม่ต้องช่วยเหลือใดๆ
5. การเดินบนพื้นที่มีระดับต่างกัน (walking on a level surface) ☐ B5
 - ___ 1. ไม่สามารถเดินเองได้ หรือ เดินเองได้น้อยกว่า 50 หลา
 - ___ 2. เดินเองได้น้อยกว่า 50 หลา โดยมีคนช่วยเหลือบ้าง
 - ___ 3. เดินเองได้น้อยกว่า 50 หลา รวมทั้งเมื่อมีอุปกรณ์ช่วยโดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ

6. การขึ้น-ลงบันได (ascending and descending stairs)

- ___ 1. ไม่สามารถเดินขึ้นลงบันไดได้เอง ต้องมีคนอุ้มขึ้นลง
- ___ 2. ขึ้นลงบันไดได้เองโดยมีคนช่วยบ้าง เช่น ช่วยพยุง
- ___ 3. ขึ้นลงบันไดได้เอง รวมทั้งเมื่อมีอุปกรณ์ช่วย แต่ไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ

☐ B6

7. การสวมใส่และถอดเสื้อผ้า (dressing and undressing)

- ___ 1. ใส่และถอดเสื้อผ้าเองไม่ได้ ต้องมีคนทำให้
- ___ 2. ใส่และถอดเสื้อผ้าได้เองโดยมีคนช่วยบ้าง เช่น ช่วยจับแขนเสื้อ ช่วยจับคอเสื้อ
- ___ 3. ใส่และถอดเสื้อผ้าได้เองตามปกติ โดยไม่ต้องมีคนช่วย

☐ B7

8. การขับถ่ายอุจจาระ (continence of bowels)

- ___ 1. ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้เลย
- ___ 2. ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้บางครั้ง
- ___ 3. ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

☐ B8

จบการสัมภาษณ์

แบบสอบถามเพื่อวัดความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน โดยแบ่งเป็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคนี้

ส่วนที่ 3 สุขภาพจิต

ให้ผู้สัมภาษณ์กาเครื่องหมายในข้อที่ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

วันที่.....

code.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....

เพศ () ชาย () หญิง

สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หย่า/หม้าย () แยกกันอยู่

อาชีพ () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () ค้าขาย/รับจ้าง/กรรมกร

() แม่บ้าน

() เกษตรกร

() อื่น ๆ.....

การศึกษา () ไม่ได้เรียน

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() อนุปริญญาขึ้นไป

ให้ กาเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ผู้ตอบเลือก

1. ทุกวันนี้ ท่านรู้สึกเครียดหรืออยู่ในภาวะกดดันเป็นเวลานาน ๆ

() ใช่

() ไม่ใช่

2. ในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านทะเลาะกับญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูงอย่างรุนแรง

() ใช่

() ไม่ใช่

3. ในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านทะเลาะกับคนรักหรือคู่สมรสอย่างรุนแรง

() ใช่

() ไม่ใช่

4. ในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาการเงิน เนื่องจากสูญเสียเงินก้อนใหญ่หรือมีหนี้สินมากและหาเงิน

ไม่พอใช้จนเดือดร้อนครับ

() ใช่

() ไม่ใช่

5. ในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเศร้าเพราะญาติสนิทที่ใกล้ชิดมากได้เสียชีวิต

() ใช่

() ไม่ใช่

6. ในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าถูกลูกหลานทอดทิ้ง

() ใช่

() ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดคุณภาพชีวิต

ให้วงกลมรอบตัวเลขที่ผู้ตอบเลือก

ใบหน้าต่อไปนี้จะแสดงความรู้สึกตั้งแต่ สุขสดชื่นมาก (ตรงกับเลข 1) ร่องลงมา คือ ยืนดีสุขใจ (ตรงกับเลข 2) พึงพอใจ (ตรงกับเลข 3) เฉยๆ (ตรงกับเลข 4) ไม่พึงพอใจ (ตรงกับเลข 5) ไม่มีความสุข (ตรงกับเลข 6) ทุกข์ทรมานมาก (ตรงกับเลข 7)

เราต้องการทราบว่า ท่านรู้สึกอย่างไรในขณะนี้กับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตของท่านในรอบ 2 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงสิ่งที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต โปรดเลือกใบหน้าที่แสดงอารมณ์ที่ใกล้เคียงที่สุดกับความรู้สึกนึกคิดของท่านที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน



1



2



3



4



5



6



7

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดสุขภาพจิต

ให้วงกลมรอบหัวข้อที่ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น

โปรดเลือกคำตอบที่ท่านเห็นว่าใกล้เคียงความเป็นจริงกับท่านมากที่สุด โดยพิจารณาว่าท่านเคยมีอาการดังกล่าวหรือไม่ และสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา

1. ในระยะนี้ท่านรู้สึกว่า สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
 - ก. ดีกว่าเดิม
 - ข. เหมือนเดิม
 - ค. แย่กว่าเดิม
 - ง. แย่กว่าเดิมมาก
2. ในระยะนี้ท่านต้องการรับประทานยาบำรุงร่างกายหรือไม่
 - ก. ไม่ต้องการ
 - ข. ต้องการน้อย
 - ค. ต้องการมากขึ้น
 - ง. ต้องการมากที่สุด
3. ในระยะนี้ท่านรู้สึกอ่อนเพลียและสุขภาพทรุดโทรมลง หรือไม่
 - ก. ไม่เลย
 - ข. เป็นบ้างเล็กน้อย
 - ค. เป็นมากพอสมควร
 - ง. เป็นมากที่สุด
4. ในระยะนี้ ท่านรู้สึกไม่สบาย ไข้หรือไม่
 - ก. ไม่ไข้
 - ข. เป็นบ้างเล็กน้อย
 - ค. เป็นมากพอสมควร
 - ง. เป็นมากที่สุด
5. ในระยะนี้ท่านมีอาการปวดหัว หรือไม่
 - ก. ไม่ปวด
 - ข. ปวดบางครั้ง
 - ค. ปวดบ่อยๆ
 - ง. ปวดเกือบทุกวัน
6. ในระยะนี้ท่านมีอาการมึนตึ๊งหรือหนักหัว หรือไม่
 - ก. ไม่เป็น
 - ข. เป็นบางครั้ง
 - ค. เป็นบ่อยๆ
 - ง. เป็นเกือบทุกวัน
7. ในระยะนี้ ท่านมีอาการวูบวาบตามตัว เตี้ยวร้อนเตี้ยวหนาว หรือไม่
 - ก. ไม่มี
 - ข. มีบางครั้ง
 - ค. มีบ่อยๆ
 - ง. มีเกือบทุกวัน
8. ในระยะนี้ท่านรู้สึกกังวลจนนอนไม่หลับ หรือไม่
 - ก. ไม่เป็น
 - ข. เป็นบางครั้ง
 - ค. เป็นบ่อยๆ
 - ง. เป็นเกือบทุกคืน
9. ในระยะนี้ ท่านมักตื่นกลางดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก หรือไม่
 - ก. ไม่เป็น
 - ข. เป็นบางครั้ง
 - ค. เป็นบ่อยๆ
 - ง. เป็นเกือบทุกคืน
10. ในระยะนี้ท่านรู้สึกเครียดตลอดเวลา หรือไม่
 - ก. ไม่เป็น
 - ข. เป็นบางครั้ง
 - ค. เป็นบ่อยๆ
 - ง. เป็นเกือบทุกวัน

