

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเสนอวรรณคดีและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลและผลที่เกิดขึ้นต่อระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในบทนี้ครอบคลุมเนื้อหาตั้งแต่การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม การมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

ในประเด็นคำจำกัดความของคำว่า "การดูแลตนเอง" มีข้อตกลงจากการประชุมเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน ณ กรุงโคเปนเฮเกนเมื่อ ค.ศ.1975 ว่า คำจำกัดความของคำว่า "การดูแลตนเอง" ควรจะตอบคำถามว่า การดูแลตนเองคืออะไร และจะรู้ได้อย่างไรว่านั่นคือการดูแลตนเอง (Levin, Katz and Holst 1979 : 12) สำหรับในทางการพยาบาลนั้นโอเรม (Orem 1989 : 35) ผู้สร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-Care Theory) ได้กล่าวถึงคำว่า "การดูแลตนเอง" ว่า "การดูแลตนเอง คือ การปฏิบัติกิจกรรมซึ่งบุคคลริเริ่มและปฏิบัติด้วยตนเองเมื่อบุคคลนั้นมีภาวะที่สามารถที่จะควบคุมการปฏิบัติกิจกรรมให้มีประสิทธิภาพได้ เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ" ซึ่งถือว่าเป็นคำจำกัดความของคำว่า "การดูแลตนเอง" ได้ เพราะในคำกล่าวของโอเรมมีการตอบคำถามว่าการดูแลตนเองคืออะไร และสะท้อนให้เห็นการตัดสินใจ นั่นคือการดูแลตนเองใช่หรือไม่ ด้วยการตอบคำถามว่า นั่นคือการปฏิบัติกิจกรรมใช่หรือไม่ การปฏิบัติกิจกรรมนั้นมีเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาวะของผู้ปฏิบัติเองใช่หรือไม่ จึงอาจนำคำจำกัดความ "การดูแลตนเอง" ของโอเรมมาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานได้ว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หมายความว่า การปฏิบัติกิจกรรมซึ่งผู้ป่วยเบาหวานริเริ่มและปฏิบัติด้วยตนเองเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะที่สามารถที่จะควบคุมการปฏิบัติกิจกรรมให้มีประสิทธิภาพได้ เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาวะของตนเอง

ผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคที่เนื่องจากเบตา เซลล์ในตับอ่อนไม่สามารถหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอ การขาดอินซูลินยังผลให้เซลล์ไม่สามารถใช้น้ำตาลให้เป็นพลังงานรวมทั้งไม่สามารถเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นกลัยโคเจนหรือไขมัน น้ำตาลจึงคั่งในเลือดและถูกขับออกมาทางไต (จำลอง

ซูโต 2524 : 49) การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญเพราะหากผู้ป่วยเบาหวานไม่ปฏิบัติตามหลักวิชาการแล้วจะ ได้รับทุกข์ทรมานจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ และอายุไม่ยืนยาวเท่าที่ควร การเกิดโรคแทรกซ้อนของเบาหวานมีทั้งประเภทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและประเภทที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ โรคแทรกซ้อนประเภทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันที่สำคัญมี 2 ประการคือ การหมดสติ และการเกิดโรคติดเชื้อ ส่วนโรคแทรกซ้อนประเภทที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ มีหลายโรค เช่น ต้อกระจก หลอดเลือดตีบแข็ง เส้นประสาทเสื่อม โรคแทรกซ้อนแต่ละประเภทมีกลไกการเกิดดังนี้

การหมดสติของผู้ป่วยเบาหวานที่พบบ่อยที่สุดมีสาเหตุมาจากน้ำตาลในเลือดต่ำและมีสาเหตุมาจากภาวะคีโตแอซิโดสิส การหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดต่ำพบได้จากการที่ผู้ป่วยฉีดอินซูลินหรือรับประทานยารักษาเบาหวานมากเกินไป ไม่ได้ส่วนสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย หัวใจสั่น หน้าซีด มือเท้าเย็น ชีพจรเร็ว และในที่สุดจากการที่ระบบประสาทซาดกลูโคสทำให้ผู้ป่วยซีดและหมดสติหรือมีอาการทางจิตเพื่ออะอะคลุ้มคลั่ง (สันต์ หัตถิรัตน์ และคณะ 2524 : 99, Crigler-Meringola 1984 : 63, Funnel and Mcnitt 1986 : 270) ส่วนการหมดสติที่มีสาเหตุมาจากภาวะคีโตแอซิโดสิสพบได้ในรายชื่อการรักษารักษาโรคเบาหวาน เช่น ฉีดอินซูลินแล้วหยุดฉีด ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสในเลือดไปเผาไหม้ให้เป็นพลังงาน จำต้องใช้ไขมันในการเผาไหม้แทน การเผาไหม้ไขมันมากเกินไปทำให้เกิดแอซิเตที่ร่างกายนำไปสร้างเป็นสารคีโตนกับโคเลสเทอรอล สารคีโตนเมื่อเกิดขึ้นมากทำให้เกิดภาวะกรดคั่ง เรียกว่า คีโตแอซิโดสิส (Ketoacidosis or Ketosis) ทำให้หมดสติ (มานะศรี อิศรางกูร ณ อยุธยา, ในศรีจิตรา บุณาค, บรรณาธิการ 2526 : 2 : 425-430, สันต์ หัตถิรัตน์ และคณะ 2524 : 101-102, อรรพรรณ เรื่องสมบูรณ์ 2530 : 91-92, เปตริเดส และคณะ 2525 : 60-66, 174-183, Crigler-Meringola 1984 : 63, McAdams and Birmingham 1986 : 46-51)

การเกิดโรคติดเชื้อของผู้ป่วยเบาหวานเชื่อว่าสืบเนื่องมาจากร่างกายผู้ป่วยเบาหวานขาดสารอาหาร น้ำ และพลังงาน ทำให้มีความต้านทานโรคต่ำ (สนอง อุณากร 2528 : 78) และเชื่อกันว่าเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการทำลายเชื้อโรคลดลง เพราะภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เลือดมีความหนืดสูง เป็นผลทำให้การเคลื่อนที่ของเม็ดเลือดขาวเพื่อไปทำลายเชื้อโรคเป็นไปได้น้อย และอาจเนื่องจากผนังของหลอดเลือดฝอยหนาและแข็งตัวขึ้น ทำให้เม็ดเลือดขาวเคลื่อนออกจากหลอดเลือดไปยังบริเวณที่มีเชื้อโรครายกั้น (Fitzpatrick

1979 : 1258-1265) โรคติดเชื้อที่พบบ่อยคือโรคติดเชื้อแบคทีเรียและโรคติดเชื้อราที่ผิวหนัง มักจะเกิดในบริเวณซอกอับของร่างกาย เช่น ซอกปาก ซอกขาหนีบ ซอกนิ้วเท้า (คณาจารย์ วิทยาลัยพยาบาล 2525 : 524-525, นพดล นพคุณ, ในศรวิจิตรฯ บุนนาค, บรรณาธิการ 2526 : 234, เปตวิเศษ 2525 : 144-156)

โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ เช่น ต้อกระจก หลอดเลือดตีบแข็ง เส้นประสาทเสื่อม เป็นผลจากกระบวนการโพลีออล (Polyol) และกระบวนการนอเนนไซม์เมติกกลัยโคไซเลชัน (Non-Enzymatic Glycosylation) ในกระบวนการโพลีออล (Polyol) นี้ กลูโคสที่มีระดับสูงในเลือดถูกเปลี่ยนให้เป็นซอร์บิทอล (Sorbitol) ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์อ้อมน้ำไต กระบวนการนี้เกิดขึ้นในเซลล์ประเภทที่กลูโคสผ่านเข้าออกได้ โดยไม่ต้องอาศัยอินซูลิน ได้แก่ เลนส์ของตา ผนังหลอดเลือดใหญ่ สมอง และประสาทส่วนปลาย เซลล์และเนื้อเยื่อของอวัยวะดังกล่าวจึงมีการบวมคั่งน้ำจนโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์และเนื้อเยื่อเสื่อมลง กลายเป็นต้อกระจก หลอดเลือดแดงแข็ง สมองบวม และเส้นประสาทเสื่อม ส่วนกระบวนการนอเนนไซม์เมติกกลัยโคไซเลชัน (Non-Enzymatic Glycosylation) คือกระบวนการที่กลูโคสรวมตัวกับโปรตีน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านโครงสร้างและหน้าที่ของเนื้อเยื่อ เช่น ฮีโมโกลบินที่ถูกน้ำตาลรวมตัว (Glycosylated Haemoglobin) จะปล่อยออกซิเจนให้กับเนื้อเยื่อได้ลดลง โปรตีนของเลนส์ที่ถูกน้ำตาลรวมตัว (Glycosylated Crystallin) จะตกตะกอน ทำให้เกิดต้อกระจก โปรตีนของเซลล์ประสาทที่ถูกน้ำตาลรวมตัว (Glycosylated Tubulin) จะตกตะกอนทำให้การนำกระแสประสาทลดลง คอลลาเจน (Collagen) ที่เป็นส่วนประกอบของผนังหลอดเลือดเมื่อถูกน้ำตาลรวมตัวจะมีความสามารถในการรวมตัวกับอัลบูมิน (Albumin) และอิมมูโนโกลบูลินจี (Immunoglobulin G) ในกระแสเลือด ในกรณีที่มีการรวมตัวกับอัลบูมิน จะทำให้การหนาตัวของผนังหลอดเลือดฝอย นานไปก็เกิดภาวะหลอดเลือดฝอยแข็งและตีบ และในกรณีที่มีการรวมตัวกับอิมมูโนโกลบูลินจีจะทำให้เกิดการอักเสบของกลุ่มหลอดเลือดฝอยในไต ไฟบริน (Fibrin) และไฟบริโนเจน (Fibrinogen) ที่ถูกน้ำตาลรวมตัวจะถูกย่อยด้วยพลาสมิน (Plasmin Enzyme) ลดลง ทำให้เลือดแข็งตัวได้ง่าย เกิดการอุดตันในหลอดเลือด แอลดีแอล (LDL Or Low Density Lipoprotein) ที่ถูกน้ำตาลรวมตัวจะจับกับรีเซปเตอร์ (Receptor) ลดลง การที่แอลดีแอลจับกับรีเซปเตอร์นั้น ทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดเข้าสู่ภายในเซลล์ เป็นการควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เมื่อความสามารถในการจับตัวของแอลดีแอลต่อรีเซปเตอร์เสียไป ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดก็สูงขึ้น โคเลสเตอรอลในเลือดเมื่อมีมากเกินไปจะไปเกาะจับตามผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบง่าย (กอบชัย พัววิไล, ใน

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, บรรณาธิการ 2530 : 2 : 98-104, วาสนา ลือประสิทธิ์กุล และวิทยา ศรีดามา 2529 : 1125-1132, ศรีจิตรา บุญนาค, ใน ศรีจิตรา บุญนาค, บรรณาธิการ 2526 : 2 : 362-368)

ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามกิจกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยยาตามที่แพทย์กำหนด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยอาหาร และการปฏิบัติอื่น ๆ ดังนี้

ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยยา มียาสำหรับควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชนิด คือ ยารับประทานและยาฉีด ยารับประทานแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonyl Ureas) กับยากลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanide) ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียเป็นยาที่กระตุ้นเบตาเซลล์ของตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินและเพิ่มจำนวนเบตาเซลล์ ส่วนยากลุ่มไบกัวไนด์เป็นยาที่ออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยเร่งให้เนื้อเยื่อใช้กลูโคสมากขึ้น ลดการสร้างกลูโคสจากสารอื่นที่ตับ และลดการดูดซึมกลูโคส สำหรับยาฉีดที่ใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคืออินซูลิน อินซูลินที่นิยมใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นชนิดที่ออกฤทธิ์ปานกลาง เช่น เอ็นพีเอชอินซูลิน (NPH Insulin) หรือเลนเตอินซูลิน (Lente Insulin) ใช้ฉีดเข้าใต้ผิวหนังก่อนรับประทานอาหารเช้า 30-60 นาที เพื่อให้อินซูลินออกฤทธิ์พร้อม ๆ กับอาหารที่ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลางนี้ออกฤทธิ์ 2-4 ชั่วโมงหลังฉีด และออกฤทธิ์อยู่ได้นาน 18-24 ชั่วโมง โดยปกติควรเก็บอินซูลินในตู้เย็นอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส แต่อาจเก็บไว้ในที่อุณหภูมิไม่เกิน 30 องศาเซลเซียสได้ ในกรณีที่เก็บไว้ในที่อุณหภูมิไม่เกิน 30 องศาเซลเซียสควรใช้อินซูลินนี้ภายในเวลาไม่เกิน 1 เดือน เพราะในระหว่างนี้มีปฏิกิริยาทางเคมีเกิดขึ้นในอินซูลินเล็กน้อยแต่ฤทธิ์ของอินซูลินยังไม่เปลี่ยนแปลง ห้ามเก็บอินซูลินไว้ในตู้แช่แข็ง เพราะการทำให้แข็งและทำให้ละลายใหม่มีผลทำให้ลักษณะ โครงสร้างของผลึกอินซูลินเปลี่ยนไปและอาจทำให้จับตัวกันเป็นก้อน อัตราการดูดซึมของอินซูลินจากบริเวณที่ฉีดจะช้าลง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามที่ต้องการได้ ภาวะหรือขวดที่เก็บอินซูลินควรจะป้องกันแสงแดดได้ เพราะรังสีอัลตราไวโอเล็ตทำให้โมเลกุลของอินซูลินแตก และฤทธิ์ของอินซูลินในการลดระดับน้ำตาลในเลือดลดลง โดยปกติอินซูลินบรรจุขวด 3 ขนาด คือ 40 หน่วยสากลต่อซีซี 80 หน่วยสากลต่อซีซี และ 100 หน่วยสากลต่อซีซี อินซูลินชนิดที่นำมาใช้มีลักษณะชุ่นจำเป็นต้องคลึงขวดก่อนใช้ โดยทั่วไปนิยมฉีดอินซูลินเข้าใต้ผิวหนังบริเวณต้นขา แขน สะโพก หรือหน้าท้อง เพราะเจ็บน้อยกว่าและมีฤทธิ์อยู่ได้นานกว่าฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ไม่ควรฉีดอินซูลินซ้ำที่เดิมภายในเวลา 4 สัปดาห์ เพราะการฉีดซ้ำที่เดิมอาจทำให้ไขมันตาย เกิดการสะสมของอินซูลินในบริเวณที่ฉีดเดิม ทำให้การซึมผ่าน

ดำเนินอยู่เรื่อย ๆ และเป็นไปอย่างช้า ๆ เมื่อเปลี่ยนตำแหน่งฉีดใหม่ ปริมาณของอินสุลินที่ได้ใหม่รวมกับปริมาณของอินสุลินเดิมที่ได้รับมาก่อนและยังดูดซึมไม่หมด ทำให้ผู้ป่วยมีอินสุลินอยู่ในร่างกายเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ถ้าผู้ป่วยฉีดอินสุลินจะมีอาการลมพิษ บวมแดง แห้ง คันบริเวณที่ฉีด (กลุยา ตันติผลาชีวะ 2527 : 119-125, คณะจารย์วิทยาลัย พยาบาล ไม่ปรากฏ พ.ศ. : 24-35, มณฑิรา ตันท์เกตุร 2526 : 284-316, อรพรรณ มาตังคสมบัติ 2528 : 44-72)

