

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา
กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



Christian University of Thailand

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์
เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา
กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



Christian University of Thailand

.....
นางสาวนิตยา รอดพลอย
ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาชีระนันท์
วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.
ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้
วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)
วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)
Ph.D. (Health Science)
กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้
วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์)
วท.ม.(พยาบาลศาสตร์)
Ph.D. (Health Science)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาชีระนันท์
วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.
ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา

กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง

วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2553



.....

นางสาวนิตยา รอดพลอย

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ ดร. ชวนชม ชินะตั้งกูร

กศ.บ., M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Christian University of Thailand

.....

รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิณูชีระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต

วท.บ. (พยาบาล)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.บ. (พยาบาลศาสตร์)

Ph.D. (Health Science)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิณูชีระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิญาชีระนันท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้ คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต ผู้ทรงคุณวุฒิ และรองศาสตราจารย์ ดร. ชวนชม ชินะตั้งกูร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจ มาโดยตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอขอบพระคุณในความ กรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล ที่ทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจ ทฤษฎีแหล่งกำเนิดภาวะสุขภาพ ขณะศึกษาในหลักสูตรและนำมาศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ประยงค์ เจตน์มงคลรัตน์ อาจารย์สายไหม ตุ่มวิจิตร และคุณเพ็ญศรี วรรณนิม ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัยใน ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์สุชาดา เรืองรัตนอัมพร อาจารย์สุปราณี แดงวงษ์ และ อาจารย์วรินทร์ ดำรงรัตนวงศ์ ที่กรุณาให้แนวคิด ให้คำแนะนำในการทำวิจัยและให้กำลังใจมา ตลอด และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. สุพัฒนา คำสอน ที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑาทิพย์ กมลธานี สมาคม พยาบาลแห่งประเทศไทยที่ตระหนักถึงความสำคัญยิ่งของการศึกษาของวิชาชีพการพยาบาล เพื่อ พัฒนาคุณภาพบุคลากรในวิชาชีพ และให้การสนับสนุนทุนบางส่วนในการศึกษาวิจัย ก่อให้เกิด ความภาคภูมิใจและเป็นกำลังใจในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและ หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษหลวงพ่อแช่ม 2 ที่ตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษา เพื่อพัฒนาบุคลากร อนุญาตให้ศึกษาไปพร้อมๆ กับการปฏิบัติงาน ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานและญาติเป็นอย่างยิ่งที่ได้ สละเวลาในการให้ข้อมูล ซึ่งเปรียบเสมือนครูของผู้วิจัย ทำให้ได้เรียนรู้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

เหนือสิ่งอื่นใด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และ เพื่อนนักศึกษาปริญญาโททุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ ผ่านมา คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ พยาบาลผู้ร่วมวิชาชีพ และผู้ป่วยเบาหวานทุกท่าน

502004 : สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง)
 คำสำคัญ : ความเข้มแข็งในการมองโลก/การเผชิญปัญหา/โรคเบาหวาน/ระดับน้ำตาลในเลือด
 นิตยา รอดพลอย: ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญ
 ปัญหาที่ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (The Relationship between Sense of
 Coherence, Coping Patterns and Plasma Glucose of Type 2 Diabetes Mellitus Patients)
 คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิญชีระนันท์, M.S., ผู้ช่วย
 ศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้, Ph.D., 82 หน้า

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงต้อง
 เผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความ
 วิตกกังวลและความตึงเครียด ส่งผลให้เกิดความเครียดและระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ การส่งเสริม
 ให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกจะช่วยให้สามารถจัดการกับความตึงเครียดทำให้มีความเครียด
 ลดลง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ส่งผลให้
 ผู้ป่วยมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงบรรยายเพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็ง
 ในการมองโลกและการเผชิญปัญหา ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญ
 ปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
 โรงพยาบาลนครปฐม เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2552 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2553 เลือก
 กลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 350 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถาม
 ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบวัดการเผชิญปัญหา ซึ่งได้รับการ
 ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แจก
 แจงความถี่ ค่าร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ
 เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลก
 ระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหาระดับต่ำ ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทาง
 ลบกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวาน
 ชนิดที่ 2 ระดับน้อย การเผชิญปัญหาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
 ชนิดที่ 2

ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลก
 สูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า กิจกรรมทางการพยาบาล
 สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรมีการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วย
 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

502004 MAJOR: Advanced Adult Nursing; M.N.S. (Advanced Adult Nursing)

KEYWORD : SENSE OF COHERENCE/COPING PATTERNS/DIABETES
MELLITUS/PLASMA GLUCOSE

Nitaya Rodploy: The Relationship between Sense of Coherence, Coping Patterns and Plasma Glucose of Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Thesis Advisors: Assoc. Prof. Sompan Hinjiran, M.S., Asst. Prof. Dr. Sakul Changmai, Ph.D., 82 Pages.

Type 2 diabetes mellitus is a chronic disease. The patients must receive treatment continually throughout their lives. They may face problems from their illnesses and changes in lifestyle. It makes them feel depressed and tension leading to stress and increasing plasma glucose level. Promoting patients to have strong sense of coherence would make them better control plasma glucose level, and prevent for diabetes mellitus complication. Then they will have a better psychological and physiological health.

This study was a correlational descriptive study of sense of coherence and coping patterns in diabetes mellitus and explored relationship between sense of coherence and coping patterns with plasma glucose level in patient with type 2 diabetes mellitus at out patient department in Nakhonpathom Hospital. The research was conducted from July 2009 to February 2010. Purposive sampling was used to recruit 350 patients. The research instrument included personal questionnaire, sense of coherence questionnaire, and coping questionnaire. All instrument were validated by three experts. Data were analyzed by computer program for frequency, percentage, range, average, standard deviation and Pearson correlation coefficient. Results of this study revealed that, type 2 diabetes mellitus patients had high level of sense of coherence but low level of coping. Sense of coherence had negative relationship to level of plasma glucose level in type 2 diabetes mellitus patients.

The results of this research showed that type 2 diabetes mellitus patients who had high sense of coherence would have a better control of plasma glucose. Therefore, nurse should promote sense of coherence in these patients since it would help them better control plasma glucose level and prevent long term complications, and then improve patient both physiological and psychological health.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพประกอบ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	9
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	9
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
นิยามตัวแปร.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคเบาหวาน.....	12
แนวคิด ทฤษฎีการเผชิญปัญหากับผู้ป่วยเบาหวาน.....	25
มโนทัศน์ความเข้มแข็งในการมองโลก.....	29
ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหากับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน.....	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	37
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	45
บทที่ 5 อภิปรายผล.....	53
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	60
ข้อเสนอแนะ.....	62
บรรณานุกรม.....	65
ภาคผนวก.....	71
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	73
ข คำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย.....	75
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	78
ประวัติผู้วิจัย.....	82

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ และระยะเวลาที่รักษาโรค.....	46
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	47
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ.....	48
4	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง	49
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.....	50
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.....	51
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.....	51

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9



Christian University of Thailand

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีส่งผลกระทบต่อการศึกษาทางสาธารณสุข ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดำเนินชีวิตที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มมากขึ้น ขาดการออกกำลังกาย กอปรกับการทำงานที่ต้องเร่งรีบ และมีการแข่งขันสูง สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด รวมทั้งการมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โรคต่างๆ ที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมขาดการออกกำลังกาย รวมทั้งความเครียดกำลังเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือที่เรียกว่า “โรควิถีชีวิต” ซึ่งเป็นปัญหาลำดับต้นๆ ของการเจ็บป่วย และการตายของประชาชน รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

ประเทศไทยต้องประสบปัญหาที่เพิ่มขึ้นจากโรคที่ป้องกันได้ที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ซึ่งได้กำหนดเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2550-2559: ก) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกระดับทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศ เพื่อป้องกันแก้ไขและขจัดปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยมหิดล จึงร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย 2550-2559 ขึ้น เพื่อใช้เป็นแนว

ทางการปฏิบัติ และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดี ลดความเสี่ยง ลดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่าย โดยกล่าวถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค ไม่เหมาะสมว่า มีการบริโภคผักและผลไม้ น้อย บริโภคหวาน เค็ม มัน มากเกินไป นิยมอาหาร “จานด่วน” อาหารสำเร็จรูป ขนมอบเคี้ยว น้ำอัดลมและเครื่องดื่มรสหวาน มีการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย คนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 20 ออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 29 ด้านปัญหาสุขภาพจิต จากการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. 2546 พบว่าคนไทย 1 ใน 5 มีความทุกข์ทางใจ มีอาการซึมเศร้า 1.8 ล้านคน มีความเครียดมาก ร้อยละ 8 ซึ่งความเครียดเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและทำให้ระดับน้ำตาลสูงในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน จากพฤติกรรมดังกล่าวทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรควิถีชีวิต สำหรับสถานการณ์ความรุนแรงของโรควิถีชีวิตโรคเบาหวาน ใน พ.ศ. 2550 องค์การอนามัยโลก พบผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 246 ล้านคน และคาดว่าจะใน พ.ศ. 2568 จะมีมากกว่า 380 ล้านคน ในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 20.8 ล้านคน 14.6 ล้านคนได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นเบาหวาน อีก 6.2 ล้านคน ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และต้องสูญเสียค่ารักษาประมาณ 132,000 พันล้านดอลลาร์ เป็นค่ารักษาโดยตรงและโดยอ้อมจากการสูญเสียงาน มีความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Weir, Donahue, & Roederer, 2008: 227) สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า จาก พ.ศ. 2530 มีผู้ป่วยไม่ถึง 1 ล้านคน พ.ศ. 2547 พบถึง 3.2 ล้านคน ในจำนวนนี้มี 1.8 ล้านคน ไม่ทราบว่าตัวเองป่วย และมีเพียง 3.8 แสนคนเท่านั้นที่ได้รับการรักษา และคาดว่าประมาณ พ.ศ. 2568 จะพบผู้ป่วยถึง 4.7 ล้านคน เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 52,800 คน ต้องเสียค่ารักษาโรคเบาหวานปีละกว่า 3 หมื่นล้านบาท หากรวมการรักษาโรคแทรกซ้อนอาจเพิ่มสูงถึงแสนล้านบาทต่อปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551: 1-15)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่ได้ปรากฏอาการทันทีทันใด จึงทำให้มีผู้ป่วย หรือผู้ที่มีพยาธิสภาพของโรคแต่ไม่รู้ตัวจำนวนมาก ซึ่งหากมีการค้นหาและให้การรักษาหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ระยะแรกๆ จะช่วยป้องกันปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ การพัฒนาทางการแพทย์แผนปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืน ปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เกิดความสูญเสียทางสุขภาพที่รวมสถานการณ์เจ็บป่วยว่าจะส่งผลถึงการเสียชีวิต ทำให้เกิดความพิการ เป็นเรื้อรัง หรือหายขาดได้ กับสถานะของผู้ป่วยว่ามักจะเจ็บป่วยในช่วงเวลาใด เช่น ถ้าเป็นในวัยแรงงานก็จะทำให้มีความสูญเสียต่อประโยชน์ของประเทศมากกว่าวัยสูงอายุ เรียกว่า “ภาระโรค” (Burden of disease) การ

พัฒนาเครื่องมือเพื่อคำนวณหาภาระโรค โดยแสดงเป็นจำนวนปีที่มีการสูญเสียสุขภาพ (Disability adjusted life years : DALYs) ซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้วัดระดับภาระโรค เพื่อเปรียบเทียบขนาดปัญหาหรือความรุนแรงของโรคทั้งที่ทำให้เสียชีวิตและไม่ทำให้เสียชีวิต โดยคำนวณหาจำนวนปีที่ทำให้สูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of life lost : YLL) กับจำนวนปีที่สูญเสียไปจากความเจ็บป่วยและพิการ (Years lived with disability : YLD) และอายุคาดเฉลี่ยมาตรฐาน (Life expectancy) ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการหรือการเจ็บป่วยของแต่ละโรค คำนวณน้ำหนักของอายุ เช่น ช่วงอายุ 20-50 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานจะมีค่าน้ำหนักมากกว่าช่วงเด็กหรือผู้สูงอายุ ประเทศไทยมีการศึกษาภาระโรค โดยหาข้อมูลการสูญเสียสุขภาพในครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2542 และอีกครั้งใน พ.ศ. 2547 จากเครื่องมือชี้วัดภาระโรค พบว่า พ.ศ. 2542 โรคเบาหวานในเพศชาย เป็นอันดับ 5 มีจำนวน 168,372 ราย เพศหญิง เป็นอันดับ 3 มีจำนวน 267,158 ราย พ.ศ. 2547 โรคเบาหวานในเพศชาย เป็นอันดับ 8 มีจำนวน 175,105 ราย เพศหญิง เป็นอันดับ 3 มีจำนวน 270,744 ราย จากสถิติทั้งสองปี จะเห็นว่าเพศหญิงจะมีการสูญเสียสุขภาพมากกว่าเพศชาย และทั้งเพศชายและเพศหญิงมีปริมาณการสูญเสียสุขภาพเพิ่มขึ้นแม้อันดับของเพศชายจะเพิ่มขึ้นและอันดับของเพศหญิงคงเดิม นอกจากนี้ยังพบว่า คนที่มีอายุเกิน 35 ปี เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.6 คนที่มีอายุเกิน 65 ปี เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18 และสำหรับประเทศไทยและประเทศในภูมิภาคเอเชียผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 99 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2550 : 19) จากรายงานประจำปีโรงพยาบาลนครปฐม สถิติผู้ป่วยใน พ.ศ. 2548, 2549 และ 2550 มีจำนวนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 44,577 ราย, 47,267 ราย และ 45,950 ราย คิดเป็นอัตราครองเตียง ร้อยละ 106.06, 108.50 และ 104.61 โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 3,244 ราย, 3,724 ราย และ 4,461 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าปี 2550 จำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลโดยรวมลดลง อัตราครองเตียงลดลงแต่จำนวนผู้ป่วยเบาหวานกลับเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสูญเสียสุขภาพที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นเช่นกัน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย มีลักษณะสำคัญ คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสสูงในเลือด (Hyperglycemia) ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือ การออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน การเกิดภาวะน้ำตาลสูงในเลือดเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เป็นผลให้มีการทำลาย การเสื่อมสมรรถภาพ และการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ตา (Retinopathy) ไต (Nephropathy) เส้นประสาท (Neuropathy) และหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็ก (Microangiopathy) และหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macroangiopathy) (สุทิน ศรีอัยฎาพร และวรรณิ นิธิยานันท์, 2548: 3) การดูแลรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบันมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวที่สุด ปราศจาก

อาการต่างๆ ของโรคเบาหวาน ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) และไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม การเจริญเติบโตปกติ ปราศจากภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของเบาหวานหรือเกิดน้อยที่สุด (สุทิน ศรีอัญญาพร และวรรณี นิธิยานันท์, 2548: 64) เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคเบาหวาน มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัว ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนแอลง ความสามารถในการทำงานลดลง ภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น หากเกิดอาการจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงอาจต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและครอบครัว การรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้ว ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การฉีดยา การจัดเวลา มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยบางรายพยายามปรับกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง แต่ไม่สามารถปรับให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสูง และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544: 6) นอกจากนี้สภาพสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบันยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น ซึ่งเมื่อเกิดความเครียด ร่างกายจะมีการหลั่งแคทีโคลามีน และคอร์ติซอลสูงขึ้น มีผลต่ออัตราการเผาผลาญพลังงาน คือมีการสลายคาร์โบไฮเดรต (Gluconeogenesis) เพิ่มขึ้น รวมทั้งการสลายตัวของโปรตีนและไขมันที่มากขึ้น (บุญศรี นุเกตุ, ปาลีรัตน์ พรทวีภักธทา และคณะ, 2551: 207-208) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง การเผชิญปัญหา และการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาจากทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984: 181) ซึ่งอธิบายว่าเมื่อบุคคลได้ประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด บุคคลจะมีวิธีการจัดหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น โดยมีรูปแบบการเผชิญปัญหา 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) ส่วนจาโลวีก (Jalowiec, 1988 อ้างในสุภาพ อารีเอื้อ, 2540: 39) ได้พัฒนาแบบวัดการเผชิญปัญหาภายใต้กรอบแนวคิดการเผชิญปัญหาของลาซารัสและฟอล์คแมน โดยแบ่งรูปแบบการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 แบบคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotion coping) และการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคอง (Palliative coping) หากบุคคลมีการปรับตัวและเผชิญปัญหาได้เหมาะสมจะสามารถคงสุขภาพดีไว้ได้ โดยบุคคลจะมีผลการปรับตัว 3 ด้าน คือ ด้านการทำ

หน้าที่ทางสังคม (Social functioning) ขวัญและกำลังใจ (Morale) และภาวะสุขภาพกาย (Somatic health)

การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป บางคนสามารถเอาชนะความเครียดหรืออุปสรรคนั้นได้ บางคนไม่สามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหานั้นได้ (Kobasa, 1979: 3-4 อ้างใน เสาวนีย์ จันทรัตน์, 2549: 4) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเผชิญปัญหาได้ดีปัจจัยหนึ่ง คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในตัวบุคคล แอนโทนอฟสกี (Antonovsky) นักจิตวิทยาสังคม ผู้สร้างทฤษฎีแหล่งกำเนิดของสุขภาพ กล่าวว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบได้อย่างเหมาะสม เป็นการมองโลกและชีวิตที่แสดงถึงการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นอย่างยิ่งว่า เหตุการณ์จากสิ่งแวดล้อมภายใน และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลที่เกิดขึ้น และเข้ามากระทบนั้น เป็นสิ่งเร้าที่มีโครงสร้างชัดเจน อธิบาย และทำนายเหตุการณ์ได้ สามารถนำแหล่งประโยชน์ที่มีจัดการกับสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์นั้นๆ และมองเหตุการณ์นั้นๆ เป็นสิ่งท้าทาย มีคุณค่า และคุ้มค่าในการที่จะเข้าไปเผชิญ และจัดการกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้นๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ทำให้ลดความเครียดที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (รัชณี นามจันทรา และสมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 297-299)

การศึกษาในกลุ่มบุคคลกลุ่มต่างๆ ทั้งที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย ได้ผลสอดคล้องกันว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ความผาสุก และสุขภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต และความผาสุกของบุคคล (รัชณี นามจันทรา และสมจิต หนูเจริญกุล, 2543 : 305)

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยหลักที่กำหนดภาวะสุขภาพของบุคคลโดยเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลสามารถคงภาวะสุขภาพและส่งเสริมให้สุขภาพดีขึ้น การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกได้ผลสอดคล้องกันว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกทำให้บุคคลมีวิธีการในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีการปรับตัวดี มีสุขภาพดี มีความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาของลันด์แมนและนอร์เบิร์ก (Lundmand and Norberg, 1993: 381-386) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน โดยผู้ที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูง สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ดังนั้น ความเข้มแข็งในการมองโลกน่าจะมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในประเทศไทยมีการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วย

เบาหวาน โดยวชิรวรรณ สุวรรณไตรย์ (2543: 39-48) ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรศึกษาโมทัศน์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย เช่น ความเครียด การเผชิญปัญหา การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และควรศึกษาซ้ำ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อยืนยันการศึกษาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมมีความสนใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลนครปฐม ผู้วิจัยพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเบาหวานนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย และเกิดความเครียดซึ่งจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลสูงในเลือด บางรายท้อแท้ หดหู่กำลังใจที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติตนไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังว่าจะสามารถใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี เกิดความผาสุกในชีวิต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหากับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนครปฐม ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) ซึ่งเป็นโมทัศน์หลักในทฤษฎีแหล่งกำเนิดภาวะสุขภาพของแอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987) โดยศึกษาปัจจัยที่ทำให้บุคคลคงการมีสุขภาพที่ดี และพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและคงภาวะสุขภาพดีไว้ได้

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นองค์ประกอบสำคัญในโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานของบุคคล เป็นสิ่งที่คงทนในตัวบุคคล แต่สามารถเสริมสร้างและปรับเปลี่ยนได้ตลอดชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. การมองสิ่งต่างๆ ว่าสามารถเข้าใจได้ (Comprehensibility) เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยสามารถรับรู้ด้วยความเข้าใจอย่างมีเหตุผล มองว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และมีทางแก้ไขให้ดีขึ้น สามารถมีความผาสุกในชีวิตได้

2. การมองสิ่งต่างๆ ว่าสามารถจัดการได้ (Manageability) สามารถนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ มาใช้จัดการกับความเจ็บป่วยได้เหมาะสม หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาที่ยุ่งยาก

3. การมองสิ่งต่างๆ ว่ามีความหมาย (Meaningfulness) มองว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งท้าทาย มีความหมาย มีความหวัง การแก้ไขปัญหาไม่ใช่สิ่งที่ยุ่งยาก

สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วยของตน รับรู้และเข้าใจเหตุผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การรับประทานยา หรือฉีดยาควบคุมเบาหวาน การดูแลเท้า รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงหรือต่ำเกินไป สามารถนำแหล่งประโยชน์มาใช้จัดการกับความเจ็บป่วย ส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้ความหมายของความเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีความหมาย คุ่มค่า เป็นประโยชน์กับตน สามารถปฏิบัติได้และเกิดผลที่ดีต่อสุขภาพ

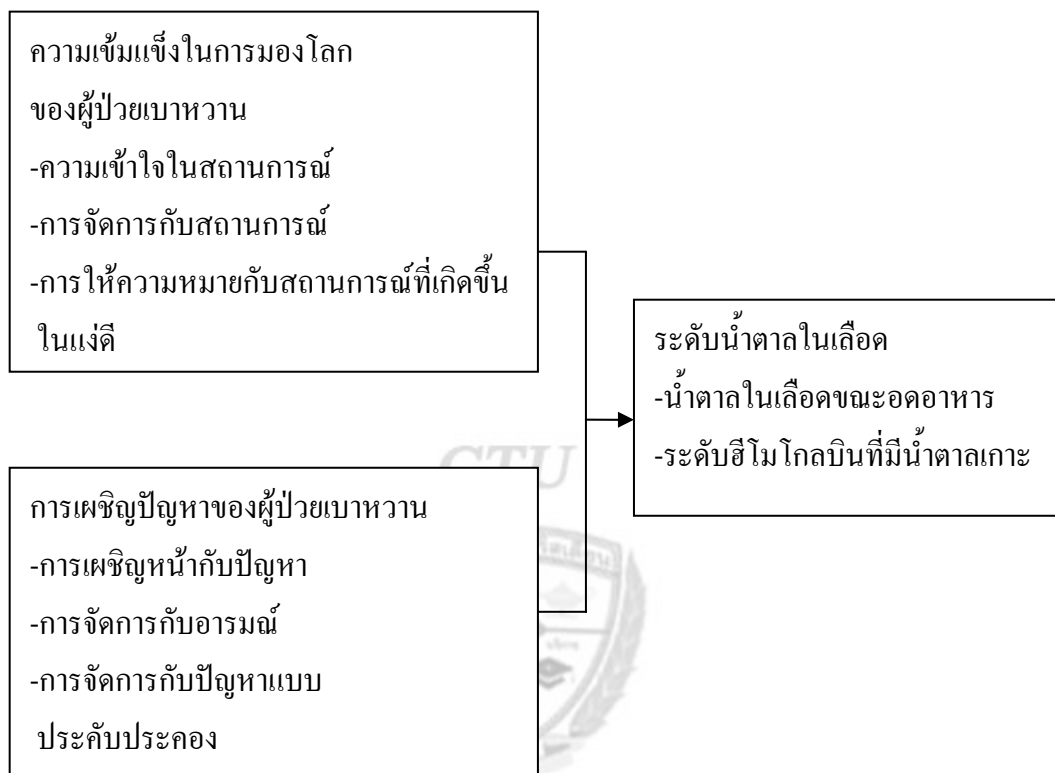
ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman) กล่าวว่า ความเครียด เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและความต้องการภายในมีความขัดแย้งกัน

ในการเผชิญปัญหา ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 : 181) กล่าวว่า ผลลัพธ์จากการปรับตัวของบุคคลมี 3 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) ขวัญและกำลังใจ (Morale) และภาวะสุขภาพกาย (Somatic health) ทั้งนี้การที่บุคคลจะปรับตัวได้นั้น บุคคลต้องมีวิธีการขจัดหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) ส่วนจาโลวีก (Jalowiec, 1988 อ้างในสุภาพ อารีเอื้อ, 2540: 39) ได้พัฒนาการประเมินการเผชิญปัญหาภายใต้กรอบแนวคิดการเผชิญปัญหาของลาซารัสและโฟล์คแมน โดยแบ่งรูปแบบการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 แบบคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotion coping) และการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคอง (Palliative coping) ซึ่งหากผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับตัวและเผชิญความเครียดได้เหมาะสมจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติและคงสุขภาพดีไว้ได้

การรักษาโรคเบาหวานให้ได้ผลดี และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน สิ่งสำคัญคือความร่วมมือของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รับรู้ความจริงว่าการเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้ โดยอาศัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และแสวงหาประโยชน์ได้อย่างเพียงพอ มองว่าสิ่งต่างๆ มีความหมาย มีคุณค่า เป็นสิ่งท้าทาย ยินดีที่จะเผชิญปัญหา และจัดการแก้ไข บุคคลจะสามารถทนต่อความยุ่งยากลำบาก ความล้มเหลวและความเจ็บปวดได้ ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ มีแนวโน้มว่าจะมองสิ่งต่างๆ ว่าผิดพลาด เป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำนายได้ และยากที่จะประสบความสำเร็จ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลและรักษาตลอดชีวิต และในการรักษามีความยุ่งยากผู้ป่วยต้องมีความอดทนต่อความเจ็บปวดจากการตรวจเลือดบ่อยๆ การรับประทานยาหรือฉีดยาอินซูลินทุกวัน ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันที่ทำเป็นประจำให้มีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ความอดทน ขยัน และมีความพยายามสูง หากผู้ป่วยมีความเข้าใจเหตุผลของการกระทำ สามารถปฏิบัติได้เหมาะสม และมองว่าผลของการปฏิบัติมีความคุ้มค่า ผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยปราศจากความเครียด และส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

Christian University of Thailand

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำกรอบแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทนิออฟสกีมาใช้ในการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจความจริงของการเกิดการเจ็บป่วย สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตลอดจนมีความเข้มแข็งในการมองความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในแง่บวกที่ดี สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยอาศัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และแสวงหาประโยชน์ได้อย่างเพียงพอ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกดีและมีการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี ปัจจัยทั้งสองประการนี้จะมีผลต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทนิออฟสกีและรูปแบบการเผชิญปัญหาของจาโลวิก ซึ่งพัฒนามาจากรูปแบบการเผชิญปัญหาของลาซาร์สและโพล์คแมน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย
(ประยุกต์จากมโนทัศน์หลักของทฤษฎีแหล่งกำเนิดของสุขภาพ (Antonovsky, 1993: 725-733) และ
รูปแบบการเผชิญปัญหาของจาโลวิก (Jalowiec, 1988: 287-308))

คำถามการวิจัย

1. ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับใด
2. การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นอย่างไร
3. ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. ศึกษาการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. การเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนครปฐม แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2552-เดือนกุมภาพันธ์ 2553

นิยามตัวแปร

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การรับรู้โดยทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานและมีความเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์ทั้งจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบุคคลที่เกิดขึ้น และเข้ามากระทบนั้นเป็นสิ่งที่มิมีเหตุผล สามารถอธิบาย และทำความเข้าใจได้ สามารถนำแหล่งประโยชน์ที่มีมาจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และให้ความหมายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งทำทนาย มีคุณค่า คุ่มค่าที่บุคคลจะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วง ประเมินโดยใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยปรับปรุงจากเครื่องมือของเพิงดาว จุลบาท (2551) ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุทธิวัฒน์ (2532) แปลจากฉบับจริงของแอนโทนอฟสกี ดัดแปลงปรับปรุงโดย กังสดาล สุทธิวิริสรณ์ (2535) จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ความเข้าใจใน

สถานการณ์ การจัดการกับสถานการณ์ และการให้ความหมายกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีคุณค่า และมีความหมายที่จะไปจัดการแก้ไข ควบคุมให้ปกติ

การเผชิญปัญหา หมายถึง ความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดหรือปัญหาทั้งภายในและภายนอกตนเอง ที่ผู้ป่วยเบาหวานประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่เกินกว่าธรรมดา โดยแบ่งรูปแบบการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 แบบคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotion coping) และ การจัดการกับปัญหาแบบประคับประคอง (Palliative coping) ประเมินโดยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของจาโลวิต ซึ่งศุภาพ อารีเอื้อ (2540) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงแก้ไขให้มีความเหมาะสม และผู้วิจัยนำมาดัดแปลงแก้ไขเพื่อความเหมาะสม

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครปฐมอย่างต่อเนื่อง

ระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งตรวจโดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด และเครื่องวัดระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของโรงพยาบาลนครปฐม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการนำปัจจัยเรื่องความเข้มแข็งในการมองโลกมาวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเข้มแข็งในการมองโลกและมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางในการจัดการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยนำปัจจัยเรื่องความเข้มแข็งในการมองโลกมาวางแผนการดูแล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
3. เป็นแนวทางในการวิจัยทางการพยาบาลด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาได้ดี
4. เป็นแนวทางในการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อสรุปได้ดังนี้

1. โรคเบาหวาน
2. แนวคิด ทฤษฎีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน
3. มโนทัศน์ความเข้มแข็งในการมองโลก
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวาน

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญการวินิจฉัยและการแบ่งประเภทของโรคเบาหวาน พ.ศ. 2543 (The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus) ได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานไว้ว่า เบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญสารอาหารหรือเมตาบอลิซึม (Metabolism) แสดงอาการ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหายที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือดต่างๆ (สุทิน ศรีอัญญาพร และวรรณิ นิธิยานันท์, 2548: 4)

การแบ่งชนิดโรคเบาหวานซึ่งเสนอโดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Diabetes Association, ADA) ระหว่าง ค.ศ. 1998-2004 มีดังนี้ (สุทิน ศรีธัญญาพร และวารรณี นิธิยานันท์, 2548: 5-14)

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes mellitus) เดิมเรียกว่า Insulin-dependent หรือ Juvenile-onset หรือ Type 1 diabetes mellitus เกิดจากไอส์เลทบีตาเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลายจนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีลักษณะสำคัญ คือ มีภาวะขาดอินซูลินอย่างรุนแรงหรือโดยสิ้นเชิง (Absolute insulin deficiency) มีภาวะคีโตอะซิโดสิสเกิดขึ้นได้ง่าย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน

เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) เดิมเรียกว่า Non-insulin-dependent หรือ Adult-onset หรือ Type 2 (II) diabetes mellitus เป็นผลจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ ภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) และ ภาวะขาดอินซูลินสัมพัทธ์ (Relative insulin deficiency) ซึ่งมักพบในผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกิน อ้วนลงพุง (Buse, J.B., 2003: 184) ภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance) คือ ภาวะที่รีเซปเตอร์ต่ออินซูลินที่เนื้อเยื่อมีจำนวนลดลง ทำให้มีการใช้น้ำตาลทางกล้ามเนื้อลดลง หรืออินซูลินจับกับรีเซปเตอร์ได้ แต่มีความผิดปกติในการทำปฏิกิริยาในเซลล์ ทำให้เนื้อเยื่อไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ นอกจากนี้ยังมีการผลิตน้ำตาลจากตับเพิ่มขึ้น อีกปัจจัยหนึ่ง คือ ภาวะขาดอินซูลินสัมพัทธ์ (Relative insulin deficiency) ร่างกายมีการหลั่งอินซูลินน้อยกว่าปกติ ดังนั้นในภาวะที่ร่างกายมีการหลั่งอินซูลินน้อยกว่าปกติทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการแสดงของโรคเบาหวานแต่ยังไม่ทำให้เกิดภาวะคีโตอะซิโดสิส ทั้งนี้เพราะร่างกายยังมีอินซูลินอยู่ในระดับที่สามารถนำกลูโคสเข้าเซลล์ได้บ้าง จึงไม่สลายไขมัน และโปรตีนมาใช้เป็นพลังงาน ร่างกายจึงไม่เกิดภาวะกรดคั่ง แต่เกิดภาวะวิกฤตจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากแทน (Hyperglycemic Hyperosmolar Non-Ketotic Coma : HHNC) โดยผู้ป่วยอาจมีภาวะใดภาวะหนึ่งเด่นกว่าอีกภาวะหนึ่ง ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยมักอ้วน หรือถ้าไม่อ้วนมักมีไขมันสะสมที่หน้าท้องมาก ระยะแรกภาวะน้ำตาลสูงในเลือดจะไม่รุนแรงและผู้ป่วยมักไม่มีอาการ จึงทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทั้งที่หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macroangiopathy) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และหลอดเลือดแดงฝอย (Microangiopathy) เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่จอตา ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ภาวะคีโตอะซิโดสิสจะเกิดขึ้นเมื่อมีภาวะเครียดที่รุนแรง เช่น ดิabetic ketoacidosis ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่

พันธุกรรม อายุที่เพิ่มสูงขึ้น ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย ประวัติโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันเลือดสูง และความผิดปกติของไขมันในเลือด

โรคเบาหวานชนิดอื่นๆ เกิดจากหลายสาเหตุได้แก่

1. บิดาเซลล์ทำงานบกพร่องจากความผิดปกติทางพันธุกรรม (Genetic defects of the β -cell) เป็นสาเหตุของโรคเบาหวานที่เรียกว่า Maturity-onset diabetes of the young (MODY) ซึ่งมีหลายชนิดย่อย แต่ละชนิดมีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคล้ายคลึงกัน

2. ความบกพร่องในการออกฤทธิ์ทางชีวภาพของอินซูลินจากความผิดปกติทางพันธุกรรม (Genetic defects in insulin action)

3. โรคของตับอ่อน (Diseases of the exocrine pancreas) เช่น การตัดตับอ่อน ตับอ่อนอักเสบ ตับอ่อนได้รับอันตราย ติดเชื้อ มะเร็งตับอ่อน Cystic fibrosis และ Hemochromatosis