11. ในระยะนี้ท่านรู้สึกฉุนเฉียว โกรธง่าย หรือไม่
ก. ไม่เป็น ข. เป็นบางครั้ง ค. เป็นบ่อยๆ ง. เป็นเกือบทุกวัน
12. ในระยะนี้ ท่านรู้สึกกลัว ตื่นตกใจง่ายโดยไม่มีเหตุผล หรือไม่
ก. ไม่เป็น ข. เป็นบางครั้ง ค. เป็นบ่อยๆ ง. เป็นเกือบทุกวัน
13. ในระยะนี้ท่านรู้สึกว่า อะไร ๆ ต่างก็สุมกันเข้ามา ใชหรือไม่
ก. ไม่ใช่ ข. มีบ้างเล็กน้อย ค. มีมากพอสมควร ง. มีมากที่สุด
14. ในระยะนี้ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย และกระวนกระวายใจตลอดเวลา หรือไม่
ก. ไม่เป็น ข. เป็นบางครั้ง ค. เป็นบ่อยๆ ง. เป็นเกือบทุกวัน
15. ในระยะนี้ ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่ปล่อยให้มีความว่าง มากน้อยเพียงใด
ก. มากกว่าเดิม ข. เท่าเดิม ค. น้อยกว่าเดิม ง. น้อยกว่าเดิมมาก
16. ในระยะนี้ท่านทำงานได้รวดเร็วเพียงใด
ก. เร็วกว่าเดิม ข. เท่าเดิม ค. ช้ากว่าเดิม ง. ช้ากว่าเดิมมาก
17. โดยทั่วไปท่านคิดว่าท่านทำงานได้ดี มากน้อยเพียงใด
ก. ดีกว่าเดิม ข. ดีเหมือนเดิม ค. แย่ลงกว่าเดิมบ้าง ง. แย่ลงมาก
18. ในระยะนี้ ท่านรู้สึกพอใจในผลงานของท่าน หรือไม่
ก. พอใจมาก ข. พอใจบ้างเล็กน้อย ค. ไม่ค่อยพอใจ ง. ไม่พอใจอย่างยิ่ง
19. ในระยะนี้ ท่านรู้สึกว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งที่มีประโยชน์ในงานที่ทำ มากน้อยเพียงใด
ก. มากกว่าเดิม ข. เท่าเดิม ค. น้อยกว่าเดิม ง. น้อยกว่าเดิมมาก
20. ในระยะนี้ท่านสามารถตัดสินใจได้ดีเพียงใด
ก. ดีกว่าเดิม ข. เท่าเดิม ค. แย่กว่าเดิม ง. แย่มาก
21. ในระยะนี้ ท่านมีความสุขในชีวิตประจำวัน มากน้อยเพียงใด
ก. มากกว่าเดิม ข. เท่าเดิม ค. น้อยกว่าเดิม ง. น้อยกว่าเดิมมาก
22. ในระยะนี้ ท่านคิดว่าตนเองไร้ค่า ใชหรือไม่
ก. ไม่เคยคิด ข. คิดบางครั้ง ค. คิดมากกว่าเดิม ง. คิดบ่อยที่สุด
23. ในระยะนี้ ท่านรู้สึกหมดหวังกับชีวิต ใชหรือไม่
ก. ไม่ใช่ ข. เป็นบางครั้ง ค. เป็นบ่อยกว่าเดิม ง. เป็นบ่อยที่สุด
24. ในระยะนี้ ท่านรู้สึกว่าชีวิตไม่น่าอยู่ ใชหรือไม่
ก. ไม่ใช่ ข. เป็นบางครั้ง ค. เป็นบ่อยกว่าเดิม ง. เป็นบ่อยที่สุด
25. ในระยะนี้ ท่านเคยคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือไม่
ก. ไม่เคยคิด ข. คิดบางครั้ง ค. คิดบ่อยกว่าเดิม ง. คิดบ่อยที่สุด
26. ในระยะนี้ ท่านรู้สึกจิตใจแ่่มากจนไม่สามารถทำอะไรได้ ใชหรือไม่
ก. ไม่ใช่ ข. เป็นบางครั้ง ค. เป็นบ่อยกว่าเดิม ง. เป็นบ่อยที่สุด
27. ในระยะนี้ ท่านคิดอยากตายให้พ้นๆไป หรือไม่
ก. ไม่เคยคิด ข. คิดบางครั้ง ค. คิดบ่อยกว่าเดิม ง. คิดบ่อยที่สุด
28. ในระยะนี้ ท่านคิดวนเวียนอยู่เรื่อย ๆ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย บ้างหรือไม่
ก. ไม่มีแน่นอน ข. ไม่ได้คิดอย่างนั้น ค. คิดบางครั้ง ง. คิดบ่อยมาก

โครงการวิจัย พฤติกรรมของผู้ดูแลกับการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ชนิดไม่
พึ่งอินซูลิน
อ.เขาวง กาฬสินธุ์
วันที่ 23 ธันวาคม 2541

ชื่อ นามสกุล..... อายุ ปี

HN ID.NO

รักษาเบาหวานมา ปี

โรคประจำตัว ☐ HT
☐ Heart
☐ อื่นๆ
☐ ไม่มี

	ตาขวา	ตาซ้าย
VA		
Fundus	☐	No DR ☐
	☐	BDR ☐
	☐	Macular edema ☐
	☐	PPDR ☐
	☐	PDR ☐
	☐	VH ☐
	☐	RD ☐

Follow up

Other

.....

.....