ดังนั้นในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยยา อย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องเก็บยาอินสุลินได้อย่างถูกต้อง ฉีดยาอินสุลินให้แก่ตนเอง ได้ครบขนาดและปราศจากเชื้อ การฉีดต้องจัดระบบไม่ให้ซ้ำตำแหน่งเดิมภายใน 4 สัปดาห์ ดูแลตนเองให้ได้รับอินสุลินทุกวันตรงเวลา และรู้จักสังเกตอาการแพ้ยา

ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยอาหารเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะการที่ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสัดส่วนระหว่างปริมาณพลังงาน ทั้งหมดที่ร่างกายได้รับจากอาหารกับปริมาณพลังงานที่ร่างกายต้องการ ถ้าพลังงานที่ได้รับจากอาหารสูงกว่าความต้องการของร่างกายระดับน้ำตาลในเลือดจะสูง (วลัย อินทรมพรรษ์ 2528 : 107)

ศรีจิตรา บุณาค (ในศรีจิตรา บุณาค, บรรณาธิการ 2526 : 1 : 114-116, 2 : 479-483) ได้ให้คำแนะนำสำหรับใช้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านอาหาร สรุปเป็นหลักการสำคัญได้ 5 ประการ ดังนี้

1. ถ้ามีโรคแทรกซ้อนต้องจัดอาหารให้สอดคล้องกับโรคแทรกซ้อน
2. ใช้น้ำหนักที่ควรจะเป็นเป็นหลักในการคำนวณปริมาณอาหารบริโภคต่อวัน โดยถือเกณฑ์ผู้ใหญ่ที่อยู่เฉย ๆ ต้องการจำนวนแคลอรี 25 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

เกี่ยวกับน้ำหนักที่ควรจะเป็นของคนไทย ประไพ ส.บุรี และคณะ (2526 : 409-413) และสันต์ หัตถิรัตน์ (ในภฤชญา บานชื่น 2527. ภาคผนวก, ในอุดมศิลป์ ศรีแสงนาม 2528 : 205-208) ได้เสนอว่าควรใช้มาตรฐานน้ำหนักของคนไทย เพราะประไพ ส.บุรี และคณะ (2526 : 409-413) ได้วิจัยสำรวจน้ำหนักตัวและส่วนสูงของผู้ใหญ่ไทยปกติ ในปี พ.ศ. 2520-2523 สภาพความปรกติตัดสินจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจสมรรถภาพ การหายใจ และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 2008 คน เป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในเมืองประมาณร้อยละ 15 และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทประมาณร้อยละ 85 สอดคล้องกับลักษณะการกระจายของประชากรชาวไทย เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรชาวไทยได้ตาม

หลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ผู้วิจัยได้วัดสัดส่วนร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการวัดสัดส่วนร่างกายกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ โดยหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิเคราะห์ปรากฏว่า ผู้ใหญ่ไทยทั้งชายและหญิงมีน้ำหนักมาตรฐานน้อยกว่าน้ำหนักมาตรฐานของชาวยุโรปและอเมริกันในความเสี่ยงเดียวกัน ดังนั้นจึงไม่ควรนำเกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักของต่างประเทศมาใช้กับคนไทย ประไพ ส.บุรี และคณะ ได้สร้างน้ำหนักมาตรฐานของคนไทยโดยการแบ่งกลุ่มอายุและหาน้ำหนักเฉลี่ยของผู้ได้รับการสำรวจในช่วงความสูงต่างกัน พบว่าผู้ใหญ่ไทยที่มีอายุ 40-60 ปี มีน้ำหนักมาตรฐานดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 2 แสดงน้ำหนักมาตรฐานสำหรับผู้ใหญ่ไทยอายุ 40-60 ปี จำแนกตามเพศ, และความสูง

ความสูง (เซ็นติเมตร)	กลุ่มอายุชาย		กลุ่มอายุหญิง			
	40 - 60 ปี		40 - 54 ปี		55 - 60 ปี	
175 - 179	62	10	-	-	-	-
170 - 174	64	9	-	-	-	-
165 - 169	61	10	52	6	-	-
160 - 164	57	7	59	9	48	9
155 - 159	54	8	55	10	54	9
150 - 154	51	8	51	8	50	8
145 - 149	-	-	49	8	45	6
140 - 144	-	-	43	5	41	10

(จากประไพ ส.บุรี และคณะ 2526 : 411-412)

แคลอรี	ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ใหญ่ชายที่สูง	ควรเพิ่มแคลอรีให้จากปริมาณแคลอรีเดิมอีก	100-200
แคลอรี	ถ้าหากมีอายุแล้ว หรือเตี้ย หรือเป็นหญิงควรลบออกจากปริมาณแคลอรีเดิม		200-400

ผู้ที่ทำงานเบา ๆ ต้องการจำนวนแคลอรีมากกว่าเมื่ออยู่เฉย ๆ ประมาณร้อยละ 30
ผู้ที่ทำงานปานกลางต้องการจำนวนแคลอรีมากกว่าเมื่ออยู่เฉย ๆ ร้อยละ 50 ส่วนพวกที่ทำงาน
หนักต้องการจำนวนแคลอรีมากกว่าเมื่ออยู่เฉย ๆ ร้อยละ 75

แบ่งสัดส่วนระหว่าง คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน โดยถือเกณฑ์ว่า คาร์โบไฮเดรต
1 กรัม ให้ 4 แคลอรี ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50 ของแคลอรีทั้งหมด
ไม่ควรได้รับคาร์โบไฮเดรตในรูปขนมหวานจัดหรือผลไม้ที่หวานจัด เพราะทำให้น้ำตาลในเลือดสูง
ได้รวดเร็ว แต่ควรได้รับในรูปของแป้งและผักผลไม้ที่ไม่หวานจัด เฉพาะผักและผลไม้ควรได้รับ
ประมาณร้อยละ 13-22 ของคาร์โบไฮเดรตทั้งหมดเพื่อที่จะ ได้วิตามินและเกลือแร่อย่างเพียงพอ
รวมทั้งช่วยให้ไม่หิวบ่อย ไม่ควรได้รับคาร์โบไฮเดรตต่ำกว่า 100 กรัมต่อวัน เพราะอาจทำให้
เกิดภาวะกรดสูงเนื่องจากไม่สมดุลกับการเผาไหม้ไขมัน สำหรับโปรตีน 1 กรัม ให้ 4 แคลอรี
ควรได้รับโปรตีนร้อยละ 12-20 ของแคลอรีทั้งหมด โดยได้รับโปรตีนที่มีคุณค่าสมบูรณ์
(Complete Protein) จากเนื้อสัตว์หรือนมด้วย ส่วนไขมัน 1 กรัม ให้ 9 แคลอรี ร้อยละ 30
ของแคลอรีทั้งหมดควรเป็นไขมัน แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมักมีภาวะไขมันในเลือดสูง
ผู้ป่วยจึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันจากสัตว์และไขมันจากพืชที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก เช่น กะทิ
น้ำมันปาล์ม ควรใช้ไขมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวในเลือดมากเพื่อช่วยลดไขมันในเลือด เช่น น้ำมันข้าวโพด
น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ

จากคำแนะนำของศรีจิตรา บุญภาค ได้ข้อคิดว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดอย่างมีคุณภาพ จำเป็นต้องดูแลตนเองด้วยอาหารให้ได้รับคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน
และจำนวนแคลอรีต่อวัน ในปริมาณที่เหมาะสม โดยควรแบ่งจำนวนมื้ออาหารให้เหมาะสมกับตนเอง
และพยายามรับประทานให้ตรงเวลา ในปริมาณที่คงที่ เพื่อจะได้สัมพันธ์กับการได้รับอินซูลิน