4. โรคต่อมไร้ท่อต่างๆ (Endocrinopathies) ฮอร์โมนหลายชนิด เช่น โกรทฮอร์โมน คอร์ติซอล กลูคาگون และ เอปิเนฟริน มีฤทธิ์ต้านฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ร่างกายมีฮอร์โมนดังกล่าวมากเกินไปสามารถทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ เช่น Acromegaly, Cushing's syndrome, Glucagonoma และ Pheochromocytoma

5. ยาและสารเคมี ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ด้วยกลไกต่างๆ กัน ได้แก่ ยับยั้งการหลั่งอินซูลิน เช่น Phenyltoin, Thiazide, Diazoxide ทำให้เกิดโรคเบาหวานในผู้ที่มีภาวะดื้ออินซูลินร่วมอยู่ด้วย ทำลายไอส์เล็ทบีตาเซลล์ เช่น ยาฆ่าหนู (Vacor) และ Pentamidine และด้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน เช่น Nicotinic acid, Corticosteroid

6. ภาวะติดเชื้อ การติดเชื้อไวรัสบางชนิด ทำให้เกิดการทำลายไอส์เล็ทบีตาเซลล์ได้ เช่น Rubella (Congenital), Coxsackievirus, Cytomegalovirus และ Mumps

7. โรคเบาหวานจากกระบวนการออโตอิมมูนแบบอื่นๆ (Uncommon forms of immune-mediated diabetes) ภาวะที่มีแอนติบอดีต่อรีเซพเตอร์ของอินซูลิน ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้โดยยับยั้งการจับของอินซูลินกับรีเซพเตอร์ที่เนื้อเยื่อเป้าหมาย

8. โรคพันธุกรรมอื่นๆ เช่น ความผิดปกติของโครโมโซมชนิดต่างๆ (ได้แก่ Down's syndrome, Klinefelter's syndrome และ Turner's syndrome) Wolfram's syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นตั้งแต่อายุน้อย โดยเกิดจากภาวะขาดอินซูลิน เนื่องจากตับอ่อนไม่มีไอส์เล็ทบีตาเซลล์ โรคเบาใจ ประสาทตาฝ่อ (Optic atrophy) หูหนวก (Neural deafness) และมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ Autosomal recessive

โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus : GDM) หมายถึง ความผิดปกติในความทนต่อกลูโคสทุกระดับซึ่งเกิดขึ้นหรือวินิจฉัยได้เป็นครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะรักษาด้วยวิธีใด และโรคเบาหวานจะหายไปหรือไม่หลังการตั้งครรภ์สิ้นสุดลง อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคตสูงร้อยละ 50-75

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเบาหวาน มีดังนี้ (วลัยพร นันท์สุขวัฒน์, 2551: 224)

1. อาการทั่วไป เช่น กินจุ ปัสสาวะบ่อย คิมน้ำมาก น้ำหนักลด
2. ติดเชื้อบ่อย โดยเฉพาะติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อราที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ผิวหนัง

มีแผลหายยาก

3. การทำงานของระบบประสาทบกพร่อง ได้แก่ ชา เจ็บ ปวดแสบปวดร้อน หรือปวดจี๊ดๆ แปล็บเหมือนถูกไฟฟ้าช็อต กล้ามเนื้ออ่อนแรงและปวด เส้นประสาทสมองบกพร่อง (Cranial nerve palsies) มีอาการท้องเสียจากระบบประสาทอัตโนมัติที่เลี้ยงทางเดินอาหารทำงานบกพร่อง มีความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) หัวใจเต้นผิดปกติ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ความตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะหย่อนตัวทำให้เกิด Overflow incontinence

4. โรคของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macroangiopathy) ทำให้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหลอดเลือดส่วนปลาย

5. โรคของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Microangiopathy) เป็นที่ไตทำให้โปรตีนรั่วออกมากับปัสสาวะ (Proteinuria), glomerulopathy, uremia และเป็นตา ทำให้เกิด Macular disease, exudates, hemorrhage

6. มีรอยโรคที่ผิวหนัง เช่น Diabetic dermopathy

7. มีภาวะแทรกซ้อนของระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ Hyperlipidemia, โรคอ้วน (Obesity) โรคต่อมธัยรอยด์และต่อมหมวกไตทำงานน้อยกว่าปกติ

การวินิจฉัยโรคเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Diabetes Association : ADA, 1997) ได้มีการกำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้ (สุทิน ศรีอยุธยา และวรรณนิชยานันท์, 2548: 25, Weir, Donahue, & Roederer, 2008: 228-229, Amorosa & Swee, 2007: 989, Powers, 2001: 2111)

1. มีอาการของโรคเบาหวาน Polyuria, polydipsia, polyphagia, weight loss ร่วมกับ ระดับ Casual plasma glucose (CPG) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg./dl. (11.1 มิลลิโมล/ลิตร) คำว่า Casual หมายถึง เวลาใดก็ได้ของวัน โดยไม่ต้องคำนึงถึงเวลาที่รับประทานอาหารมื้อหลังสุด หรือ

2. ระดับ Fasting plasma glucose (FPG) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg./dl. คำว่า Fasting หมายถึง การไม่ได้รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีแคลอรีเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง หรือ

3. ระดับ 2-hour plasma glucose (2-h PG) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg./dl. เมื่อทำการทดสอบความทนกลูโคส (Oral glucose tolerance test : OGTT) ตามวิธีที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก โดยใช้สารละลายกลูโคส 75 กรัมในน้ำดื่ม

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานแล้วหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ (วิทยา ศรีดามา, 2550: 175)

1. Diabetic ketoacidosis (DKA) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แต่อาจพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้บ้างเล็กน้อย
2. Hyperglycemic Hyperosmolar Non-Ketotic Coma (HHNC) พบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. Lactic acidosis พบในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยา Biguanide ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่นๆ เช่น Sepsis, shock, hypoxia เป็นต้น
4. Hypoglycemia

นอกจากนี้ยังพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวานซึ่งมีผลกระทบต่ออวัยวะในร่างกายหลายระบบและทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (เมตตากรณ์ พรพัฒน์กุล, 2549: 19, Powers, 2008: 2285)

1. ภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complication) ได้แก่ Diabetic nephropathy, Diabetic neuropathy และ Diabetic retinopathy
2. ภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular complication) ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular disease)

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นสาเหตุหลักของความเจ็บป่วย ความพิการ และการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายมีหลักฐานชัดเจนในการลดภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complication) จากการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 พบว่าในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

สามารถป้องกันการเกิด Microvascular complication และชะลอการเสื่อมของอวัยวะนั้นๆ ในกรณีที่ เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว จากการศึกษาของ DCCT study ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี (HbA1c ร้อยละ 9) ในผู้ป่วยที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c ร้อยละ 7) จะชะลอการเสื่อมลงของ Retinopathy ร้อยละ 54 จะ ลดการเกิด Proliferative หรือ Severe nonproliferative retinopathy ร้อยละ 47 และสามารถลดการ เกิด Microalbuminuria ได้ร้อยละ 60 ส่วนการศึกษาของ UKPDS study และ Kumamoto study ซึ่ง เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก็ได้ผลสอดคล้องกัน ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของผู้ป่วย เบาหวาน โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Diabetes Association : ADA, 1997 อ้างในเมตตาภรณ์ พรพัฒน์กุล, 2549: 30) ได้กำหนดเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือด ได้แก่ ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ(HbA1c) น้อยกว่าร้อยละ 7 น้ำตาลในเลือดขณะอด อาหาร (FPG) 90-130 mg./dl. และน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร (PPG) น้อยกว่า 180 mg./dl.

ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) หมายถึง Glycosylated hemoglobin ที่มี กลูโคสจับที่ส่วนปลายอะมิโน (N-terminal) ของสายบีตาของโมเลกุลฮีโมโกลบิน การตรวจวัด ระดับ Glycosylated hemoglobin เป็นการบอกถึงผลการควบคุมระดับกลูโคสในเลือดในช่วง 120 วันที่ผ่านมา การควบคุมให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) อยู่ต่ำกว่าร้อยละ 7 อย่าง ต่อเนื่องจะสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานได้

น้ำตาลกลูโคสในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting plasma glucose : FPG) หมายถึง ระดับ กลูโคสในเลือดหลังจากอดอาหารข้ามคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง โดยที่ขณะอดอาหารผู้ป่วยสามารถดื่มน้ำเปล่าได้ตามต้องการ เป็นการตรวจที่นิยมมากที่สุด

น้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร (Postprandial plasma glucose : PPG) ในคน ปกติระดับกลูโคสในเลือดหลังจากเริ่มรับประทานอาหารจะเพิ่มขึ้นภายในเวลาประมาณ 10 นาที และเพิ่มถึงระดับสูงสุดภายในเวลาประมาณ 60 นาที โดยระดับกลูโคสในเลือดสูงสุดหลัง รับประทานอาหารจะไม่เกิน 140 mg./dl. และระดับกลูโคสในเลือดจะลดลงมาสู่ระดับกลูโคสใน เลือดก่อนอาหารภายใน 2-3 ชั่วโมง ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ระดับกลูโคสในเลือดหลัง

รับประทานอาหารจะเพิ่มสูงกว่าและอยู่นานกว่าคนปกติ โดยการตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดหลังรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวานจะทำที่เวลา 2 ชั่วโมงหลังจากเริ่มรับประทานอาหาร

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกการประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้ผลตรวจเลือดระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) และ น้ำตาลกลูโคสในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) เนื่องจากการตรวจที่สะดวก เป็นที่นิยม และ โรงพยาบาลนครปฐมใช้เป็นเกณฑ์ในการติดตามผลการรักษาและผลการปฏิบัติตนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับคำแนะนำและการรักษาที่เหมาะสม เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย กลวิธีการรักษาเพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาล (Strategies for achieving tight glycemic control) ต้องอาศัยกลวิธีหลายชนิดร่วมกัน ได้แก่ (เมตตากรณ์ พรพัฒน์กุล, 2549: 30-39)

1. การควบคุมอาหารหรือโภชนบำบัด (Medical nutrition therapy: MNT) เป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และยังสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง การควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานจะสามารถลดระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) ได้ประมาณร้อยละ 1-2 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย และสามารถลดระดับ Fasting plasma glucose ได้ 50-100 mg./dl. โดยจะเห็นผลใน 6-12 สัปดาห์

ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารให้หลากหลาย (Balanced diet) โดยให้พลังงานเฉลี่ยประมาณ 20-45 kcal/น้ำหนักตัวมาตรฐาน ปริมาณอาหารจะขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวและกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย โดยมีสัดส่วนของการรับประทานอาหารดังนี้

1) ควรได้รับคาร์โบไฮเดรตร่วมกับไขมันไม่อิ่มตัวชนิดตำแหน่งเดียวร้อยละ 60-70 ของพลังงานทั้งหมด โดยเป็นปริมาณคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 45-65 ของพลังงานทั้งหมด

2) ควรรับประทานโปรตีนร้อยละ 15-20 และไขมันไม่อิ่มตัวชนิดหลายตำแหน่งประมาณร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด

3) สามารถรับประทานอาหารหมวดข้าวและแป้ง 6-11 ส่วนต่อวัน (80 kcal./ส่วน) แต่ควรหลีกเลี่ยงคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว เช่น น้ำตาลทราย น้ำผึ้ง น้ำผลไม้ ซึ่งมีใยอาหารต่ำ และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

4) ควรรับประทานเนื้อสัตว์ 2-3 ส่วนต่อวัน (35-55 kcal./ส่วน) โดยหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง (100 kcal./ส่วน) เช่น เนื้อหมูหรือเนื้อวัวติดมัน ชีส โครงหมู

5) ควรรับประทานพืชผัก 4-6 ส่วนต่อวัน (25 kcal./ส่วน และใยอาหาร 1-4 g./ส่วน) และรับประทานผลไม้ 3-5 ส่วนต่อวัน (60 kcal./ส่วน) ซึ่งจะให้แร่ธาตุ วิตามิน และใยอาหาร

6) ควรรับประทานนม 1-2 ส่วนต่อวัน โดยเน้นนมหรือผลิตภัณฑ์นมที่ไม่ปรุงแต่งรส และมีไขมันต่ำ

7) ควรรับประทานไขมันในปริมาณน้อยที่สุดและหลีกเลี่ยงกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) ซึ่งมีมากในไขมันสัตว์ เนย กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม

8) ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินหรือมีภาวะอ้วน ควรจำกัดปริมาณอาหารลง 500-1000 kcal./วัน เพื่อลดน้ำหนักลง 0.5-1 กิโลกรัม/สัปดาห์ ซึ่งช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

9) ควรหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ หากจะดื่มไม่ควรเกิน 2 ส่วนต่อวันในผู้ชาย และ 1 ส่วนต่อวันในผู้หญิง (1 ส่วนเท่ากับเบียร์ 360 ซีซี ไวน์ 150 ซีซี เหล้า 45 ซีซี)

10) สารให้ความหวานหรือน้ำตาลเทียม เช่น แอสปาแทม (Aspartame) ซัคคาริน (Saccharin) และ ซูคาโลส (Sucralose) สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย

2. การออกกำลังกาย (Physical activity) ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น สามารถลดระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) ได้ นอกจากนี้ยังช่วยควบคุมน้ำหนักตัวได้ดี ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายปานกลางแบบ Aerobic (Moderate-intensity aerobic physical activity) (ร้อยละ 50-70 ของ Maximum heart rate) อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือออกกำลังกายอย่างหนักแบบ Aerobic (Vigorous aerobic physical activity) (มากกว่าร้อยละ 70 ของ Maximum heart rate) อย่างน้อย 90 นาทีต่อสัปดาห์ โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยทั่วไปควรเพิ่มระยะเวลาและความถี่ของการออกกำลังกายอย่างช้าๆ จาก 10 นาทีต่อครั้ง จนสามารถทำ Moderate-intensity aerobic physical activity 30-45 นาทีต่อครั้ง 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ กรณีที่ไม่มีข้อห้ามในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรทำ Resistance exercise เช่น การยกน้ำหนัก โดยทำ 8-10 ครั้งต่อชุด จำนวน 3 ชุด ต่อวัน โดยทำ 3 วันต่อสัปดาห์ การทำ Resistance exercise จะช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลิน (Insulin sensitivity) กรณีที่ผู้ป่วยต้องการออกกำลังกายมากกว่าการเดินเร็ว (Brisk walk) ผู้ป่วยที่มี Sedentary lifestyle มาก่อน หรือมีโอกาเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจควรได้รับการประเมินโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อน และผู้ป่วยควรได้รับการประเมินสภาพร่างกายว่ามีความเสี่ยงต่อการออกกำลังกายอย่างหนักบางประเภทหรือไม่ เช่น ภาวะ Uncontrolled hypertension, Severe autonomic neuropathy, Proliferative or Proliferative retinopathy เป็นต้น ผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลินหรือรับประทาน Insulin secretagogues ควรรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตก่อนการออกกำลังกายหากระดับน้ำตาลในเลือดก่อนออกกำลังกาย < 100 mg./dl. เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

3. การใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด (Pharmacological treatment)

3.1 การใช้ยารับประทานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด (Oral hypoglycemic agents)

ปัจจุบันมียาหลายชนิด จัดแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

3.1.1 ยากระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน (Insulin secretagogue) ออกฤทธิ์โดยการจับกับ ATP-dependent potassium channel ที่บีตาเซลล์ของตับอ่อน เป็นผลให้มีการกระตุ้นการหลั่งอินซูลินเพิ่มมากขึ้น ยาชนิดนี้จะใช้ไม่ได้ผลในกรณีที่มีปริมาณบีตาเซลล์ลดลงหรือการทำงานของบีตาเซลล์บกพร่อง ยาในกลุ่มนี้ประกอบด้วย Sulfonylurea และ Non-sulfonylurea agents (Repaglinide และ Nateglinide) Sulfonylurea และ Repaglinide สามารถลดระดับ HbA1C ได้ประมาณร้อยละ 1.5-2.0 จากระดับตั้งต้นที่ HbA1C ร้อยละ 8.5-9.5 ยาชนิดนี้จะให้ผลอย่างเต็มที่ในเวลา 1-2 สัปดาห์ ส่วน Nateglinide สามารถลด HbA1C ได้ประมาณร้อยละ 0.5-1.0 และสามารถลดระดับน้ำตาลหลังอาหารได้ Insulin secretagogue สามารถก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ได้ โดยเฉพาะช่วงเริ่มใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ และทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้

3.1.2 Biguanide ได้แก่ Metformin ออกฤทธิ์หลักที่ตับโดยการลดการสร้างน้ำตาลที่ตับ (Hepatic glucose production) โดยยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด Metformin สามารถลดระดับ HbA1C ได้ร้อยละ 1.5-2.0 จากระดับตั้งต้นที่ร้อยละ 8.5-9.5 ได้เช่นเดียวกับ Insulin secretagogue แต่ไม่ก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ไม่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และอาจทำให้น้ำหนักลดลงได้ ยาชนิดนี้ได้ผลช้า ส่วนใหญ่ใช้เวลาอย่างน้อย 1 เดือนจึงได้ผลเต็มที่ ผลข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ อาการในระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ และถ่ายเหลว ซึ่งสัมพันธ์กับยาที่ใช้ ยาชนิดนี้อาจก่อให้เกิดภาวะ Lactic acidosis โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไตทำงานเสื่อมลง จึงควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มี Serum creatinine สูงกว่า 1.4-1.5 mg./dl. และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจทำงานล้มเหลว