.....
(นพ.ถาวร รังสีจรัส)

ชื่ออายุ.....ปี HN.....

DM.....

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เมตร BMI =.....

HbA1c =

Diabetic Nephropathy		
UA	WBC RBC Alb. Glu. Blood.	
Urine micro alb.		
Ur 24 hr.	Prot. Cr.	
Urine	BUN Cr.	

Macrovascular		
BP Rt UE.....mmHg	Lt UE.....mmHg	
Rt LE.....mmHg	Lt LE.....mmHg	
Pulse Brachial a.	() normal () abnormal.....	
Radial a.	() normal () abnormal.....	
Dorsalis peds a.	() normal () abnormal.....	
Post.tibial a.	() normal () abnormal.....	
Carotid bruits	() normal () abnormal.....	
Chest pain/IHD	() No () Yes	
TIA/CVA	() No () Yes	
Chest x-ray	() normal () abnormal.....	
EKG	() normal () abnormal.....	

Diabetic Neuropathy	
BP ทำขึ้น	mmHg ทำนอน
Motor Rt UE prox.....	Lt UE prox.....
Distal.....	distal.....
Rt LE prox.....	Lt LE prox.....
Distal.....	distal.....
Sensory pinprick.....	touch
Proprioception.....	vibration.....
Temp.....	
Diagnosis () normal () Diabetic neuropathy type	

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

ความรู้

- อาหาร
 - การควบคุมอาหารที่ได้ผลเป็นอย่างไร ?
 - อาหารชนิดใดที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรรับประทาน ?
- ออกกำลังกาย
 - การออกกำลังกายมีประโยชน์อย่างไร ?
 - วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุเป็นเช่นไร ?
- ยาลดน้ำตาล
 - วิธีการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดที่ถูกต้องเป็นอย่างไร ?
- ตรวจตามนัด
 - การมาตรวจตามนัดมีประโยชน์อย่างไร ?
- การดูแลเท้า
 - การดูแลเท้ามีประโยชน์อย่างไร ?
 - วิธีการดูแลเท้าที่ถูกต้องเป็นอย่างไร ?

ทัศนคติ

- การมีผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ดีหรือไม่ดี ? เพราะอะไร ?
- การดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุเป็นภาระกับท่านหรือไม่ ? อย่างไร ?
- ท่านคิดว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ด้านใดง่ายที่สุด? ด้านใดยากที่สุด ? เพราะอะไร ?

การปฏิบัติตัว

- อาหาร
 - ท่านเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยหรือไม่ ? จัดเตรียมอย่างไร ? เพราะอะไร?
 - เคยแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหารหรือไม่ ? แนะนำอย่างไร? เพราะอะไร ?
 - เมื่อท่านแนะนำผู้ป่วยเรื่องการรับประทาน ผู้ป่วยปฏิบัติตามหรือไม่? เพราะอะไร?
- ออกกำลังกาย
 - ท่านพาผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายหรือไม่ ? อย่างไร ?
 - ท่านแนะนำผู้ป่วยเบาหวานให้ออกกำลังกายหรือไม่ ? อย่างไร? ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของท่านหรือไม่ ?
- ยาลดน้ำตาล
 - ท่านจัดเตรียมยาลดน้ำตาลในเลือดให้ผู้ป่วยรับประทานหรือไม่ ? จัดเตรียมอย่างไร?
 - ท่านเคยเตือนผู้ป่วยเบาหวานให้รับประทานยาหรือไม่ ? เพราะอะไร ?
 - ท่านเคยปรับขนาดยาของผู้ป่วยเบาหวานโดยแพทย์ไม่ได้สั่งหรือไม่ ? เพราะอะไร ?
 - ท่านเคยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอื่นนอกเหนือจากยาของโรงพยาบาลหรือไม่? เพราะอะไร ?
- ตรวจตามนัด
 - ท่านเป็นคนพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลหรือไม่ ? เพราะอะไร?
 - ท่านปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อพาผู้ป่วยเบาหวานมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ?
 - ท่านเคยเตือนผู้ป่วยเบาหวานให้มาตรวจเมื่อถึงวันนัดหรือไม่ ในกรณีที่ท่านไม่ได้เป็นผู้พาผู้ป่วยมาเอง ?
- การดูแลเท้า
 - ท่านมีวิธีการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานอย่างไร ? เพราะอะไรถึงทำเช่นนั้น ?