ส่วนการปฏิบัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การป้องกันและ
เตรียมพร้อมที่จะช่วยตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การออกกำลังกาย การดูแลและ
ทำความสะอาดร่างกาย

การป้องกันและเตรียมพร้อมที่จะช่วยตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีความ
สำคัญมากเพราะผู้ป่วยอาจจะถึงแก่ชีวิตได้หากหมดสติ ผู้ป่วยไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์หรือรับประทาน
ยาซาลิไซเลต (Salicylate) เพราะแอลกอฮอล์และซาลิไซเลตทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลด
ต่ำลง ผู้ป่วยต้องสามารถสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรมีน้ำตาลและควรมีบัตรประจำตัว
ผู้ป่วยเบาหวานพกติดตัวด้วยเสมอ ในบัตรประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานควรมีข้อความระบุชื่อของผู้ป่วย
ที่อยู่ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และควรระบุความช่วยเหลือที่ผู้พบเห็นควรกระทำให้แก่ผู้ป่วยเมื่อพบ

ผู้ป่วยไม่รู้สึก ซึ่งได้แก่การจัดการให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหวานหรือรับประทานน้ำตาลโดยเร็ว (คณาจารย์
วิทยาลัยพยาบาล ไม่ปรากฏ พ.ศ. : 42-43, Robertson 1984 : 62)

สำหรับการออกกำลังกายมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเบาหวานเช่นเดียวกัน เพราะการ
ออกกำลังกายทำให้เนื้อเยื่อไวต่ออินซูลินมากขึ้นหรือต้องการอินซูลินน้อยลง และอาหารที่รับประทาน
ได้ถูกนำไปใช้เป็นพลังงานในการออกกำลังกายทันที ปริมาณน้ำตาลในเลือดจึงไม่สูง ทัศนวิทยา
บานชื่น (2527 : 53-54) คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาล (ไม่ปรากฏพ.ศ. : 22-23) เสก
อักษรานุเคราะห์ (ไม่ปรากฏพ.ศ. : 77) อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2528 : 85-91) และ
โรเบิร์ตสัน (Robertson 1984 : 58-63) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย สรุปได้
ว่าผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายในเวลาเดียวกันของแต่ละวัน ให้สัมพันธ์กับเวลารับประทาน
อาหารและเวลานัดอินซูลิน คือ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายระหว่างช่วงเวลาที่อินซูลินออกฤทธิ์
สูงสุด เพราะเป็นเวลาที่น้ำตาลในเลือดต่ำอยู่แล้วจากฤทธิ์ของยา ระยะเวลาที่เหมาะสมกับการ
ออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานคือประมาณ 15-30 นาทีหลังอาหารซึ่งเป็นเวลาที่น้ำตาลในเลือด
อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ไม่ควรออกกำลังกายก่อนอาหาร เพราะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
ได้ง่าย ถ้ารับประทานอาหารน้อยไม่ควรออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายในประเภทที่เหมาะสม
คือ เลือกประเภทของการออกกำลังกายกับตำแหน่งของร่างกายที่ใช้ฉีดอินซูลินให้สอดคล้องกัน
เพราะอวัยวะที่ใช้ในการออกกำลังกายจะมีการดูดซึมของอินซูลินไปใช้งานเร็วขึ้น ซึ่งอาจมีผลให้
ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ ไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่ต้องเดินท่าทางจนเกินขอบเขต
ของธรรมชาติเพราะอาจเกิดบาดเจ็บได้ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและไม่หักโหม คือ
ออกกำลังกายทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง กระทำติดต่อกันนานครั้งละ 30-60 นาที
จึงจะทำให้ร่างกายแข็งแรงที่สุด เมื่อแรกเริ่มออกกำลังกายควรเริ่มทำครั้งละน้อย โดยมีจุดมุ่งหมาย
ทำให้ได้อย่างน้อย 30 นาทีในที่สุด ไม่ออกกำลังกายหักโหมเพราะอาจเกิดอันตรายต่อหัวใจ หรือ
เกิดการบาดเจ็บของเอ็นและกล้ามเนื้อของอวัยวะที่ใช้ในการออกกำลังกาย

เกี่ยวกับการดูแลเท้าและร่างกายทั่วไป คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาล (ไม่ปรากฏ พ.ศ. :
38-39) วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงดี (ในสมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ 2528 :
380-382) กาโรฟาโน (Garofano 1980 : 42-44) และคณะกรรมการที่ปรึกษาโรคเบาหวาน
แห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Diabetes Advisory Board, USA
1983 : 21-25) ได้ให้คำแนะนำ สรุปได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานควรเอาใจใส่ในความสะอาด โดย
เฉพาะบริเวณซอกมอับของร่างกาย เช่น อวัยวะสืบพันธุ์ และเท้า ควรบริหารเท้าทุกวัน ตัดเล็บ
เท้าให้สั้น แช่เท้าด้วยน้ำอุ่นเพื่อกระตุ้นการไหลเวียน และสวมรองเท้าที่พอดีกับเท้า

แม้ว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเบาหวานเองก็ตาม แต่มีผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การกระทำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันยังด้อยคุณภาพดังนี้

ในประเทศไทย เรมวอล นัทส์ศุภวัฒน์ (2524 : 58-83) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการรักษา ความรู้เรื่องโรค และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 200 คน ได้มาโดยวิธีสุ่ม โดยบังเอิญในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง เครื่องมือดังกล่าวมีความตรงตามเนื้อหา เพราะได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา .69 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีค่าความเที่ยงคูเดอร์ริชาร์ดสัน .96 การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาสถานภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นอัตราส่วนร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์โดยใช้สูตรเพียร์สัน จากนั้นคำนวณหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สหคูณระหว่างตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ และสร้างสมการทำนายที่ดีที่สุด โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หาคูณเพิ่มตัวแปรเป็นขั้น ๆ แบบฟอร์เวิร์ดอินคลูชัน (Forward Inclusion) ผลการวิจัยในส่วนของการดูแลตนเองปรากฏว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลตนเองดีร้อยละ 3 มี การดูแลตนเองน้อยร้อยละ 59.5

ในต่างประเทศ คลาร์ค (Clark 1986 : 156A) ได้ศึกษาการใช้ยาอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 82 คน ในรายงานการศึกษานี้มิได้กล่าวถึงวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมิได้กล่าวถึงเครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 43 ใช้ไซริงจ์อินซูลินซ้ำโดยเฉลี่ย 5.9 ครั้งต่อไซริงจ์ ผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าร้อยละ 50 มิได้เก็บอินซูลินในตู้เย็น มีผู้ป่วยร้อยละ 37.5 ที่ล้างมือเป็นประจำก่อนฉีดยา ผู้ป่วยส่วนมากใช้ตำแหน่งฉีดยาไม่เป็นระบบ มีผู้ป่วยร้อยละ 62.5 เท่านั้นที่เลื่อนตำแหน่งฉีดยากรณีที่ตรวจสอบพบว่ามีเลือดเข้ามาในไซริงจ์ มาลิกและวิลเลียม (Malik and Williams 1986 : 44A) ได้ศึกษาความรู้กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 66 คน ในโรงพยาบาลเว็ทราเนอส์แอดมินิสเตรชัน (Veterans Administration Hospital) ประเทศสหรัฐอเมริกา ในรายงานการศึกษานี้มิได้กล่าวถึงวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมิได้กล่าวถึงเครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ในเรื่องการใช้อินซูลินผู้ป่วยร้อยละ 68 ปฏิบัติได้ถูกต้อง ในเรื่องการ