3.1.3 Thiazolidinedione (TZD) ได้แก่ Pioglitazone และ Rosiglitazone ยาชนิดนี้จะจับกับ Peroxisome-proliferator-activated receptor- γ (PPAR- γ) ทำให้เซลล์ไขมันมีความไวต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น ยับยั้งการหลั่ง Free fatty acid และเพิ่มการหลั่ง Adiponectin จากเซลล์ไขมัน ทำให้ตับและกล้ามเนื้อมีความไวต่ออินซูลินสูงขึ้น TZD สามารถลด HbA1C ได้ร้อยละ 1.5-2.0 แต่ออกฤทธิ์ช้าจึงมักใช้เวลาหลายเดือนกว่าจะออกฤทธิ์เต็มที่ ผลข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ น้ำหนักขึ้นและภาวะบวมน้ำ (Fluid retention) สามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) ได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง จึงควรหลีกเลี่ยงยาชนิดนี้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (Impaired myocardial function)

3.1.4 Alpha-glucosidase inhibitor (AGI) ได้แก่ Acarbose และ Miglitol ออกฤทธิ์ภายในลำไส้ ทำให้เอนไซม์ที่ย่อยคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนและน้ำตาลเชิงคู่ (Disaccharides) ทำงาน

บพพรอง ช่วยชะลอการดูดซึมของน้ำตาล นอกจากนี้อาจมีผลดีต่อการหลั่งฮอร์โมนจากทางเดินอาหาร เช่น GLP-1 ซึ่งทำให้มีการหลั่งอินซูลินมากขึ้น ทำให้อาหารผ่านกระเพาะอาหารช้าลงและลดปริมาณอาหารที่บริโภค ยานชนิดนี้สามารถลด HbA1C ได้ประมาณร้อยละ 0.5-1.0 โดยออกฤทธิ์ที่การลดน้ำตาลหลังอาหารเป็นหลัก ไม่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่ทำให้เกิดอาการท้องอืดและถ่ายเหลวได้บ่อย ดังนั้นควรเพิ่มขนาดยาอย่างช้าๆ เพื่อลดการเกิดอาการข้างเคียง

3.2 การใช้ยาคินอินซูลินและ Insulin analogues ในภาวะปกติน้ำตาลในกระแสเลือดจะถูกควบคุมโดยการหลั่งอินซูลินจากบีตาเซลล์ของตับอ่อน ในภาวะอดอาหาร (Fasting) บีตาเซลล์จะหลั่งอินซูลินปริมาณต่ำๆ (Basal insulin) ซึ่งจะควบคุมการสร้างและการปล่อยน้ำตาลจากตับให้เหมาะสมกับปริมาณที่ใช้โดยสมอง เม็ดเลือดแดง และไต ซึ่งเป็น Insulin independent tissue รวมไปถึงควบคุมการเกิด Lipolysis ที่เซลล์ไขมัน เพื่อปลดปล่อย Free fatty acid เพียงในปริมาณที่เพียงพอต่อการสร้างพลังงานเพื่อใช้ใน Insulin independent tissue เช่น กล้ามเนื้อ ในช่วงรับประทานอาหาร น้ำตาลกลูโคสจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วภายใน 180 นาที โดยเฉพาะในช่วง 60 นาทีแรก คนปกติระดับน้ำตาลหลังอาหารในเลือดจะถูกควบคุมโดยการเพิ่มปริมาณ Insulin และ Incretin hormone เช่น การเพิ่มปริมาณอินซูลินจะทำให้ตับ กล้ามเนื้อ และไขมัน ใช้น้ำตาลกลูโคสเข้าเซลล์มากขึ้น และยับยั้งการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากตับทำให้สามารถลดปริมาณน้ำตาลกลูโคสหลังอาหารได้ประมาณร้อยละ 40

อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากบีตาเซลล์ของตับอ่อน ทำหน้าที่หลักที่สำคัญคือ ช่วยทำให้กลูโคสเข้าสู่เซลล์เพื่อใช้เป็นพลังงาน นอกจากนั้นยังทำหน้าที่อื่นๆ เช่น ช่วยเสริมสร้างเนื้อเยื่อต่างๆ ควบคุมระดับไขมันในเลือด ควบคุมการเปลี่ยนแปลงของเกลือแร่ ผู้เป็นเบาหวานที่ต้องใช้อินซูลิน ได้แก่ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ทุกราย ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ด้วยรับประทานและการควบคุมอาหาร มีโรคตับหรือโรคไต อยู่ในระหว่างเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ติดเชื้อ หรืออยู่ระหว่างผ่าตัด ผู้เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ และผู้เป็นเบาหวานซึ่งมีสาเหตุจากโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

การแบ่งชนิดของอินซูลิน (วลัยพร นันท์สุภวัฒน์, 2551: 227)

การแบ่งอินซูลินตามสูตรโครงสร้างแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1) อินซูลินที่มีโครงสร้างเหมือนอินซูลินของมนุษย์ทุกประการ เรียกว่า Human insulin

2) อินซูลินที่เลียนแบบอินซูลินของมนุษย์ แต่มีการปรับเปลี่ยนบางโมเลกุลเพื่อให้มีการออกฤทธิ์แตกต่าง คือ รวดเร็วหรือนาน ได้แก่ อินซูลินลิสโปร (Lispro) อินซูลินแอสพาร์ท (Aspart) และอินซูลินกลาร์จิน (Glargine)

การแบ่งอินซูลินตามระยะเวลาของการออกฤทธิ์แบ่งได้เป็น 4 ชนิด คือ

1) อินซูลินชนิดที่ออกฤทธิ์ทันที (Rapid acting insulin) เช่น อินซูลินลิสโปร (Lispro) อินซูลินแอสพาร์ท (Aspart) มีชื่อทางการค้า คือ ฮิวมาล็อก (Humalog) และ โนวาเรปิด (Novorapid) ตามลำดับ ออกฤทธิ์เร็วภายใน 15 นาที หลังจากฉีดสามารถรับประทานอาหารได้ทันที

2) อินซูลินชนิดที่ออกฤทธิ์สั้น (Short acting insulin) ได้แก่ เรกูลาร์อินซูลิน (Regular insulin) แอ็คตราพิด (Actrapid) ฮิวมูลินอาร์ (Humulin R) เป็นต้น

3) อินซูลินชนิดที่ออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate acting insulin) เช่น อินซูลินเอ็นพีเอช (NPH insulin) ฮิวมูลินเอ็น (Humulin N) อินซูลาทาร์ด (Insulatard) โมโนทาร์ด (Monotard) เป็นต้น

4) อินซูลินชนิดที่ออกฤทธิ์นาน (Long acting insulin) เช่น เลนเตอินซูลิน (Lente insulin)

นอกจากนี้ยังมีอินซูลินที่ออกฤทธิ์ผสมสำเร็จ เช่น มีอินซูลินผสมระหว่างอินซูลินที่ออกฤทธิ์สั้นและปานกลาง เช่น Mixtard 30 หรือ Humulin 70/30 หมายถึง อินซูลินที่มีสัดส่วนของอินซูลินที่ออกฤทธิ์สั้น 30 เปอร์เซ็นต์ และออกฤทธิ์ปานกลาง 70 เปอร์เซ็นต์ หรืออินซูลินที่ออกฤทธิ์เร็วและปานกลางผสมสำเร็จรูป ได้แก่ Humalog Mix 75/25 และ Novo Mix 30 ปัจจุบันอินซูลินที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นฮอร์โมนที่สังเคราะห์จากขบวนการทางชีวพันธุกรรม (Bioengineering) ไม่ได้สกัดมาจากตับอ่อนของสัตว์เหมือนสมัยก่อน โดยอินซูลินอยู่ในรูปของผลึกโปรตีนในสารละลาย ถูกทำลายได้ด้วยความร้อน อินซูลินเป็นสารประกอบโปรตีนเชิงซ้อนที่มีโมเลกุลขนาดใหญ่ จึงไม่สามารถรับประทานได้เหมือนยาเม็ดทั่วไป จำเป็นต้องฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือทางเส้นเลือดดำเท่านั้น

4. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (Diabetic self management education: DSME) เป็นขบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยมุ่งให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง สม่าเสมอ และมีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้น เช่น ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาและ/หรือฉีดยาตามแพทย์สั่ง การดูแลตนเองในภาวะฉุกเฉิน เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำ และการดูแลเท้า การให้ DSME ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมนักสหการทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกำหนดอาหาร (Dietician) เภสัชกร และนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behaviorists) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพ (Effectiveness) ของ DSME การให้ DSME ควรครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

4.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดำเนินโรค และกลวิธีในการรักษา

4.2 การใช้โภชนบำบัดหรือการควบคุมอาหารเพื่อรักษาโรค โดยเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าให้ถูกต้อง

4.3 การออกกำลังภายในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเน้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจวัตรประจำวัน

4.4 การใช้ยาทั้งชนิดรับประทานและ/หรือยาฉีดอย่างถูกต้อง

4.5 การตรวจประเมินการควบคุมน้ำตาลด้วยการตรวจเลือดด้วยตนเอง (Self monitoring blood glucose, SMBG) และสามารถนำผลตรวจมาปรับเปลี่ยนการรักษาอย่างง่าย ๆ ได้ การทำ SMBG เป็นกลวิธีสำคัญที่จะทำให้แพทย์ปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถตรวจหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างรุนแรงได้ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยเมื่อผู้ป่วยเบาหวานพยายามควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

4.6 การป้องกัน การตรวจหา และการตรวจรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน

4.7 การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การปฏิบัติตัวระหว่างการเจ็บป่วย การไปงานสังสรรค์ การดูแลเท้า

4.8 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วย (Psychosocial adjustment)

4.9 ผู้ป่วยหญิงในวัยเจริญพันธุ์ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ (Preconception care) การดูแลรักษาระหว่างตั้งครรภ์

การดูแลตนเองในเรื่องของการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เพื่อป้องกันการเกิดแผล การติดเชื้อของแผล แผลหายยาก และการถูกตัดขา ซึ่งการดูแลสุขภาพเท้ามี 5 ขั้นตอน (วัลย์พร นันทศุภวัฒน์, 2551: 230-232) ได้แก่

1. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี
2. ดูแลสุขภาพเท้าอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ
3. ตรวจดูเท้าของตนเองทุกวัน
4. เมื่อมีปัญหาที่เท้าต้องรักษาทันที
5. มาพบแพทย์หรือพยาบาลเพื่อตรวจดูเท้าอย่างสม่ำเสมอ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อการมีสุขภาพเท้าที่ดี และไม่เกิดแผล วิธีการดูแลมีดังนี้

1. ล้างเท้าด้วยน้ำธรรมดาและสบู่อ่อนทุกวันหลังอาบน้ำ ไม่ควรใช้แปรงหรือขนเนื้อแข็งขัดเท้า

2. ซับเท้าให้แห้งด้วยผ้าที่สะอาดและนุ่ม เช่น ผ้าขนหนู โดยเฉพาะซอกนิ้วเท้า

3. สํารวจเท้าด้วยตนเองทุกวันว่ามีอาการบวม มีแผล มีรอยข้ํา ผิวเปลี่ยนสี หรือมีคุดพอง โดยตรวจทั่วเท้าและสันเท้า ซอกระหว่างนิ้วเท้า และรอบเล็บ หากมองเห็นไม่ชัดเจนใช้กระจกส่อง เมื่อพบความผิดปกติ เช่น เล็บขบ ตาปลา หูด ผิวหนังแห้งและแตกเป็นร่องควรปรึกษาแพทย์ทันที

4. ถ้าผิวแห้ง อาจทำให้คันแล้วเกา เกิดรอยแตกติดเชื้อได้ง่าย ให้ทาครีมบางๆ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น โดยเว้นบริเวณซอกนิ้วเท้า เพื่อป้องกันการหมักหมม ซึ่งอาจทำให้เกิดเชื้อราได้ง่าย

5. ถ้าผิวหนังชั้น เหนือออกง่าย หลังเช็ดเท้าให้แห้ง ควรใช้แป้งฝุ่นโรย

6. ใส่ถุงเท้าที่ทำด้วยผ้าฝ้ายนุ่ม ไม่ใช่ถุงเท้าไนล่อนหรือถุงเท้าที่รัดมาก เปลี่ยนถุงเท้าทุกวัน ควรใส่ถุงเท้าทุกครั้งี่สวมรองเท้า

7. สวมรองเท้าหรือรองเท้าแตะตลอดเวลา ทั้งในและนอกร้าน สวมรองเท้าที่เหมาะสม ขนาดพอดี ควรสวมรองเท้าหุ้มส้น ไม่ใช่รองเท้าส้นสูง วัสดุทำรองเท้าควรนิ่ม มีแผ่นรองรับแรงกระแทกภายใน เช่น รองเท้ากีฬา ไม่ควรใช้รองเท้าแตะชนิดมีที่ค้ำที่ง่ามนิ้วเท้า การซื้อรองเท้าควรซื้อในช่วงบ่ายหรือเย็น เพื่อมิให้ซื้อรองเท้าที่คับเกินไป เมื่อใส่รองเท้าคู่ใหม่ ควรใส่วันละครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง ใส่สลับกับรองเท้าคู่เก่า 3-5 วัน เพื่อป้องกันรองเท้ากัด สังเกตรอยคุดพองทุกครั้งหลังใส่รองเท้าคู่ใหม่ ก่อนใส่รองเท้าควรตรวจว่ามีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในรองเท้าหรือไม่

8. การตัดเล็บควรใช้ที่ตัดเล็บตัดตรงๆ เสมอปลายนิ้ว ไม่ควรตัดเล็บโค้งเข้ามุกเล็บหรือตัดลึกมาก เพราะจะเกิดแผลได้ง่าย ถ้ามีเล็บขบต้องปรึกษาแพทย์ ไม่ควรใช้วัตถุแข็งและซอกเล็บ การตัดเล็บควรทำหลังล้างเท้าหรืออาบน้ำใหม่ๆ เพราะเล็บจะอ่อนและตัดง่าย ไม่ควรแช่เท้าก่อนตัดเล็บ เพราะผิวรอบเล็บอาจเปื่อยและเกิดแผลขณะตัด ถ้าสายตามองเห็นไม่ชัด ควรให้ผู้อื่นตัดเล็บให้ ในการตะไบเล็บเท้าที่หนาผิดปกติ ให้ตะไบไปทางเดียวกันไม่ควรย้อนไปย้อนมา เพื่อป้องกันการเสียดสีผิวหนังรอบเล็บ

9. ถ้ามีผิวหนังหนา หรือตาปลา ควรได้รับการตัดให้บางๆ ทุก 6-8 สัปดาห์ ด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

10. งดสูบบุหรี่เพราะทำให้หลอดเลือดตีบ

11. ข้อห้ามปฏิบัติ ได้แก่ ห้ามแช่เท้าในน้ำร้อนเด็ดขาด ห้ามวางกระเป๋าน้ำร้อนบนเท้าหรือขา ไม่ควรเดินเท้าเปล่าแม้อยู่ในบ้าน ห้ามตัดตาปลา ลอกตาปลา หรือใช้ยาจี้หูดด้วยตนเอง ไม่ควรนั่งไขว่ห้าง อาจทำให้การไหลเวียนโลหิตไม่สะดวก ไม่ควรใช้สมุนไพรพอกแผลเพราะอาจทำให้ติดเชื้อ

12. ควรบริหารเท้าเป็นประจำทุกวัน เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดที่เท้าดีขึ้น

13. การดูแลตนเองเมื่อเป็นแผลเล็กน้อย เป็นคุดพอง หรือแผลถลอก ทำความสะอาด

ด้วยน้ำดื่มสุกที่เย็นแล้วและสบู่อ่อน ชับให้แห้งทายาฆ่าเชื้อที่ไม่ระคายต่อเนื้อเยื่อเช่น น้ำยาเบตาดีน เช็ดจากในแผลออกมารอบแผล ปิดแผลด้วยผ้าก๊อซที่ผ่านการฆ่าเชื้อ ถ้าแผลไม่ดีขึ้น มีอาการปวด บวมแดงร้อนหรือมีไข้ควรปรึกษาแพทย์ ขณะมีแผลที่เท้า อย่าเดินไปมา อย่ายืน เพราะจะทำให้เท้า รับน้ำหนักตัว ปากแผลจะเปิดและหายยาก ให้อ่อนพัก เวลาเคลื่อนไหวย้ายใช้รถเข็น หรือใช้ไม้เท้าพยุง ถ้าจะออกกำลังกายใช้แขนแทน ถ้าแผลใหญ่ปรึกษาแพทย์ทันที