ออกกำลังกายผู้ป่วยร้อยละ 20 ปฏิบัติได้ถูกต้อง ในเรื่องอาหารผู้ป่วยร้อยละ 18 ปฏิบัติได้ถูกต้อง ในเรื่องการตรวจวัดผู้ป่วยร้อยละ 43 ปฏิบัติได้ถูกต้อง ในเรื่องการปรับตัวขณะน้ำตาลในเลือดสูง-ต่ำกว่าปกติผู้ป่วยร้อยละ 9 ที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ความสนใจหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีคุณภาพ

เนื่องจากการพยาบาลคือการประยุกต์ความรู้ที่เป็นทฤษฎี ก่อนที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีคุณภาพนั้น พยาบาลควรทำความเข้าใจธรรมชาติของการดูแลตนเองเสียก่อน โอเรมได้อธิบายธรรมชาติของการดูแลตนเองไว้ในทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-Care Theory) ในคำอธิบายแสดงมโนคติเกี่ยวกับบุคคล มโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม มโนคติเกี่ยวกับสุขภาพ และมโนคติเกี่ยวกับการพยาบาลไว้ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, ในสมพันธ์ พิษีระนันท์, บรรณาธิการ 2528 : 114-169, 2529: 127-159. Fawcett, 1984 : 179-200. Orem 1980 : 1-220)

ในมโนคติเกี่ยวกับบุคคล โอเรมมีความเชื่อเรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า บุคคลผู้มีความสามารถกระทำการดูแลตนเองได้นั้นต้องมีความสามารถที่เฉพาะเจาะจงในการกระทำนั้น ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเป็นไปตามเงื่อนไข อายุ ภาวะพัฒนาการ ประสบการณ์ในชีวิต วัฒนธรรมในสังคม ภาวะสุขภาพ และทรัพยากรที่ทำได้ การดูแลตนเองเป็นการตั้งใจแสดงออกในพฤติกรรมตามที่บุคคลได้ตัดสินใจเลือก เพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ตามที่ตนได้คาดหวังไว้เป็นการล่วงหน้าแล้ว พฤติกรรมการตั้งใจแสดงออกซึ่งการดูแลตนเองเพื่อความสัมฤทธิ์ในผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ล่วงหน้านี้แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นลงมือปฏิบัติตามแผน และขั้นตรวจสอบการกระทำ โอเรมแบ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็นช่วง ๆ 2 ช่วง คือ ช่วงที่หนึ่งเป็นช่วงนำก่อนจะมีการลงมือปฏิบัติและนำมาสู่การตัดสินใจว่าจะกระทำอะไรด้วยจุดมุ่งหมายใด เริ่มต้นด้วยการที่บุคคลรู้จักตนเอง รู้เงื่อนไขในสิ่งแวดล้อม รู้ว่ามีกิจกรรมที่ควรกระทำ รู้วิธีการกระทำกิจกรรมนั้น รู้ผลที่จะได้รับจากการกระทำกิจกรรมนั้น ต้องการที่จะกระทำกิจกรรมนั้น และตัดสินใจเลือกว่าจะกระทำหรือไม่กระทำกิจกรรมนั้น ส่วนช่วงที่สองของการกระทำการดูแลตนเองเป็นช่วงของการวางแผนเพื่อกระทำกิจกรรมและลงมือปฏิบัติตามแผน ในช่วงนี้บุคคลตอบคำถามตนเองว่าจะกระทำกิจกรรมอะไร กระทำอย่างไร ใช้ทรัพยากรอะไร มีทรัพยากรนั้นอยู่หรือไม่ มีความสามารถกระทำได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพตลอดเวลาหรือไม่ มีอะไรเข้ามาแทรกแซงการกระทำหรือไม่ รู้ได้อย่างไรว่ากระทำได้อย่างถูกต้องแล้ว มีกฎเกณฑ์อะไรต้องศึกษาต่อไปอีกหรือไม่ รู้ได้อย่างไรว่าได้รับผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครที่ช่วยเหลือได้บ้าง

ในช่วงนี้บุคคลพยายาม (Effort) ดูแลตนเอง ความพยายามดูแลตนเองคงมีอยู่จนกระทั่งการดูแลตนเองประสบผลสำเร็จ หรือจนกระทั่งประจักษ์ชัดว่าไม่บังเกิดผลใด ๆ หรือพอใจกระทำอย่างอื่น โอเรมเชื่อว่าความพยายามไม่ใช่การสู้แต่เป็นการตั้งใจ ความพยายามเป็นตัวชักนำให้บุคคลมุ่งทำกิจกรรมตามเทคนิคและปรับการกระทำให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ความพยายามทำให้บุคคลริเริ่มและพากเพียรดูแลตนเองให้ประสบผลสำเร็จ ความพยายามเกิดจากการมีความรู้และมีทักษะที่จะกระทำ มีแรงจูงใจให้กระทำ มีพันธะสัญญาว่าจะกระทำ สามารถเคลื่อนไหวดำเนินการ และมีสำนึกในสวัสดิภาวะมากพอที่จะริเริ่มทำการดูแลตนเอง

จากมโนคติเกี่ยวกับบุคคลในทฤษฎีของโอเรม เห็นได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน อาจแตกต่างกันตามระดับความสามารถที่เฉพาะเจาะจงในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ และอาจแตกต่างกันตามอายุ ภาวะพัฒนาการ ประสบการณ์ในชีวิต วัฒนธรรมในสังคม ภาวะสุขภาพ และทรัพยากรที่ทำได้ ในกระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานนั้นผู้ป่วยเบาหวานต้องเลือกสรรเป้าหมายและวิธีการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจง และลงมือปฏิบัติเป็นขั้นตอน คือ วางแผนการปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติตามแผน และตรวจสอบการปฏิบัตินั้น ความพยายามปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายเป็นผลสืบเนื่องมาจากหลายสาเหตุ สาเหตุประการหนึ่งคือ การมีพันธะสัญญาว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น

ในมโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม โอเรมกล่าวไว้เพียงสั้น ๆ ว่า บุคคลเรียนรู้การดูแลตนเองได้ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารภายในสิ่งแวดล้อมทางสังคม ความจำเป็นต้องการทำการดูแลตนเองมีรากฐานมาจากการได้รับการผลักดันจากสิ่งแวดล้อม พยาบาลอาจช่วยบุคคลได้โดยวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการของบุคคลด้านการดูแลตนเอง จูงใจให้บุคคลได้สร้างหรือกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสม รวมทั้งปรับพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

จากมโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในทฤษฎีของโอเรม สรุปได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถเรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล

สำหรับมโนคติเกี่ยวกับสุขภาพ โอเรมระบุว่าสุขภาพเป็นภาวะที่มีลักษณะเป็นหนึ่งเดียวประกอบด้วยสุขภาพด้านกายภาพ จิตใจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสังคมอย่างแยกจากกันได้ สุขภาพดีเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเป็นหนึ่งเดียวที่สมบูรณ์ด้านโครงสร้างและทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม นั่นคือบุคคลมีพลัง มีความแข็งแรง ไม่มีอาการแสดงของโรคหรือความผิดปกติ เมื่อบุคคลไม่สามารถทำการดูแลตนเอง บุคคลนั้นอยู่ในภาวะขาดการดูแลตนเอง เป็นผลให้บุคคลนั้นเกิดความต้องการการดูแลตนเองทางการรักษา (Therapeutic Self-Care Demand) ซึ่งอาจจะเป็นความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป หรือต้องการเกี่ยวกับการดูแลตนเองตาม

พัฒนาการ หรือต้องการเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความต้องการนี้ ต้องมากกว่าความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง โอเรมอธิบายว่า การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นสิ่งปรกติสามัญที่บุคคลจะต้องกระทำตลอดเวลาที่ยังมีชีวิตอยู่ เพื่อสนับสนุนกระบวนการมีชีวิต และเพื่อดำรงรักษา โครงสร้างและการทำหน้าที่ให้อยู่ในระดับปรกติ การดูแลตนเองโดยทั่วไปมี 8 ประการ คือ การดำรงรักษาให้ร่างกายได้รับอากาศอย่างเพียงพอ การดำรงรักษาให้ร่างกาย ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ การดำรงรักษาให้ร่างกายได้รับอาหารอย่างเพียงพอ การดูแลกระบวนการ ชี้นำและกระบวนการรับหลังของร่างกาย การดำรงรักษา ดุลยภาพระหว่างการออกกำลังกาย และการพักผ่อน การดำรงรักษาดุลยภาพระหว่างภาวะสิ้น โดษ กับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การ ป้องกันอันตรายต่อชีวิต ต่อการทำหน้าที่ และต่อสวัสดิภาพ การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ ภายในกลุ่มสังคมตามศักยภาพ ตามข้อจำกัด และตามความต้องการที่จะอยู่อย่างปกติ ส่วนการ ดูแลตนเองตามพัฒนาการเป็นการดูแลตนเองตามกระบวนการพัฒนาการ ตามเงื่อนไขและเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นตามช่วงวัยของชีวิตที่อาจมีผลกระทบต่อภาวะพัฒนาการ การดูแลตนเองตามพัฒนาการมี 2 ประการ ประการแรกคือการสร้างและดำรงรักษาเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สนับสนุนกระบวนการของชีวิต หรือกระบวนการพัฒนาการ ให้มีความก้าวหน้าทั้งทางด้านโครงสร้างและจิตภาวะ ประการที่สอง คือการป้องกันการเกิดสิ่งที่เป็นอันตรายที่มีผลกระทบต่อภาวะพัฒนาการ หรือเอาชนะสิ่งที่จะเป็น อันตรายต่อพัฒนาการ เช่น การขาดการศึกษา การมีปัญหา การปรับตัว เป็นต้น การดูแลตนเอง ตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนออกไป จากสภาพปรกติ มีความพิการ มีความผิดปกติในโครงสร้างและการทำหน้าที่ รวมทั้งเมื่อบุคคล เจ็บป่วย และอยู่ในระหว่างรับการรักษา เพื่อบรรเทาและเพื่อขจัดอาการของโรค การดูแลตนเอง ตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพมี 6 ประการ คือ การแสวงหาและยึดมั่นในการช่วยเหลือทางด้าน การแพทย์ การรู้และใส่ใจในสภาพที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตนอย่างมีประสิทธิภาพตามคำสั่ง การวินิจฉัย โรค ตามแผนการรักษาและฟื้นฟูสภาพ การรู้และใส่ใจหรือควบคุมสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย หรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อร่างกายให้เป็นไปตามมาตรการการรักษา การปรับอัตมโนคติ (Self-Concept) และอัตลักษณ์ (Self-Image) โดยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยหรือความพิการ ยอมรับ สภาพการรักษา เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตประจำวันในสภาพที่เจ็บป่วยและในสถานที่เป็นผลมาจากการ วินิจฉัยหรือการรักษาเฉพาะอย่าง เพื่อให้สามารถพัฒนาตนเองต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง

จากมโนคติเกี่ยวกับสุขภาพในทฤษฎีของโอเรม สรุปได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ปฏิบัติ กิจกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างด้อยคุณภาพ มีความต้องการการดูแลตนเอง ตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

มโนคติเกี่ยวกับการพยาบาล การพยาบาลเป็นบริการช่วยเหลืออย่างหนึ่ง การพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อช่วยบุคคลให้ได้รับการดูแลตนเองด้านการรักษา ช่วยบุคคลให้รับผิดชอบปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองและเพิ่มพูนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง ช่วยครอบครัวให้ช่วยเหลือสมาชิกในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง การพยาบาลมีความสัมพันธ์กับบุคคลบนพื้นฐานแห่งความไม่สมดุลย์ระหว่างความสามารถของพยาบาลในการออกแบบจัดระบบการดูแลตนเองด้านการรักษาให้แก่บุคคลกับความสามารถของบุคคลหรือครอบครัวในการกระทำการดูแลตนเอง ความไม่สมดุลย์ดังกล่าวต้องอยู่ในรูปความสามารถของพยาบาลมากกว่าความสามารถของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลมีความสามารถทัดเทียมกับพยาบาล เมื่อเห็นบุคคลไม่จำเป็นต้องได้รับการพยาบาล วิธีการที่พยาบาลใช้ในการช่วยเหลือบุคคลในการดูแลตนเอง คือ การปฏิบัติให้แทนบุคคลนั้น การชี้แนะแนวทางให้ การประดับประคองด้านร่างกายและจิตใจ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการของบุคคลด้านการดูแลตนเอง และการสอน การปฏิบัติพยาบาลต้องอาศัยความสามารถทางปฏิบัติการและความสามารถทางเทคโนโลยี ความสามารถทางปฏิบัติการคือความสามารถที่จะใช้กระบวนการพยาบาล ส่วนความสามารถทางเทคโนโลยีคือความสามารถในการใช้หนทางที่ทำให้ประสบความสำเร็จในเป้าประสงค์ เทคโนโลยีมี 2 ประเภท คือ เทคโนโลยีทางสังคมหรือระหว่างบุคคล กับเทคโนโลยีทางการควบคุม เทคโนโลยีทางสังคมก่อรูปด้วยการติดต่อสื่อสารที่เหมาะสมกับอายุ ภาวะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ วัฒนธรรมในสังคม การสร้างและดำรงรักษาความสัมพันธ์เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือ การสร้างและดำรงรักษาความสัมพันธ์เพื่อการบำบัดรักษา การช่วยเหลือบุคคลตามข้อเรียกร้อง ตามความสามารถในการทำกิจกรรมและตามข้อจำกัดต่าง ๆ ส่วนเทคโนโลยีทางการควบคุมก่อรูปด้วยการดำรงรักษาและส่งเสริมกระบวนการของชีวิต การควบคุมความนิยมทำหน้าที่ดูแลตนเองทั้งในภาวะมีสุขภาพดีและภาวะมีความเจ็บป่วย การส่งเสริมความเจริญเติบโตและพัฒนาการ และการควบคุมสถานภาพและการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม

กระบวนการพยาบาลของโอเรมแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 เรียกว่า การวินิจฉัย เป็นขั้นที่พยาบาลต้องสืบค้นความต้องการการดูแลตนเองในรูปการรักษาของบุคคล ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และระบุว่าบุคคลนั้นขาดการดูแลตนเองอย่างไร ขั้นที่ 2 เรียกว่า การออกแบบและวางแผน เป็นขั้นที่พยาบาลออกแบบระบบการช่วยเหลือ ระบบทดแทนทั้งหมดใช้ในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองไม่ได้เลย วิธีที่พยาบาลใช้ในการช่วยเหลือผู้รับบริการในระบบนี้คือ กระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดให้ผู้รับบริการ ระบบทดแทนบางส่วนใช้ในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองได้บ้าง ในระบบนี้ผู้รับบริการรับผิดชอบกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองบางส่วน รวมทั้งควบคุมความสามารถในการดูแลตนเองของตนเอง