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคน โดย ประเมินจากพื้นฐานการศึกษาและความสามารถของผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมและความเชื่อ ปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมไปถึงเศรษฐกิจฐานะและการสนับสนุน จากครอบครัว การทำ DSME ที่มีประสิทธิภาพจะลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization) ของผู้ป่วยในสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน (Diabetes-related problems) และ ลดค่าใช้จ่ายรวมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ ต้องเริ่มจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็น อันดับแรกของการรักษา โดยเฉพาะระยะเริ่มแรกของโรค และอาจร่วมกับการรักษาด้วยยาฉีดหรือ ยารับประทานเป็นกลยุทธขั้นต่อไป เป้าหมายการรักษาระยะสั้นคือ การควบคุมเมตาบอลิซึมในร่างกายและการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย เป้าหมายการรักษาระยะยาวคือ การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือด ไต ตา และระบบประสาท ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี การควบคุมอาหารและออกกำลังกายในการบำบัดรักษาซึ่งทำให้ระบบเมตาบอลิซึมกลับคืนมา อาจ ส่งผลให้งดการรักษาด้วยยาได้ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตร่วมกับการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดสามารถ ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคของหลอดเลือดขนาดเล็กได้ถึงร้อยละ 50 (Sherwin, 2004: 1433-1435)

แนวคิด ทฤษฎีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องเผชิญกับ ปัญหาพร้อมกันหลายด้าน เช่น การปรับวิธีการดำเนินชีวิตประจำวัน การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแล ตนเองของผู้ป่วยในเรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ การเผชิญกับ ความไม่สุขสบาย ประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง ความมีคุณค่า และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ปัญหา เหล่านี้มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984: 22-25)

กล่าวว่าความเครียดเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive appraisal) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือแหล่งประโยชน์ (Resource) ที่ตนเองจะต่อต้านได้ และรู้สึกว่าคุณค่า เป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือทำร้ายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต และมองว่าความเครียดไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อป่วยเป็นเบาหวานผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกซึ่งก่อให้เกิดความเครียด จึงต้องมีการเรียนรู้และปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเพื่อให้เกิดความสมดุลของชีวิต

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984 : 285) กล่าวว่า กระบวนการในการเผชิญปัญหาจะเกิดขึ้นเมื่อ บุคคลรับรู้ว่ามี การเปลี่ยนแปลงของตนเองและสิ่งแวดล้อม คือ เหตุการณ์หรือความเครียด (Event or stress) ที่มากระทบบุคคลนั้น สมองจะทำการประเมิน (Appraisal) ซึ่งเป็นการนำเอากระบวนการทางความคิด (Cognitive process) ที่เกิดขึ้นระหว่างความเครียดกับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยบุคคลจะคิดพิจารณาความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นและเลือกวิธีการจัดการกับปัญหานั้น ซึ่งการประเมินปัญหามี 3 แบบ คือ

1. การประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตนเอง ประเมินได้ 3 ลักษณะ คือ

1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตน หรือตนไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้นๆ

1.2 มีผลในทางดีกับตนเอง (Benign positive) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นมีผลดีกับสวัสดิภาพของตนเอง ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น

1.3 ประเมินว่าเป็นภาวะเครียด (Stressful) คือการพิจารณาตัดสินว่า ในเหตุการณ์นั้น บุคคลต้องนำแหล่งประโยชน์มาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยการเกิดความเครียดประเมินได้ 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นอันตราย หรือมีการสูญเสีย (Harm or loss) เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียอวัยวะ สูญเสียทรัพย์สิน

1.3.2 การคุกคาม (Threat) เป็นการคาดการณ์ว่าจะเกิดอันตรายหรือมีการสูญเสีย เช่น ผู้ป่วยถูกตัดขา อาจประเมินว่าเหตุการณ์นี้คุกคามต่อการสูญเสียหน้าที่การงาน และศักยภาพในการดำเนินชีวิต

1.3.3 การท้าทาย (Challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้ หรืออาจให้ประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น ซึ่งมักเป็นการนำรูปแบบเดิมมาใช้ ร่วมกับการพิจารณาว่าจะนำรูปแบบใดมาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น นั่นคือ พฤติกรรมเผชิญปัญหา (Coping behavior)

3. การประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้รับข้อมูลใหม่ คือ การให้ความหมายของเหตุการณ์ใหม่ เพื่อลดความเครียด ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม

ในการเผชิญปัญหา ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984: 141-154) แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ

1. การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Problem focused coping) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมาในการจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดหรือเกิดปัญหา โดยมุ่งจัดการที่ต้นเหตุของปัญหานั้นให้เป็นที่ไปในทางที่ดี โดยการเปลี่ยนการกระทำที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของตนเอง หรือ โดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่เป็นการใช้สติเข้ามาแก้ไขปัญหา โดยพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น มีการวางแผนกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา แก้ปัญหาทีละขั้นตอน และแสดงพฤติกรรมในการเผชิญปัญหานั้น เป็นวิธีที่ใกล้เคียงกับการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา วิเคราะห์ปัญหาอย่างมีเหตุผลตามความจริง ค้นหาวิธีในการแก้ปัญหา การนำประสบการณ์เดิมมาใช้แก้ปัญหา หาทางเลือกที่ตนเองพอใจและเหมาะสม การขอคำแนะนำช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและหาแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมมาจัดการกับปัญหา

2. การเผชิญปัญหาที่มุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused coping) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมาในการจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดหรือเกิดปัญหาเพื่อลดความกดดันหรือคลายเครียด ได้แก่ การยอมรับ การปฏิเสธ การพึ่งศาสนา การค้นหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้กำลังใจ การตีความหมายใหม่ไปในทางบวกและการบรรเทาความเครียด (Palliative coping) เป็นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เช่น การมองโลกในแง่ดี การใช้อารมณ์ขัน การสวดมนต์ การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ นอกจากนี้ยังมีการระบายความเครียด (Tension) เป็นการมองโลกในแง่ร้าย เช่น การทำลายสิ่งของ การกล่าวโทษผู้อื่น การร้องไห้ เป็นต้น

ในการเผชิญปัญหาของแต่ละคนเกิดขึ้นได้ทั้งสองวิธี ขึ้นอยู่กับบุคคลแต่ละคนว่าจะใช้วิธีใดมากกว่ากัน จากการศึกษาของเสาวนีย์ จันทรัตน์ (2549: 99-100) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ที่มารับบริการที่ห้องตรวจคัดสรรงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 286 คน พบว่าระดับการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับมาก และใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าวิธีมุ่งปรับอารมณ์

ส่วนจาโลวีก (Jalowiec, 1988: 287-308) ได้พัฒนาแบบวัดการเผชิญปัญหาภายใต้กรอบแนวคิดการเผชิญปัญหาของลาซาร์สและโฟลค์แมน โดยแบ่งรูปแบบการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 แบบคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นที่ไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาคิดวิธีต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหา อาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่ การจัดการกับอารมณ์ (Emotion coping) เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมหรือแก้ไขความรู้สึกเป็นทุกข์ หรือไม่สบายใจ โดยการแสดงความรู้สึกหรือระบายอารมณ์ออกมา แต่ปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง และการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคอง (Palliative coping) เป็นวิธีการที่ใช้ควบคุมหรือแก้ปัญหาลงอ้อม ใช้เป็นแนวทางเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง แบบวัดนี้มีคำถาม 36 ข้อ ซึ่งสุภาพ อารีเอื้อ (2540) นำแบบวัดนี้แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลง แล้วนำไปตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษา และความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญภาษาและทฤษฎีการพยาบาล 2 ท่าน แล้วแก้ไข จากนั้นนำไปหาความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .73

เดกาซอนและพาร์กเกอร์ (Degazon and Parker, 2007: 151-163) ทำการศึกษาการเผชิญปัญหากับการปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศแถบอเมริกาใต้และแคริบเบียน พบว่าผู้ป่วยใช้การเผชิญปัญหาทุกแบบ และใช้การเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) มากที่สุด

ปราณี มิ่งขวัญ (2542: 61-66) ได้ศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ราย โดยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของจาโลวีก พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพร่างกายระยะแรกและระยะหลังมีความเครียดในระดับปานกลาง และทั้งสองกลุ่มมีการใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดทุกแบบ การเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุดคือ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพร่างกายระยะแรกและระยะหลังไม่แตกต่างกัน ส่วนการใช้วิธีการเผชิญความเครียดระหว่างระยะฟื้นฟูสภาพร่างกายระยะแรกและระยะหลังแตกต่างกัน

สุภาพ อารีเอื้อ (2540: 48-77) ได้ศึกษาผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วย ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และหาความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตจาก ความเครียด การเผชิญปัญหา และปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 140 ราย โดยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของจาโลวิก พบว่าผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้เกิดข้อจำกัดหรือปัญหาในด้านการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน และความปวด เกิดความเครียด และใช้การเผชิญปัญหาด้านต่างๆ ก่อนข้างต่ำ แต่รับรู้การมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ใช้การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าการบรรเทาความรู้สึกเครียด และการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับ ตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ คือความเครียดและการเผชิญปัญหาด้านบรรเทาความรู้สึกเครียด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของจาโลวิก เนื่องจากพิจารณาแล้วว่าเนื้อหาในการวัดมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการวัดการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานและมีการนำไปใช้ในการวิจัยกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่มและกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเลือกนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

Christian University of Thailand

มโนทัศน์ความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) คือความคิดหรือความเชื่อที่บุคคลใช้มองประสบการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญหน้าว่ามีระดับความเข้าใจ ระดับการจัดการควบคุม ให้ความหมายต่อชีวิต และสุขภาพของบุคคลนั้นอย่างไร เป็นมโนทัศน์หลักของทฤษฎีแหล่งกำเนิดสุขภาพ (Salutogenic model) ของแอรอน แอนโทนอนอฟสกี (Aaron Antonovsky) นักสังคมวิทยาการแพทย์ ชาวอิสราเอล ได้ทำการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงภาวะสุขภาพ และความผาสุกในชีวิตของบุคคล โดยอธิบายว่า บุคคลเป็นระบบเปิด มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตลอดเวลา และสิ่งแวดล้อมเป็นแหล่งก่อให้เกิดความเครียดและแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งต้านทานความเครียดทั่วไป (Generalized Resistance Resources : GRRs) เมื่อบุคคลเกิดปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นความเครียด ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นแหล่งต้านทานความเครียดทั่วไปมาใช้ ช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาซึ่งเกิดความเครียดได้เหมาะสม นำไปสู่การมีสุขภาพดี และมีความผาสุกในชีวิต บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลก ต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ (Antonovsky, 1987: 129-161)

1. การมองสิ่งต่างๆ ว่าสามารถเข้าใจได้ (Comprehensibility) เป็นการรับรู้ว่ามีสิ่งเร้าหรือสิ่งที่ทำให้เครียด ซึ่งมาจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตน เป็นสิ่งที่มีระบบระเบียบ มีโครงสร้าง และมีความชัดเจน เป็นสิ่งที่สามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผล สามารถทำนายหรือคาดการณ์ได้ และสามารถจัดให้เป็นระบบระเบียบได้ เหตุการณ์รุนแรงในชีวิตสามารถเกิดขึ้นได้ แต่เมื่อบุคคลต้องเผชิญ บุคคลจะสามารถเข้าใจความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นๆ ได้

2. การมองสิ่งต่างๆ ว่าสามารถจัดการได้ (Manageability) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะใช้ตอบสนอง หรือจัดการกับปัญหาที่รุมเร้าตนอยู่ แหล่งประโยชน์นั้นๆ อาจเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลสามารถควบคุมด้วยตนเอง หรือควบคุมโดยบุคคลอื่นซึ่งเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับตน หรือเป็นผู้ที่ตนเชื่อถือไว้วางใจ เช่น คู่สมรส เพื่อน พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผู้นำในสังคมของตน และแพทย์ เป็นต้น เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ใดก็ตาม บุคคลจะรู้สึกว่าคุณเป็นทุกข์หรือรู้สึกรู้สึกว่าชีวิตไม่ยุติธรรมกับตน บุคคลจะสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตได้โดยไม่โศกเศร้ากับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

3. การมองว่าสิ่งต่างๆ มีความหมาย (Meaningfulness) เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าปัญหาหรือสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีคุณค่า และคุ้มค่า ที่จะเข้าไปมีพันธะผูกพัน (Commitment) และทุ่มเทพลังในการจัดการ บุคคลจะมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย และรู้สึกยินดีที่จะเผชิญ หรือจัดการแก้ไข โดยไม่รู้สึกว่าเป้าหมายที่ยุ่งยาก เขาจะทำการค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้น และจะทำดีที่สุด เพื่อให้ผ่านพ้นเหตุการณ์นั้นๆ อย่างมีศักดิ์ศรี

ความเข้มแข็งในการมองโลกพัฒนาขึ้นจากประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคน โดยเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก เพิ่มและชัดเจนขึ้นในวัยรุ่น จนกระทั่งค่อนข้างคงที่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นช่วงอายุประมาณ 30 ปี หลังจากนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงได้บ้างตลอดชั่วชีวิต ซึ่งประสบการณ์ที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกมีลักษณะ ดังนี้ (Antonovsky, 1979 อ้างใน รัชนี้ นามจันทรา และสมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 298)

1. เป็นประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะคงที่สม่ำเสมอ (Consistent experience) มีความสอดคล้องกับความคาดหวังของบุคคล ทำให้บุคคลสามารถคาดหรือทำนายเหตุการณ์ สามารถเข้าใจและจัดการสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ และประสบการณ์ชีวิตด้านนี้จะช่วยพัฒนาองค์ประกอบด้านความสามารถทำความเข้าใจ

2. เป็นประสบการณ์ที่บุคคลมีส่วนร่วมในการแก้ไข ตัดสินใจ และกำหนดผลที่เกิดขึ้น

(Participation in shaping outcome) ซึ่งจะพัฒนาองค์ประกอบด้านความสามารถในการให้ความหมาย ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต มีความหมาย มีคุณค่า คุ่มค่าพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไข

3. เป็นประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลเผชิญกับสิ่งเร้าหรือปัญหาที่อยู่ในระดับพอดี ไม่มากเกินไปไม่น้อยจนเกินความสามารถของบุคคลที่จะจัดการได้ (Good load balance) ประสบการณ์เช่นนี้จะทำให้บุคคลสามารถรับรู้และจัดการได้ตามความสามารถที่ตนมีอยู่ และมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ทำให้เกิดการพัฒนาองค์ประกอบด้านความสามารถในการบริหารจัดการ

การศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก ให้ผลสอดคล้องกันว่าความเข้มแข็งในการมองโลกทำให้บุคคลมีการเผชิญปัญหาเหมาะสม มีการปรับตัวที่ดี สุขภาพดี มีความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

อีริกสัน (Eriksson, 2000: 1393-1397) ได้ศึกษาการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เปรียบเทียบระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการจัดการภาวะสุขภาพ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกกับการรักษาและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีความสัมพันธ์กันโดยตรง แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการดูแลสุขภาพของตนเองและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

จินดาวรรณ อุดมพัฒนากร (2539: 60) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จำนวน 60 คน พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกค่อนข้างต่ำและมีการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอึดมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพา ระหว่างกันและการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอึดมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพา ระหว่างกันและการปรับตัวโดยรวมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .56, .73, .44, .72, .78$) ตามลำดับ

จันทนา เตชะภท (2540: 39-48) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก ความผาสุกในชีวิต และศึกษาความสามารถในการทำงานความผาสุกในชีวิตของความคาดหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 90 คน พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนเฉลี่ยของความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลกและความผาสุกในชีวิตระดับสูง ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .41$) ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .60$) ความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถร่วมทำนายความผาสุกในชีวิตได้ร้อยละ 42.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วชิรพรรณ สุวรรณไตรย์ (2543: 33-39) ได้ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 60 คน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลาง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับยอมรับได้ ความเข้มแข็งในการมองโลกไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($r = -0.128$, $p > 0.05$)

จากงานวิจัยข้างต้น ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทุกด้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งผู้วิจัยเสนอแนะว่าควรศึกษาซ้ำ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

แอนโทนอฟสกี (Antonovsky) ได้พัฒนาแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก (The Sense of Coherence Questionnaire : SOC Questionnaire) ขึ้นใน ค.ศ. 1987 ซึ่งได้จากการวิจัยเชิงสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาวะปกติและกลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้นในชีวิต แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 29 ข้อ แบ่งเป็นข้อความวัดความสามารถในการทำความเข้าใจ (Comprehensibility) 11 ข้อ วัด

ความสามารถในการบริหารจัดการ (Manageability) 10 ข้อ และวัดความสามารถในการให้ความหมาย (Meaningfulness) 8 ข้อ ผ่านการหาความตรงของเครื่องมือและนำเครื่องมือหาความเชื่อมั่นในประเทศต่างๆ จากรายงานวิจัย 26 เรื่อง ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ครอนบาคอัลฟา ระหว่าง 0.82-0.95 แสดงว่าแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสอดคล้องภายในสูงในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ต่างภาษาและต่างวัฒนธรรม (Antonovsky, 1993)

สำหรับประเทศไทย สมจิต หนูเจริญกุล ประคอง อิศรสมบัติ และพรรณวดี พุชวัฒนะ (2532) ได้แปลแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1987) เป็นภาษาไทย นำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.85 และในกลุ่มอาจารย์พยาบาลได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.90 กนกพร สุคำวัง (2540: 56) ได้ใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกจำนวน 29 ข้อ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1987) โดยปรับแนวคำตอบให้เข้าใจง่ายและสะดวกในการเลือกตอบ นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.95 เมื่อนำไปทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.90 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93 วชิรวรรณ สุวรรณไตรย์ (2543) ได้ใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของกนกพร สุคำวัง (2540: 155) ไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.88

การศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกฉบับภาษาไทยของเพียงดาว จุลบาท (2551) ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล ประคอง อิศรสมบัติ และพรรณวดี พุชวัฒนะ (2532) แปลเป็นภาษาไทยและใช้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลประจำการ และอาจารย์พยาบาล ลักษณะข้อคำถามในแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ มีแนวคำตอบให้เลือก ข้อความในคำตอบแต่ละข้อมีลักษณะแตกต่างกัน ต่อมา กังสตาล สุทธีวิสิทธ์ (2535) ใช้แบบวัดนี้กับกลุ่มพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และกนกพร สุคำวัง (2540) ได้ปรับแบบสอบถามให้คำตอบมีลักษณะเดียวกัน โดยแต่ละข้อคำถามมีตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-7 ความมากน้อยเรียงลำดับตามความรู้สึกคิดเลข 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด และเลข 7 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด นำไปใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเสื่อมซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง วชิรวรรณ สุวรรณไตรย์ (2543) นำแบบวัดนี้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนครพนม ส่วนเพียงดาว จุลบาท (2551) นำแบบวัด

ที่ดัดแปลง ปรับปรุงโดย กังสตาล สุทธีวีธีสรค์ (2535) มาปรับปรุงและนำไปใช้ศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีบริบทที่ใกล้เคียงกับจังหวัดนครปฐม และผู้วิจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหาที่ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยสำคัญที่อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องจากภาวะสุขภาพดีไปสู่ความเจ็บป่วย มีบทบาทสำคัญช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาหรือภาวะเครียดในชีวิตได้ มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ มีเหตุผล นำแหล่งประโยชน์ที่มีมาใช้ในการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และให้ความหมายกับเหตุการณ์นั้นว่าเป็นสิ่งที่ทำร้าย มีคุณค่า และคุณค่าที่จะเข้าไปเผชิญและจัดการกับปัญหานั้นให้ลุล่วงไปได้ แอนโทนอฟสกี กล่าวถึง แหล่งต้านทานความเครียดทั่วไป (Generalized resistance resources : GRRs) ว่าเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่ช่วยบุคคลจัดการหรือเผชิญกับปัญหาความตึงเครียดในชีวิตได้ โดยได้รับการกระตุ้นหรือดึงมาใช้ผ่านความเข้มแข็งในการมองโลก การศึกษาที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการเผชิญปัญหา ได้แก่ การศึกษาของกนกพร สุคำวัง (2540: 69-74) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีแหล่งกำเนิดภาวะสุขภาพของแอนโทนอฟสกี แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 150 ราย พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลโดยตรงต่อการเผชิญความเครียดมากกว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค และความรุนแรงของการเจ็บป่วย รองลงมา คือ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลโดยตรงสูงสุดต่อคุณภาพชีวิต รองลงมาคือ การเผชิญความเครียด ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคมีผลต่ำสุด นอกจากนี้ยังพบว่าความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความรู้เกี่ยวกับโรค มีผลทางอ้อมต่อการเผชิญความเครียดโดยผ่านทางความเข้มแข็งในการมองโลกส่วนความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต ผ่านทางการเผชิญความเครียด

แม้ว่าการศึกษาของกนกพร สุคำวัง (2540) เป็นเรื่องของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม แต่สามารถใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา กับคุณภาพชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของลันด์แมน และนอร์เบิร์ก (Lundmand and Norberg,

1993: 381-386) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน โดยผู้ที่มึระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูง สามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ เมื่อผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น ผู้ป่วยจะสามารถใช้แหล่งด้านทานความเครียดทั่วไปของตนเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ความเครียดลดลงและน่าจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ความเข้มแข็งในการมองโลกจึงเป็นปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 60 คน โดยฉวีวรรณ สุวรรณไตรย์ (2543: 39-48) ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรศึกษามโนทัศน์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย เช่น ความเครียด การเผชิญปัญหา การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และควรศึกษาซ้ำ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อยืนยันการศึกษาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น จะเห็นว่า ผลการศึกษาของทั้งกนกพร สุคำวัง (2540) และฉวีวรรณ สุวรรณไตรย์ (2543) ขัดแย้งกัน เป็นเหตุให้ ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาซ้ำ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหากับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม เกิดจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ แสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เหตุการณ์ที่เข้ามากระทบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งจากความเจ็บป่วย สภาพสังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึ่งร่างกายจะหลั่งแคทีโคลามีนและคอร์ติซอลสูงขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น หากผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหา และจัดการกับความเครียดได้ดี จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและเป็นการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน สิ่งสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ตัวผู้ป่วยเองและ

ครอบครัว ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ช่วยส่งเสริมศักยภาพและความสามารถที่จะใช้แหล่งประโยชน์ของบุคคลในการประเมินสถานการณ์และใช้กระบวนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและมีการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต

จากผลการวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมีความสอดคล้องกันว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาและสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีวิธีการเผชิญปัญหาเหมาะสม มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่ดี และมีความเครียดลดลง ซึ่งน่าจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จากการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 60 ราย โดยวชิรวรรณ สุวรรณไตรย์ (2543: 39-48) ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายชนิด ทั้งโรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม โรคไตวาย พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมโรคคุณภาพชีวิต แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาซ้ำในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อยืนยันการศึกษาให้ชัดเจน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหากับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐประจำจังหวัดนครปฐม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลขนาด 616 เตียง มีการจัดการเรียนการสอนให้กับแพทย์ประจำบ้านและนักศึกษาแพทย์ ให้บริการผู้ป่วยทางด้านอายุรกรรมทั้งที่เป็นผู้ป่วยทั่วไป และส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ในจังหวัดนครปฐม และจังหวัดใกล้เคียง เปิดให้บริการผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3 วัน ได้แก่ วันพุธ วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 07.00-16.30 น. บุคลากรที่ปฏิบัติงานประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม แพทย์ประจำบ้าน พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนพบแพทย์ การบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับในระหว่างการรอตรวจ คือ เทปโทรทัศน์ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำการเฉพาะเจาะจงเป็นรายๆ และได้รับการตรวจประเมินสภาพเท้า

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

กลุ่มตัวอย่าง

จำนวนประชากรที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 มีจำนวน 2,694 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนของกลุ่มตัวอย่างได้มาจาก ตารางการประมาณขนาดตัวอย่างของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ขนาดตัวอย่างตามระดับความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550: 560) ได้การประมาณขนาดตัวอย่าง 345 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเป็นผู้ที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด รวม 350 ราย

กำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครปฐม โดยรวมถึงผู้ป่วยที่มีโรคร่วม หรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ด้วย
3. มีผลการตรวจน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ
4. เป็นผู้ที่มีความสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ
2. แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987: 82) ได้

สร้างแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคล มีทั้งหมด 29 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วน
 ประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ จาก 1 ถึง 7 (Guttman scale) แต่ละข้อมีคำตอบในลักษณะ
 ตรงกันข้าม มีข้อความทางบวก 16 ข้อ และข้อความทางลบ 13 ข้อ คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึง บุคคล
 ยิ่งมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดย
 ปรับปรุงจากเครื่องมือของเพิงดาว จุลบาท (2551) ซึ่งดัดแปลงจากเครื่องมือของกังสตาล สุทธิวี
 สรรค์ (2535) โดยดัดแปลงและปรับปรุงจากเครื่องมือฉบับภาษาไทยที่สมจิต หนูเจริญกุล ประคอง
 อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุชวัฒน์นะ (2532) แปลจากฉบับจริงของแอนโทนอนอฟสกี

การให้คะแนนเรียงตามลำดับ 1-7 ตำแหน่ง เลข 1 และ เลข 7 จะมีความหมายในลักษณะ
 ตรงกันข้าม ส่วนเลข 2-6 จะบ่งชี้ความน้อยหรือมากของความรู้สึกนึกคิด โดยขึ้นอยู่กับข้อความใน
 ตำแหน่งเลข 1 และ เลข 7 เป็นหลัก

ข้อความทางบวก 16 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 26, 28 และ
 29 โดยตำแหน่งเลข 1 ให้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และตำแหน่งเลข 7 ให้ 7 คะแนน
 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ข้อความทางลบ 13 ข้อ ได้แก่ 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 และ 27 โดย
 ตำแหน่งเลข 1 ให้ 7 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และตำแหน่งเลข 7 ให้ 1 คะแนน
 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ข้อความวัดความสามารถในการทำความเข้าใจ (Comprehensibility) 11 ข้อ ได้แก่ 1, 3,
 4, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24

ข้อความวัดความสามารถในการบริหารจัดการ (Manageability) 10 ข้อ ได้แก่ 2, 6, 9,
 13, 18, 20, 23, 25, 27, 29

ข้อความวัดความสามารถในการให้ความหมาย (Meaningfulness) 8 ข้อ ได้แก่ 7, 8, 11,
 14, 16, 22, 26, 28

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 29-203 คะแนน และกำหนดระดับความเข้มแข็งในการมองโลก ดังนี้ (กานดา พูนลาภทวี, 2539)

29 – 87 คะแนน แสดงว่า มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ

88 -145 คะแนน แสดงว่า มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง

146-203 คะแนน แสดงว่า มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง

3. แบบวัดการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาที่ดัดแปลงจากแบบวัดการเผชิญปัญหาของสุภาพ อารีเอื้อ (2540) ซึ่งแปลจากแบบวัดการเผชิญปัญหาของจาโลวิก (Jalowiec Coping Scale, 1988) มีจำนวน 36 วิธี โดยแบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 แบบ จำนวน 36 ข้อ ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ การจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ และการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคอง 14 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 ถึง 5

การให้คะแนน คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีนั้นเลย

คะแนน 2 หมายถึง ใช้วิธีนั้นนานๆ ครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง

คะแนน 4 หมายถึง ใช้วิธีนั้นบ่อยๆ

คะแนน 5 หมายถึง ใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้ง

ข้อความวัดการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) 13 ข้อ ได้แก่ 5, 10, 11, 15, 16, 17, 22, 27, 28, 29, 31, 32, 34

ข้อความวัดการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotion coping) 9 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 4, 6, 12, 13, 19, 21, 23

ข้อความวัดการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคอง (Palliative coping) 14 ข้อ ได้แก่ 2, 7, 8, 9, 14, 18, 20, 24, 25, 26, 30, 33, 35, 36

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน และกำหนดระดับการเผชิญปัญหา ดังนี้ (กนกพร สุคำวัง, 2540)

ตั้งแต่ 36-83 คะแนน แสดงว่า เผชิญปัญหาได้น้อย

มากกว่า 83-87 คะแนน แสดงว่า เผชิญปัญหาได้ปานกลาง

มากกว่า 87 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า เผชิญปัญหาได้ดี

การพิจารณาว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญปัญหาลักษณะใดนั้น ใช้ค่าคะแนนรายข้อมาพิจารณา นำมาจัดอันดับโดยรวม หากการเผชิญปัญหาลักษณะใดมีมาก และเป็นอันดับต้นๆ หมายถึงมีการใช้การเผชิญปัญหาแบบนั้นมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือ แอนโทนอฟสกี ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการนำแบบวัดนี้ไปใช้ในงานวิจัย 26 ฉบับ กับกลุ่มตัวอย่างชาวอิสราเอล อเมริกา แคนาดา และอื่นๆ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ระหว่าง .82-.95 (Antonovsky, 1993: 725-733) สมจิต หนูเจริญกุล ประคอง อินทรสมบัติ และพรณวดี พุฒวัฒนะ (2532: 169-190) ได้แปลแบบวัดชุดนี้เป็นภาษาไทยแล้วใช้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลประจำการ 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .85 และศึกษาในกลุ่มอาจารย์พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ตรวจการจำนวน 230 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .90 ต่อมา กังสตาล สุทธีวิสิทธ์ (2535) ได้ใช้แบบวัดนี้ทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 146 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .90 และกนกพร สุคำวัง (2540) ได้ปรับแบบสอบถามให้คำตอบมีลักษณะที่เห็นด้วย (1) และไม่เห็นด้วย (7) เพื่อให้ผู้สูงอายุ สามารถตอบได้ง่ายขึ้น โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .90 และเมื่อนำไปใช้ใน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .93 เพียงดาว จุลบาท (2551) ได้นำแบบสอบถามซึ่งดัดแปลง ปรับปรุงโดย กังสตาล สุทธีวิสิทธ์ (2535: 89) มาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .88

1. การหาความตรง (Validity) การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกและแบบวัดการเผชิญปัญหา ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วย

แพทย์อายุรกรรมโรคเบาหวาน	1 คน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน	1 คน
อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล	1 คน

ขั้นที่ 1 นำแบบสอบถามพร้อม โครงร่างวิจัยซึ่งมีคำนิยามของตัวแปรที่ศึกษาให้ผู้เชี่ยวชาญที่ผู้วิจัยเรียนเชิญพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามของตัวแปรซึ่งกำหนดไว้ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
 - 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมาก
 - 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย
 - 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน แจกแจงตามระดับความคิดเห็น

4 ระดับ

- ขั้นที่ 3 รวมจำนวนคำถามข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4
- ขั้นที่ 4 หากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป

จากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผลการตรวจสอบพบว่า แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ 0.93 และแบบวัดการเผชิญปัญหามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ 0.97 ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา นำข้อมูลมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค โดยนำแบบสอบถามไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลราชบุรี ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2552 จำนวน 30 ราย ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่า แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และแบบวัดการเผชิญปัญหาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักในสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างและจรรยาบรรณนักวิจัยโดยได้ดำเนินการดังนี้

1. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล

2. กลุ่มตัวอย่างมีอิสระ และมีเวลาในการตัดสินใจให้ข้อมูล รวมทั้งสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ได้รับ
3. จัดหาสถานที่ในการเก็บข้อมูลที่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่จะทำได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถานที่ภายในห้องพักและหน้าห้องพักเจ้าหน้าที่ห้องตรวจอายุรกรรม
4. เก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ การเสนอหรืออภิปรายข้อมูลในรายงานวิจัย แสดงลักษณะภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
5. ผ่านการพิทักษ์สิทธิ์จากคณะกรรมการพิทักษ์จริยธรรมของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 จากนั้นทำการเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. พบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐมที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย
3. ขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อบริการที่จะได้รับจากโรงพยาบาล พร้อมแจ้งให้ทราบว่า ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น
4. เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยขอธิบายให้ผู้ป่วยทราบวิธีการตอบแบบสอบถามจนผู้ป่วยเข้าใจ จึงให้ตอบแบบสอบถาม 3 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบวัดการเผชิญปัญหา กรณีผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้เอง ผู้วิจัยจะอ่านคำถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบเองอย่างอิสระ
5. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันที จะใช้แบบสอบถามเฉพาะที่มีความสมบูรณ์
6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติที่วางแผนไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มตัวอย่าง
2. คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก และคะแนนการเผชิญปัญหา
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน



Christian University of Thailand

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlation research) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 350 ราย นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 350 ราย จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค และระดับน้ำตาลในเลือด ดังแสดงในตารางที่ 1, 2 และ 3

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ และระยะเวลาที่รักษาโรค

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=350)	ร้อยละ
อายุ		
21-30 ปี	3	0.90
31-40 ปี	14	4.00
41-50 ปี	43	12.30
51-60 ปี	100	28.60
61-70 ปี	114	32.60
71-80 ปี	66	18.90
81 ปีขึ้นไป	10	2.90
อายุต่ำสุด = 21 ปี	อายุสูงสุด = 92 ปี	
อายุเฉลี่ย = 60.91 ปี	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.55	
ระยะเวลาที่รักษาโรค		
ต่ำกว่า 1 ปี	38	10.90
1-5 ปี	145	41.40
5 ปีขึ้นไป	167	47.70
ระยะเวลาที่รักษาโรคต่ำสุด = 1 เดือน		
ระยะเวลาที่รักษาโรคสูงสุด = 40 ปี		
ระยะเวลาที่รักษาโรคเฉลี่ย = 7.59 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.13		

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 92 ปี อายุเฉลี่ย 60.91 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.55 และกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีอายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 32.60 รองลงมา มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 28.60 ระยะเวลาที่รักษาโรคสูงสุด 40 ปี ระยะเวลาที่รักษาโรคต่ำสุด 1 เดือน ระยะเวลาที่รักษาโรคเฉลี่ย 7.59 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.13 และกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีระยะเวลาที่รักษาโรคมานานกว่า 5 ปี จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 47.70

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=350)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	118	33.70
หญิง	232	66.30
สถานภาพสมรส		
โสด	17	4.90
คู่	215	61.40
หม้าย	84	24.00
หย่า	11	3.10
แยกกันอยู่	23	6.60
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	28	8.00
ประถมศึกษา	260	74.30
มัธยมศึกษา	39	11.10
ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา	8	2.30
ปริญญาตรีขึ้นไป	15	4.30