เพื่อกระทำกิจกรรมให้ได้ วิธีที่พยาบาลใช้ช่วยเหลือผู้รับบริการในระบบริบนี้คือ กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้บางส่วน ให้คำแนะนำ ปรึกษา ประคับประคอง สอน จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาการของบุคคล ระบบประคับประคองและให้การศึกษาใช้ในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการสามารถที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาล ในระบบที่ผู้รับบริการรับผิดชอบ กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งควบคุมการกระทำและพัฒนาความสามารถของตนในการดูแลตนเอง วิธีที่พยาบาลใช้ช่วยเหลือผู้รับบริการในระบบริบนี้คือ ให้คำแนะนำ ปรึกษา ประคับประคอง สอน และจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาการของบุคคล ชั้นที่ 3 ชั้นปฏิบัติการพยาบาลและจัดระบบการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เป็นชั้นที่พยาบาลลงมือปฏิบัติการพยาบาลตามที่ได้วางแผนไว้ รวมทั้งตัดสินใจต่อไปว่า จะให้การช่วยเหลือผู้รับบริการต่อไปอย่างไรผู้รับบริการจึงจะได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

จากมโนคติเกี่ยวกับการพยาบาลในทฤษฎีของโอเรม สรุปได้ว่า ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลต้องอาศัยความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นสำคัญ แต่โอเรมมิได้ให้คำจำกัดความ "กระบวนการพยาบาล" ไว้อย่างเฉพาะเจาะจง

การมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง

เนื่องจากการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้มีความสำคัญมาก และรัฐบาลได้กำหนดเป็นนโยบายว่ารูปแบบการพัฒนาแนวใหม่ของรัฐบาลคือให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง (เทอดพงษ์ ไชยพันธ์ 2529 : 17) และโอเรมได้ระบุว่า พยาบาลต้องอาศัยความสามารถการใช้กระบวนการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ดูแลตนเอง ดังนั้นพยาบาลจึงควรทำความเข้าใจในความหมายของคำ "การมีส่วนร่วม" และ "กระบวนการพยาบาล" เสียก่อน เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

"การมีส่วนร่วม" ตรงกับศัพท์ภาษาอังกฤษว่า "Participation" ในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster 1782) ระบุว่าการมีส่วนร่วมหมายความว่า "การมีส่วนร่วมมือ การเป็นหุ้นส่วนกัน" ส่วนชิตตะสังค์ (Khittasangka 1976 : 8) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมหมายถึงทั้งกายและใจของบุคคลมุ่งเข้าไปผสมผสานกับกลุ่มและปฏิบัติภารกิจที่กำหนดไว้ในแผนงาน นอกจากนี้ เดนนิส (Deines 1981 : 50) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมไว้ว่า "การมีส่วนร่วม

หมายถึง การยินยอมหรือการสนับสนุนให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนงานเพื่อที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ เป็นไปโดยสะดวกยิ่งขึ้น ผลผลิตเพิ่มมากขึ้น"

จากคำจำกัดความข้างต้นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง ทั้งกายและใจของบุคคลที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดแผนการและปฏิบัติการะกิจที่กำหนดไว้ในแผนการเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น จากความหมายที่กล่าวมานี้หมายถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมว่า บุคคลกลุ่มหนึ่งรวมตัวเป็นสมาชิกของกันและกัน มีเป้าหมายที่ร่วมกัน และเพื่อที่จะปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จบรรดาสมาชิกของกลุ่มจำเป็นต้องร่วมกันกำหนดแผนการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในขั้นกำหนดแผนการที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ๆ คือ การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุ การกำหนดวัตถุประสงค์ การแก้ปัญหา การกำหนดวิธีการแก้ปัญหา การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของสมาชิกแต่ละคนในการปฏิบัติการแก้ปัญหา เมื่อมีแผนการแก้ปัญหาแล้ว ต่อจากนั้นสมาชิกทั้งหลายของกลุ่มจะต้องปฏิบัติตามภารกิจตามที่กำหนดไว้ในแผนการ และร่วมกันตัดสินใจว่าแผนการและการปฏิบัตินั้นสำเร็จมากน้อยเพียงใด

สำหรับคำ "กระบวนการพยาบาล" (Nursing Process) มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2527 : 1-16) ได้กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นเสมือนหนทาง หรือเครื่องมือ สำหรับพยาบาลแสดงการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพและเชื่อถือได้ไว้วางใจของผู้รับบริการได้ องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพอนามัยทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2527 : 7-76) ได้กล่าวถึงกระบวนการพยาบาลจิตเวชว่า กระบวนการของการพยาบาลจิตเวช หมายถึงวิธีการปฏิบัติการพยาบาล โดยนำเอาทฤษฎีหลักการหรือมโนคติที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มาประยุกต์ให้เกิดแนวความคิดของตนเองนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการพยาบาลมี 4 ขั้นตอน ขั้นที่ 1 คือการประเมิน ซึ่งประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการวินิจฉัยทางการพยาบาล ขั้นที่ 2 คือการวางแผน ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายและแผนการปฏิบัติสำหรับทีมพยาบาล ขั้นที่ 3 คือการนำแผนไปปฏิบัติ และขั้นที่ 4 คือ การประเมินผล

เพ็ญศรี ระเบียบ (2527 : 20) ได้สรุปว่า กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน วิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ มีระบบ มีขั้นตอนต่อเนื่องกัน คือ มีการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ มีการวินิจฉัย

ปัญหาสุขภาพอนามัย มีการวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา มีการปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และมีการประเมินผลการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายในการแก้ปัญหา และดำรงรักษาภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้

เลนเนต และ เรดแลนด์ (Leonard and Redland 1981 : 1-31) ได้กล่าวถึงกระบวนการพยาบาลว่า กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่มีการกำหนดรูปแบบ โดยเฉพาะเจาะจง เพื่อแสดงความแน่วแน่ เพื่อการวางแผน เพื่อการจัดการและประเมินผลการพยาบาล โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ กระบวนการพยาบาลมี 4 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหา การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล

ชอร์ทริดจ์ (Shortridge 1980 : 63) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลคือวิธีการให้การพยาบาลเป็นระบบและต่อเนื่องกันแก่ผู้รับบริการซึ่งได้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน

จากคำกล่าวถึงกระบวนการพยาบาลที่มีผู้ให้ไว้ข้างต้น สรุปความหมายได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือหรือวิธีการของพยาบาลในการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยนำความรู้ทางทฤษฎี หลักการ มโนคติที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มาประยุกต์ให้เกิดแนวความคิดของตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเป็นที่เชื่อถือและไว้วางใจของผู้รับบริการ วิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินปัญหา เป็นขั้นที่ประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล วินิจฉัยปัญหาและสาเหตุ

ขั้นที่ 2 การวางแผน เป็นขั้นที่ประกอบด้วยกำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ปัญหา

ขั้นที่ 3 การนำแผนไปปฏิบัติ เป็นขั้นของการปฏิบัติกิจกรรมตามกำหนดไว้ในแผนการ

ขั้นที่ 4 การประเมินผล เป็นขั้นที่ประกอบด้วยประเมินปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติ และประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติ

เมื่อเปรียบเทียบความหมายของคำ "การมีส่วนร่วม" และ "กระบวนการพยาบาล" พบว่าการมีส่วนร่วมกับกระบวนการพยาบาลมีความเหมือนกันอยู่แล้ว ในขั้นตอนการปฏิบัติต่าง ๆ แต่ในกระบวนการพยาบาลมีเป้าหมายที่ระบุไว้เฉพาะเจาะจงว่าเพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ ส่วนการมีส่วนร่วมมิได้ระบุเป้าหมายของการมีส่วนร่วมอย่างเฉพาะเจาะจง อย่างไรก็ตาม โดยความเป็นจริงผู้รับบริการทางการพยาบาลย่อมต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองเช่นเดียวกัน เป้าหมายในการแก้ปัญหาทังของพยาบาลและของผู้รับ