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีเพศหญิง 232 คน คิดเป็นร้อยละ 66.30 เพศชาย 118 คน คิดเป็นร้อยละ 33.70 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 61.40 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหม้าย จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 74.30 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=350)	ร้อยละ
น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร		
<90 mg.%	11	3.10
90-130 mg.%	97	27.70
>130 mg.%	242	69.10
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารต่ำสุด = 42 mg.%		
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงสุด = 597 mg.%		
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเฉลี่ย = 169.31 mg.%		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 70.61		
ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ		
< 7 %	101	28.90
7 % ขึ้นไป	249	71.10
ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำสุด = 5.30 %		
ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะสูงสุด = 19 %		
ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเฉลี่ย = 8.54 %		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.27		

จากตารางที่ 3 พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารต่ำสุด 42 mg.% ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงสุด 597 mg.% ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารเฉลี่ย 169.31 mg.% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 70.61 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่า 130 mg.% คิดเป็นร้อยละ 69.10 ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำสุด 5.30 % ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะสูงสุด 19 % ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเฉลี่ย 8.54 % ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.27 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอยู่ในระดับ 7 % ขึ้นไป จำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 71.10

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลกและการ
เผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง (n=350)

ตัวแปร	ช่วง คะแนน	ช่วงคะแนน จาก กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปล ผล
ความเข้มแข็งในการมองโลก	29-203	118-197	171.84	14.32	สูง
การเผชิญปัญหา	36-180	79-121	101.75	7.91	น้อย
-การเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	22-57	35.42	0.30	-
-การจัดการกับอารมณ์	9-45	15-33	23.47	0.16	-
-การจัดการกับปัญหาแบบ ประคับประคอง	14-70	28-56	42.85	0.27	-

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกเท่ากับ 118-197 คะแนน คิดเป็นคะแนนความเฉลี่ยเท่ากับ 171.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.32 มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง และมีช่วงคะแนนการเผชิญปัญหาโดยรวมเท่ากับ 79-121 คะแนน คิดเป็นคะแนนความเฉลี่ยเท่ากับ 101.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.91 มีระดับการเผชิญปัญหาโดยรวมในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้าน กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญปัญหาทุกด้าน โดยใช้การเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคองมากที่สุด คิดเป็นคะแนนความเฉลี่ย 42.85 รองลงมาใช้การเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา และใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	ระดับน้ำตาลในเลือด ขณะอดอาหาร (FPG)	ระดับฮีโมโกลบิน ที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1C)
ความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวม	-.164**	-.194**
-ความสามารถในการทำความเข้าใจ	-.133*	-.163*
-ความสามารถในการบริหารจัดการ	-.181**	-.214*
-ความสามารถในการให้ความหมาย	-.120*	-.137*

*p-value<0.05, ** p-value < 0.01

จากตารางที่ 5 พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.164$, $p\text{-value}<0.01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.194$, $p\text{-value}<0.01$) ความเข้มแข็งในการมองโลกทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ โดยความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.181$, $p\text{-value}<0.01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.214$, $p\text{-value}<0.05$)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	ระดับน้ำตาลในเลือด ขณะอดอาหาร (FPG)	ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาล เกาะ (HbA1C)
การเผชิญปัญหาโดยรวม	-.085	-.004
-การเผชิญหน้ากับปัญหา	-.098	.019
-การจัดการกับอารมณ์	.001	.014
-การจัดการกับปัญหาแบบ ประคับประคอง	-.029	-.023

จากตารางที่ 6 พบว่าการเผชิญปัญหาโดยรวม และการเผชิญปัญหารายด้านของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

Christian University of Thailand

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก กับการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	การเผชิญปัญหา			
	โดยรวม	การเผชิญหน้า กับปัญหา	การจัดการ กับอารมณ์	การจัดการกับปัญหา แบบประคับประคอง
ความเข้มแข็งในการมองโลก โดยรวม	-.114*	.024	-.328**	-.013
-ความสามารถ ในการทำความเข้าใจ	-.149**	-.061	-.284**	.002
-ความสามารถ ในการบริหารจัดการ	-.115*	-.036	-.342**	.061
-ความสามารถ ในการให้ความหมาย	-.035	.170**	-.242**	-.101

*p-value<0.05, **p-value<0.01

จากตารางที่ 7 พบว่าการเผชิญปัญหาโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.114$, $p\text{-value}<0.05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการทำความเข้าใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.149$, $p\text{-value}<0.01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.115$, $p\text{-value}<0.05$) การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการให้ความหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.170$, $p\text{-value}<0.01$) การเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมและความเข้มแข็งในการมองโลกทั้ง 3 องค์ประกอบ



Christian University of Thailand

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlation research) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การวิจัยครั้งนี้ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 8 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครปฐม โดยจำนวนประชากรที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 มีจำนวน 2,694 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนของกลุ่มตัวอย่างได้มาจาก ตารางการประมาณขนาดตัวอย่างของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ขนาดตัวอย่างตามระดับความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550: 560) ได้การประมาณขนาดตัวอย่าง 345 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเป็นผู้ที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด รวม 350 ราย สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 92 ปี อายุเฉลี่ย 60.91 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.55 และกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีอายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 114 คน คิดเป็น ร้อยละ 32.60 รองลงมามีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 28.60 ระยะเวลาที่รักษาโรคสูงสุด 40 ปี ระยะเวลาที่รักษาโรคต่ำสุด 1 เดือน ระยะเวลาที่รักษาโรคเฉลี่ย 7.59 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.13 และกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีระยะเวลาที่รักษาโรคมกกว่า 5 ปี จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 47.70 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีเพศหญิง 232 คน คิดเป็น ร้อยละ 66.30 เพศชาย 118 คน คิดเป็นร้อยละ 33.70 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 61.40 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหม้าย จำนวน 84 คน คิดเป็น

ร้อยละ 24.00 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 74.30 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10 และกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่า 130 mg.% จำนวน 242 คน คิดเป็น ร้อยละ 69.10 มีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ 7 % ขึ้นไป จำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 71.10 ผลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาระดับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 4 ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง โดยทั่วไปความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล ที่จะช่วยเสริมสร้างให้แต่ละบุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่างๆ แหล่งประโยชน์เหล่านั้น ได้แก่ แหล่งประโยชน์ทางกายภาพและชีวเคมี แหล่งประโยชน์ด้านจิตใจ แหล่งประโยชน์ด้านโครงสร้างทางสังคม และแหล่งประโยชน์ด้านวัฒนธรรม ศาสนา ปรัชญา ความเชื่อ ซึ่งอาจมาจากตนเองหรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และผู้ป่วยมีความคุ้นเคยหรือให้ความไว้วางใจ เช่น คู่สมรส บุตร หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ จากผลการศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60.91 ปี และกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีอายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 32.60 ซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น สุขภาพร่างกายเพิ่งเริ่มเปลี่ยนแปลงสู่วัยสูงอายุ ยังคงสามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร สุคำวัง (2540: 61-105) ที่ทำการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ จำนวน 150 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูง และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 96.70 นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตในรูปแบบต่างๆ มากมาย สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลเหล่านั้น ดังที่แอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1987) กล่าวว่าความเข้มแข็งในการมองโลกพัฒนาขึ้นจากประสบการณ์ชีวิตในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละคน เมื่อพิจารณาด้านโครงสร้างทางสังคม กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 61.40 ซึ่งจัดเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสม ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรส บุตรหลาน และ

ญาติพี่น้อง เป็นแหล่งให้กำลังใจให้สามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง

วัตถุประสงค์ที่ 2 ศึกษาการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่าการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญปัญหาทุกด้านร่วมกัน สอดคล้องกับ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984:153-154) ที่กล่าวว่าในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคลเกิดขึ้นได้ทุกแบบ โดยจะใช้แบบใดมากกว่ากันขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของเดกาซอนและพาร์กเกอร์ (Degazon and Parker, 2007: 151-163) ทำการศึกษาการเผชิญปัญหากับการปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศแถบอเมริกาใต้และแคริบเบียน พบว่า ผู้ป่วยใช้การเผชิญปัญหาทุกแบบ และใช้การเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) มากที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง โดยส่วนใหญ่ใช้การเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคองมากที่สุด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 42.85 รองลงมาใช้การเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา และใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด จากผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่รักษาโรคมามากกว่า 5 ปี จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 47.70 และระยะเวลาที่รักษาโรคเฉลี่ย 7.59 ปี อธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย บางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังร่วมด้วย แม้ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด แต่ไม่สามารถหายป่วยจากโรคอาการแทรกซ้อนและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ยังคงอยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ยอมรับการเจ็บป่วย และใช้การเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคองมากกว่าการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของปราณี มิ่งขวัญ (2542: 61-66) ซึ่งศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ราย โดยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของจาโลวิก พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพร่างกายระยะแรกและระยะหลังมีความเครียดในระดับปานกลาง และทั้งสองกลุ่มมีการใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดทุกแบบ การเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุดคือ การจัดการกับปัญหาแบบประคับประคอง และจากการศึกษาของรจน์เพ็งแก้ว (2551: 36-44) ศึกษาการปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 12 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีความหวังในการฟื้นฟูสภาพจะพยายามคิดวิธีการและปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ และเมื่อพบว่าการฟื้นฟูสภาพเป็นไปได้ช้าหรือไม่ดีขึ้นอีก ผู้ป่วยจะใช้การปรับตัวโดยการทำใจยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สำหรับ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การเกิดโรคแทรกซ้อนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตที่ละเอียดอย่างซ้ำๆ ผู้ป่วยจึงมีการปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ดังเช่นทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการปรับตัว ซึ่งการปรับตัวจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบ และความสามารถของบุคคลในการปรับตัว (Roy and Andrews, 1999: 38) การเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับน้อย และใช้การเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคองมากที่สุด

สมมุติฐานที่ 1 ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างจากผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 4 อยู่ในระดับสูง จากผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 5 พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.164$, $p\text{-value}<0.01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.194$, $p\text{-value}<0.01$) ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานที่ 1 ผลการศึกษาแสดงความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะที่ลดลง กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะจะอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลันด์แมน และนอร์เบิร์ก (Lundmand and Norberg, 1993: 381-386) พบว่า ผู้ที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูง สามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ เมื่อผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น ผู้ป่วยจะสามารถใช้แหล่งด้านทานความเครียดทั่วไปของตนเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ความเครียดลดลงและน่าจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ความเข้มแข็งในการมองโลกจึงเป็นปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง รักษาไม่หาย และต้องรักษาไปจนตลอดชีวิต มีการรับรู้และเข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงหลังการเจ็บป่วย ปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมกับโรคและความเจ็บป่วยที่มีอยู่ สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น ยอมรับและปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาวะที่เกิดขึ้นใหม่ ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด สอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และพิมพา สมพงษ์ (2543: 119-131) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับความวิตกกังวลประจำตัวของนักศึกษาพยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี พบว่า ความ

เข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลประจำตัว นอกจากนี้การปรับตัว การยอมรับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายและวิถีการดำเนินชีวิตต้องอาศัยแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อส่งเสริมให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีและและการเผชิญปัญหาจะช่วย เสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของคาร์ลเซน ฮานีสทาด เมอร์เบอร์ก และบรู (Karlsen, Hanestad, Murberg and Bru, 2004: 53-59) ที่ทำการศึกษ ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากบุคคลากรด้านสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานและการมีสุขภาพจิตดี พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใน ครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีการเผชิญกับโรคเบาหวานได้ดีกว่า และมีสุขภาพจิตดี แหล่งประโยชน์จาก ตนเองและบุคคลอื่นในครอบครัวทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า มีความหมาย และยินดีที่จะเผชิญกับ เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ ไม่เกิดความรู้สึกหวาดกลัวกับสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วหรืออาจ เกิดขึ้นในอนาคต มองเห็นความคุ้มค่าในการดูแลตนเองและมีกำลังใจในการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง และเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีจิตใจที่พร้อมจะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ และสามารถจัดการกับความตึงเครียดได้ เป็นผลให้ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ดีขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดีจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี ได้แม้จะมีโรคประจำตัว สอดคล้องกับแอนโทนอนอฟสกี (Antonovsky, 1982; 1987) ที่กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตว่าเกี่ยวข้องกัน โดยความเข้มแข็งในการ มองโลกเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพและภาวะสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับความ ผาสุกในชีวิต ซึ่งแสดงออกเป็นความรู้สึกเป็นสุข มีความพึงพอใจในชีวิต มีขวัญและกำลังใจ ตลอดจนความรู้สึกในทางที่ดีของบุคคล และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอีริกสัน (Eriksson, 2000: 1393-1397) ได้ศึกษาการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เปรียบเทียบระหว่างความ เข้มแข็งในการมองโลกกับการจัดการภาวะสุขภาพ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกกับการรักษา และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีความสัมพันธ์กันโดยตรง แต่ มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการดูแลสุขภาพของตนเองและ ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ สอดคล้องกับผลการศึกษาของจินดาวรรณ อุดมพัฒนากร (2539: 60) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 60 คน พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเข้มแข็งในการมองโลก ก่อนข้างต่ำและมีการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอึดมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพา ระหว่างกันและการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่าความเข้มแข็งในการมอง โลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอึดมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้าน การพึ่งพาระหว่างกันและการปรับตัวโดยรวมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สอดคล้องกับ

ผลการศึกษาของจันทนา เตชะคฤห (2540: 39-48) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก ความผาสุกในชีวิต และศึกษาความสามารถในการทำงานความผาสุกในชีวิตของความคาดหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 90 คน พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนเฉลี่ยของความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลกและความผาสุกในชีวิตระดับสูง ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิต ความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถร่วมทำนายความผาสุกในชีวิตได้ร้อยละ 42.23 แต่เมื่อพิจารณาผลการตรวจเลือดของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่า 130 mg.% จำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 69.10 และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ 7 % ขึ้นไป จำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 71.10 % จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งอาจเป็นผลจากแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกที่ใช้ในการเก็บข้อมูลยังไม่มีความจำเพาะเพียงพอสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผลตรวจเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

สมมติฐานที่ 2 การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 4 อยู่ในระดับน้อย และจากผลการศึกษาแสดงในตารางที่ 6 พบว่าการเผชิญปัญหาโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ และการเผชิญปัญหารายด้านทั้ง 3 ด้านไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และจากตารางที่ 7 พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญปัญหาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.114$, $p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า จากผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง มีการรับรู้และทำความเข้าใจเหตุการณ์ ปรับตัวและยอมรับสภาวะความเจ็บป่วยได้ และสามารถจัดการกับความตึงเครียดโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ป้องกันความตึงเครียดเปลี่ยนเป็นความเครียด ทำให้มีความเครียดน้อย จึงใช้การเผชิญปัญหาในระดับน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อ (2540: 48-77) ได้ศึกษาความสามารถของความเครียด การเผชิญปัญหาและปัจจัยส่วนบุคคลในการทำนายคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้เกิดข้อจำกัดหรือปัญหาในด้านการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน และความปวด เกิดความเครียด และใช้การเผชิญปัญหาด้านต่างๆ ค่อนข้างต่ำ เนื่องมาจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างก่อให้เกิดผลกระทบที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในระดับต่ำ และมีระดับ

ความเครียดจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาการใช้การเผชิญปัญหาทางด้านกลุ่มตัวอย่าง การใช้การเผชิญปัญหาทุกด้าน โดยการใช้การเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคองมากที่สุด รองลงมาการใช้การเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา และใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลกระทบจากความเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นในระยะเวลาอันสั้น ก่อให้เกิดผลกระทบในระดับต่ำ ส่วนผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งก่อให้เกิดพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ นั้น มีการดำเนินไปอย่างช้าๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ขอมรับการเจ็บป่วย และเกิดระดับความเครียดจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยในระดับต่ำ เมื่อยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพที่ชัดเจน ผู้ป่วยอาจยังไม่ตระหนักถึงผลเสียของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเหล่านั้นว่าเป็นปัญหา ทำให้ผู้ป่วยใช้การเผชิญปัญหาในระดับน้อย หรือผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วการพยายามปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด แต่ภาวะแทรกซ้อนยังคงอยู่ หรือร่างกายอาจมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างช้าๆ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน และใช้การเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคองมากกว่า การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg.% คิดเป็นร้อยละ 69.10 % และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ 7 % ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 71.10 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยแต่ละคนส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี อาจเนื่องมาจากการใช้การเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับปัญหาแบบประคับประคองมากที่สุด ผู้ป่วยขาดความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างจริงจัง รวมทั้งจากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจถึงความเกี่ยวข้องกันระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ทำให้จัดการกับปัญหาไม่ถูกต้อง ให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ขอมรับผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดไม่ว่าจะอยู่ในระดับใด และมองว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงไม่มีผลกระทบหรือมีผลกระทบเพียงเล็กน้อยกับปัญหาสุขภาพ เช่น “น้ำตาลขึ้น เดียวก็ลงเอง” “หมอเพิ่มยาให้ได้” “เดี๋ยวก็ตายแล้ว แต่ตอนนี้ขอให้ได้มีความสุขกับการได้กินของอร่อยๆ เถอะ” เมื่อยังไม่เข้าใจสาเหตุของปัญหาสุขภาพว่าเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง และจัดการกับปัญหาไม่ถูกวิธี ให้ความหมายผิด ไม่เห็นคุณค่าและความคุ้มค่าของการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ผู้ป่วยจึงไม่มีความรู้สึกกังวลหรือเครียดกับผลเลือดที่สูงกว่าปกติ จึงใช้การเผชิญปัญหาในระดับต่ำ และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโดยรวมและรายด้านจึงไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนครปฐม แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนของกลุ่มตัวอย่างได้มาจาก ตารางการประมาณขนาดตัวอย่างของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ขนาดตัวอย่างตามระดับความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550: 560) ได้การประมาณขนาดตัวอย่าง 345 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเป็นผู้ที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด รวม 350 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบวัดการเผชิญปัญหา ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับน้ำตาลในเลือด โดยแจกแจงความถี่ อัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คำนวณช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหาโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. คำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 92 ปี อายุเฉลี่ย 60.91 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.55 และกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีอายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 32.60 รองลงมามีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 28.60 มีระยะเวลาที่รักษาโรคสูงสุด 40 ปี ระยะเวลาที่รักษาโรคต่ำสุด 1 เดือน ระยะเวลาที่รักษาโรคเฉลี่ย 7.59 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.13 และกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีระยะเวลาที่รักษาโรคมานานกว่า 5 ปี จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 47.70 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีเพศหญิง 232 คน คิดเป็นร้อยละ 66.30 เพศชาย 118 คน คิดเป็นร้อยละ 33.70 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 61.40 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหย่า จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 24 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 74.30 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารต่ำสุด 42 mg.% ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงสุด 597 mg.% ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารเฉลี่ย 169.31 mg.% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 70.61 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่า 130 mg.% คิดเป็นร้อยละ 69.10 ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำสุด 5.3 % ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะสูงสุด 19 % ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเฉลี่ย 8.54 % ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.27 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอยู่ในระดับ 7 % ขึ้นไป จำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 71.10

3. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครปฐม มีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญปัญหาในระดับน้อย

4. ความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.164$, $p\text{-value}<0.01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.194$, $p\text{-value}<0.01$) ความเข้มแข็งในการมองโลกทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและ

ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ โดยความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.181$, $p\text{-value}<0.01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.214$, $p\text{-value}<0.05$)

5. การเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้านไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

6. การเผชิญปัญหาโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.114$, $p\text{-value}<0.05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการทำความเข้าใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.149$, $p\text{-value}<0.01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.115$, $p\text{-value}<0.05$) การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการให้ความหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.170$, $p\text{-value}<0.01$) การเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมและความเข้มแข็งในการมองโลกทั้ง 3 องค์ประกอบ

Christian University of Thailand
ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น พยาบาลจึงควรส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยเบาหวานให้สูงขึ้น สร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความตระหนักว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดขึ้นจากสาเหตุใด การดำเนินโรคเป็นอย่างไร การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยสำหรับบุคคลในครอบครัว การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค สามารถจัดการกับปัญหาที่ต้องเผชิญจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานอย่างเหมาะสม มองว่าเป็นความท้าทาย เป็นสิ่งมีคุณค่า และคุ้มค่าที่จะเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยจัดทำเป็นโครงการให้ผู้ป่วยเบาหวาน บุคคลในครอบครัว และผู้ดูแล ทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน นำวิธีการสอนใหม่ๆ และให้ความรู้แก่ผู้ร่วมกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตให้เหมาะสม ทั้งการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ และพฤติกรรมกรดูแลเท้า สร้างเสริมความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว และผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตามแนวทฤษฎีของรอย (Roy's adaptation model) ซึ่งมีความเชื่อว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการปรับตัวทั้งการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะปรับตัวได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน และความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบ ซึ่งบุคคลในครอบครัวและผู้ดูแล ต้องมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยให้ความหมายกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี รู้สึกมีคุณค่า และคุ้มค่าที่จะจัดการกับโรคและการเจ็บป่วย มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป และลดการเกิดความเครียด รวมทั้งเน้นการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหา ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา เพื่อสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง หรือจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก มีการประเมินผลการสอน และความพึงพอใจ แล้วนำไปปรับปรุงวิธีการให้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพเมื่อผู้ป่วยมีความสงสัย ไม่เข้าใจ แนะนำแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยที่สามารถใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ความรู้ ประสบการณ์และความชำนาญในการใช้กระบวนการทางการพยาบาล และมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

2. ด้านการศึกษา

ในการจัดการเรียนการสอน ควรมีเนื้อหาและกิจกรรมที่ช่วยให้นักศึกษาได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริม พัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกแก่ผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน และสามารถส่งเสริม พัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปฏิบัติตนได้เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยใช้การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มากกว่าการเผชิญปัญหาด้านอื่น โดยไม่เกิดความเครียด และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยให้นักศึกษาเข้าร่วมโครงการทำกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วยเบาหวานกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น การเข้าค่ายเบาหวาน

3. ด้านการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้แนวคิดและข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

3.1 ทำการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกให้สูงขึ้น

3.2 ศึกษาเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก เพื่อพิสูจน์ว่าความเข้มแข็งในการมองโลกที่เพิ่มขึ้นหลังได้รับการพัฒนาทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

3.3 ควรมีการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ



Christian University of Thailand

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, สุวรรณิ มหาภายนันท์ และนุจรินทร์ ลภันฑกุล. (2543). ความเข้มแข็งในการมองโลกกับสุขภาพและเครื่องมือในการวัด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 8(1), 12-21.

กนกพร สุคำวัง. (2540). แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กังสดาล สุทธิวีธีสรณ์. (2535). ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กานดา พูลลาภทวิ. (2539). สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : ฟิสิกส์เซ็นเตอร์.

คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและคณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. (2551). ร่างแผนสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. (Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan) พ.ศ. 2550-2559, 1-15.

จันทนา เตชะคฤห. (2540). ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินดาวรรณ อุดมพัฒนากร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิราภรณ์ นพคุณขจร. (2550). การเจ็บป่วยทางจิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากกัมพิบัติคลื่นสึนามิที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือ.

วารสารสวนปรง, 23(1), 1-18.

ชฎานิส ลือวานิช. (2540). บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียดและการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2550). ความรู้เรื่องเบาหวาน. กรุงเทพฯ: บริษัท จูนพับลิชชิ่ง จำกัด.

นาถยา สุธีรวิฑู. (2544). การศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญศรี นุเกตุ, ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา และคณะ. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 3).

นนทบุรี: บริษัทยุทธรินทร์การพิมพ์. (หน้า 203-220).

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4).

กรุงเทพฯ : ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: บริษัทสร้างสื่อ จำกัด.

ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พัชรินทร์ นินทจันทร์ และพิมพ์ สมพงษ์. (2543). การศึกษาติดตามความเข้มแข็งในการมองโลกและความวิตกกังวลประจำตัวนักศึกษาพยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี ระหว่างปีการศึกษา 2537-2540. รามาธิบดีพยาบาล, 6(2), 119-131.

- เพียงดาว จุลบาท. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ภาวนา กิริติยวงศ์. (2444). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ชลบุรี : บริษัท พี.เพรส จำกัด.
- เมตตาภรณ์ พรพัฒน์กุล. (2549). การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (Tight glyceimic control for preventing chronic Diabetic complication). ใน สิริ เชี่ยวชาญวิทย์, บุษยามาส ชิวสกุลยง, เกษตร นิมพลีและชัยยุทธ เจริญธรรม. *อายุรศาสตร์ประยุกต์ เล่ม 4*. เชียงใหม่: ร้านทริก ซิงค์. (หน้า 19-39)
- เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี*, 9(2), 32-37.
- รัชนิ นามจันทรา และสมจิต หนูเจริญกุล. (2543). ความเข้มแข็งในการมองโลก: การวิเคราะห์แนวคิดทางทฤษฎีและทบทวนการวิจัย. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 4(3), 296-312.
- รจน์ เฟื่องแก้ว. (2551). การปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- โรงพยาบาลนครปฐม. (2550). รายงานประจำปีโรงพยาบาลนครปฐม. นครปฐม.
- วชิรวรรณ สุวรรณไตรย์. (2543). ความเข้มแข็งในการมองโลกและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์. (หน้า 222-234)
- วิทยา ศรีดามา. (2550). ตำราอายุรศาสตร์ 3 ประสาวิทยา โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม โรคปอด และทางเดินหายใจ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ รัชฎาจิรา และอรุณศรี เตชะหงส์. (2550). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.
- สุทิน ศรีอภัยพร และวรรณ นิธิยานันท์. (2548). *โรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรค

ข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีพร ธนศิลป์, อารีวรรณ อ่วมธานี และอรพรรณ ลือบุญธวัช. (2546). ผู้ดูแล : การดูแลสุขภาพ.

นครปฐม: เอส พี กราฟฟิค.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). ความเครียดกับการดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.

กรุงเทพฯ: ชนการพิมพ์. (หน้า 95-120)

สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อิศรมบัติ และพรรณวดี พุทธรัดนะ. (2532). สิ่งรบกวนใน

ชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิต

ของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. วารสารพยาบาล, 28(3), 169-190.

โสภิต สุวรรณเวลา และประกาย จิโรจน์กุล.(2548). การวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ:

สร้างสื่อ จำกัด.

เสาวนีย์ จันทรัตน์. (2549). การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลนครปฐม.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ภาษาอังกฤษ

- Amorosa, L.F. and Swee, D.E. (2007). Diabetes Mellitus. In Rakel, R.E., M.D. **Textbook of Family Medicine**. (7th ed.) China: Saunders Elsevier. (p. 989-1020).
- Antonovsky, A. (1982). **Health, Stress and Coping**. (4th ed). San Francisco: Jossey-Bass.
- _____. (1987). **Unraveling The Mystery of Health : How People Manage Stress And Stay Well**. (4th ed.) San Francisco: Jossey-Bass. (p. 129-161).
- _____. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. **Social Science Medicine**, 36(6), 725-733.
- Antonovsky, A. and Saggy, S. (1989). The development of a sense of coherence and its Impact on Responses to stress situation. **Journal of Socialpsychology**, 126, 213-235.
- Buse, J.B. (2003). Diabetes Mellitus and its Complications. In Runge, M.S. (Ed.) **Netter's Internal Medicine**, USA: Icon Learning System. (p. 184-192).
- Degazon, C.E. and Parker, V.G. (2007). Coping and Psychosocial Adaptation to Type 2 Diabetes in older Blacks Born in the Southern US and the Caribbean. **Research in Nursing & Health**, 30,151-163.
- Eriksson, B.S. (2000). Coping with type 2 Diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. **Journal of Advanced Nursing**, 31(6), 1393-1397.
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabucky, K.M., Steele, D., and Matheny, K.B. (2001) Perceived stress and coping resource ability as predictors of life satisfaction in Young, middle-aged, and older adults. **Experimental Aging Research**, 27, 181-196.
- Jaloweic, A. and Powers, M.J. (1981). Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patients. **Nursing Research**, 30(1), 10-15.
- Jaloweic, A., Murphy, S.P. & Power, M.J. (1984). Psychometric Assessment of the Jaloweic Coping Scale. **Nursing Research**, 33(3), 157-161.
- Jaloweic, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jaloweic coping scale. In Waltz, C.F. and Strickland, L. (Ed.) **Measurement of nursing outcome: volumn 1 nursing measuring client outcome**, New York: Springer. (p. 287-308).

- Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B.R., Murberg, T. & Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. **Psychology, HEALTH & Medicine**, 9(1), 53-70.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Pringer.
- Lundman, B. and Norberg, A. (1993). The significance of a sense of coherence for subjective Health in persons with insulin dependent diabetes. **Journal of Advanced Nursing**, 18(3), 381-386.
- McSherry, W.C. and Holm, J.E. (1994). Sense of coherence: Its effects on psychological and Physiological process prior to, during, and after a stressful situation. **Journal of Clinical psychology**, 50,476-487.
- Powers, A.C. (2001). Diabetes Mellitus. In Braunwald, E., et al., **Harrison's Principles of internal Medicine Volumn II**. (15th ed.) New York: McGraw-Hill. (p. 2109-2143).
- _____. (2008). Dabetes Mellitus. In Fauci, A.S. M.D., et al., **Harrison's Principles of internal Medicine Volumn II**. (17th ed.) United State of America: McGraw-Hill. (p. 2275-2304).
- Roy, S.C. and Andrews, H.A. (1999). **The Roy Adaptation Model**. (2nd ed.) Connecticut: Appleton & Lange.
- Sherwin, R.S. (2004). DIABETES MELLITUS. In Goldman, L. & Ausiello, D. (Ed.), **Cecil Textbook of Medicine**. (22th ed.) USA.: International Edition. (p. 1424-1441).
- Weir, S., Donahue, K. and Roederer, M. (2008): Diabetes. In Sloane, P.D., M.D., et al., **Essentials of Family Medicine**. (5th ed) Baltimore: Williams & Wilkins. (p. 227-245).

CTU



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

Christian University of Thailand

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์ประยงค์ เจตน์มงคลรัตน์
อายุรแพทย์ประจำแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม
2. อาจารย์สายไหม ตุ่มวิจิตร
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
3. นางเพ็ญศรี ควรรณิยม
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม



Christian University of Thailand

CTU



ภาคผนวก ข

คำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

Christian University of Thailand

คำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้อย่างนี้

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวนิตยา รอดพลอย พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยพิเศษหลวงพ่อเข้ม 2 โรงพยาบาลนครปฐม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีความประสงค์จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลนครปฐม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหา กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก กับการเผชิญปัญหาและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น เผชิญปัญหาได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีและเกิดความผาสุกในชีวิต

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูลตามแบบสอบถามนี้ ซึ่งมีทั้งหมด 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญปัญหา

ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ หากมีข้อสงสัยโปรดสอบถามดิฉันนิตยา รอดพลอย ได้ที่สำนักบริหารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน โทรศัพท์ 034-229480 ต่อ 1401-2 โทรสาร 034-229499 ในเวลาราชการ คำตอบของท่านมีคุณค่ายิ่งต่อการศึกษาและคำตอบของท่านถือเป็นความลับ จะนำมาใช้วิเคราะห์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

ดิฉันขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....
(นางสาวนิตยา รอดพลอย)

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุลได้รับทราบรายละเอียดของการวิจัย
ที่ได้อธิบายไว้ข้างต้น โดยมีความเข้าใจและยินดี เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ

(.....)

วัน/เดือน/ปี/...../.....



Christian University of Thailand

CTU



ภาคผนวก ค

Christian University of Thailand เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สอบถามวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
สถานที่เก็บข้อมูล โรงพยาบาลนครปฐม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่างและเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคล	สำหรับผู้วิจัย
1. อายุ.....ปี	[]
2. เพศ () ชาย	[]
() หญิง	
3. สถานภาพสมรส	[]
() โสด	
() คู่	
() หม้าย	
() หย่า	
() แยกกันอยู่	
4. ระดับการศึกษา	[]
() ไม่ได้เรียน	
() ประถมศึกษา	
() มัธยมศึกษา	
() ประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรืออนุปริญญา	
()ปริญญาตรี	
() สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	
5. ระยะเวลาที่เป็นโรค.....ปี	[]
6. ผลเลือด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร.....	
ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ.....	



Christian University of Thailand

ข้อ ที่	เนื้อหา	หมายเหตุ
.....	
.....	
28	<p>บ่อยแคไหนดที่ถ่านมืควมรู้สืกวลัองที่ถ่านทำในจืวตประจ่าวันมืควมหมายเพยง น่อยนค?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>บ่อยมาก น่อยมาก หรือ ไมเคยเลย</p>	
29	<p>บ่อยแคไหนดที่ถ่านมืควมรู้สืกวลัองที่ถ่านไมแนจว่าจะสามารถควบคุมอรมนคได้?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>บ่อยมาก น่อยมาก หรือ ไมเคยเลย</p>	

ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญปัญหา

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมเมื่อเกิดปัญหา โปรดตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นเลย

นานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นประมาณ 1-3 ครั้ง ในหนึ่งเดือน

บางครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง

เกือบทุกครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นเกือบทุกครั้ง

ข้อที่	สิ่งที่เกิดขึ้นกับท่าน หรือวิธีการที่ท่านใช้เมื่อมีปัญหา	ไม่ เคย (1)	นานๆ ครั้ง (2)	บาง ครั้ง (3)	บ่อย ครั้ง (4)	เกือบ ทุกครั้ง (5)	หมายเหตุ
1	กังวลใจ						
2	ระบายความเครียดโดยการออกกำลังกาย ออกกำลังกาย						
3	มีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
35	บอกตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย ทุกสิ่งทุกอย่างคง คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น”						
36	ยอมรับสถานการณ์แม้ไม่เป็นไปตามคาดหวัง						

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวนิตยา รอดพลอย
วัน เดือน ปีเกิด	5 ธันวาคม พ.ศ. 2514
สถานที่เกิด	จังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี พ.ศ. 2538 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง มหาวิทยาลัยคริสเตียน พ.ศ. 2553
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษหลวงพ่อแหม่ม 2 โรงพยาบาลนครปฐม

Christian University of Thailand