บริการทางการแพทย์จึงเป็นเป้าหมายเพื่อประโยชน์ของคนคนเดียวกัน โดยแน่แท้อยู่แล้ว ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการในระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการจึงได้แก่ การมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลของผู้รับบริการนั่นเอง ผู้วิจัยจึงสรุปว่า "การมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาล" หมายความว่า "การที่พยาบาลและผู้รับบริการต่างเป็นสมาชิกของกันและกัน พยาบาลได้ช่วยเหลือให้ผู้รับบริการ ได้มีส่วนร่วม ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการเอง มีขั้นตอนที่พยาบาลและผู้รับบริการต้องร่วมปฏิบัติ 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนการประเมินปัญหา ขั้นวางแผน ขั้นการนำแผนไปปฏิบัติ และขั้นการประเมินผล

และผู้วิจัยเห็นว่า จากความหมายของกระบวนการพยาบาลตามที่กล่าวมา กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญทั้งต่อพยาบาลและผู้รับบริการ ในแง่ที่พยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการรับประกันคุณภาพการแก้ปัญหา เพราะเป็นการปฏิบัติการแก้ปัญหาโดยอาศัยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ผู้ปฏิบัติต้องใช้ความคิดเชิงวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่าอย่างมีเหตุผล ผู้วิจัยจึงสรุปว่าการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลมีความสำคัญ เพราะการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลช่วยให้ผู้รับบริการ ได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างมีเหตุผล นำไปสู่การพึ่งตนเองได้ในที่สุด และเป็นการปฏิบัติที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในปัจจุบัน ดังที่เทอดพงษ์ ไชยนันท์ (2529 : 17) ได้ยืนยันว่า "รัฐบาลได้กำหนดเป็นนโยบายว่า รูปแบบการพัฒนาแนวใหม่ของรัฐบาลคือ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง"

ทฤษฎีการพยาบาลที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลได้แก่ ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมาย (Goal Attainment Theory) ของคิง (King)

ในทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายมีมโนคติเกี่ยวกับบุคคล มโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม มโนคติเกี่ยวกับสุขภาพ และมโนคติเกี่ยวกับการพยาบาลดังต่อไปนี้ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2526 ก : 245-259. ข : 351-355, ในสมพันธ์ พิษุธีระนันท์, บรรณาธิการ 2528 : 372-395, Chinn and Jacobs 1983 : 39, 190-191, Fawcett 1984 : 90-109, Gonot, in Fitzpatrick and Whall 1983 : 221-244, King 1981 : 1-5, 20-26, 62-80, 98-99, 141-153, 176, Meleis 1985 : 232)

มโนคติเกี่ยวกับบุคคล คิงอธิบายว่าบุคคลแต่ละคนมีความเป็นส่วนตัวเป็นของตนเอง เรียกว่า ระบบส่วนบุคคล ในระบบส่วนบุคคลมีมโนคติย่อย ๆ 6 มโนคติ คือ การรับรู้ (Perception) อัตตา (Self) ภาพลักษณ์ (Body Image) การเจริญเติบโตและ พัฒนาการ (Growth and Development) กาละ (Time) และเทศะ (Space)

บุคคลเป็นระบบเปิดจึงมีกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทำให้เกิดระบบที่ใหญ่ขึ้นเรียกว่า ระบบระหว่างบุคคล ในระบบระหว่างบุคคลมีโมเดลย่อย ๆ 6 โมเดลคือ บทบาท (Role) การปฏิสัมพันธ์ (Interaction) การติดต่อสื่อสาร (Communication) การปฏิสัมพันธ์ที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ (Transaction) ความเครียด (Stress) เมื่อกลุ่มบุคคลที่มีความสนใจและมีความต้องการอย่างเดียวกันมารวมกลุ่มกันเป็นองค์กร และได้ใช้การติดต่อสื่อสารสมาคมกันก่อให้เกิดระบบที่ใหญ่ขึ้นไปอีกเรียกว่าระบบสังคม ในระบบสังคมนี้มีโมเดลย่อย ๆ 4 โมเดลคือ องค์กรการ (Organization) อำนาจ (Authority, Power) ตำแหน่ง (Status) การตัดสินใจ (Decision Making)

จึงกล่าวได้ว่าทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายนี้มาจากกระบวนการระหว่างบุคคลของพยาบาลกับผู้บริหาร โมเดลสำคัญที่ใช้ในทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมาย ได้แก่ โมเดลการปฏิสัมพันธ์ การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์ที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ อัดดา บทบาท ความเครียด การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ กาละ และเทศะ แต่ละโมเดลที่นำมาใช้ในทฤษฎีมีคำอธิบายดังนี้

การปฏิสัมพันธ์ (Interaction) คือกระบวนการของการรับรู้และการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลกับบุคคล และระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม มีการแสดงออกโดยพฤติกรรมมาจาและมีใช้วาจา ในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้บริหารต่างฝ่ายต่างนำความรู้ ความต้องการ ความคาดหวัง ประสบการณ์ในอดีต และการรับรู้ของตนเอง ซึ่งแตกต่างกันมาแสดงออกต่อกันเพื่อให้เป้าหมายสัมฤทธิ์

การรับรู้ (Perception) คือกระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของบุคคล การรับรู้ทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มาจากสิ่งแวดล้อมโดยทางประสาทสัมผัสและความจำ การรับรู้ของบุคคลอาจแตกต่างกันได้แม้จะรับรู้ในเรื่องเดียวกัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ได้แก่ สติปัญญา ประสบการณ์ในอดีต ความนึกคิดเกี่ยวกับตน นิสัยกรรมและชีวภาพ ภูมิหลังทางการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม พยาบาลและผู้บริหารควรจะรู้เป้าหมายการสร้างปฏิสัมพันธ์ของอีกฝ่าย การรับรู้ที่ถูกต้องระหว่างพยาบาลกับผู้บริหารนำไปสู่การปฏิสัมพันธ์ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย การรับรู้ที่ถูกต้องตรงตามความจริงตรงกันพยาบาลกระทำได้ด้วย การตรวจสอบกับผู้บริหาร

การติดต่อสื่อสาร (Communication) คือกระบวนการซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ถูกส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง ด้วยการใช้อาสนาพูด ภาษาเขียน และการแสดงกิริยาอาการต่าง ๆ การติดต่อสื่อสารทำให้บุคคลมีส่วนร่วมรับรู้ความคิดและรับรู้ความรู้สึกของอีกฝ่าย นำไปสู่การตั้ง

เป้าหมายที่พึงประสงค์ซึ่งเกิดขึ้นได้ในบรรยากาศที่มีการยอมรับนับถือไว้วางใจในกันและกัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสาร ได้แก่ เป้าหมาย ความต้องการ ความคาดหวัง และวิธีการถ่ายทอด ความคิดความรู้สึกซึ่งมีความเกี่ยวพัน ไปถึงการรับรู้ในบทบาทและเป้าหมายของอีกฝ่าย พยาบาลจำเป็นต้องสื่อสารอย่างเปิดเผยกับผู้รับบริการ ในเรื่องเป้าหมายที่ต้องการให้สัมฤทธิ์ รู้จักฟังและเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการพูดและเปิดเผยความรู้สึกอย่างไว้วางใจ รวมทั้งรู้จักต่อรองประนีประนอม

การปฏิสัมพันธ์ที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ (Transaction) คือขั้นตอนสุดท้ายของการปฏิสัมพันธ์ มีการสัมฤทธิ์ของเป้าหมายเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ การสัมฤทธิ์ของเป้าหมายเกิดขึ้นด้วยการปฏิสัมพันธ์ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารค่านิยมของทั้งสองฝ่าย มีการกำหนดเป้าหมาย และกำหนดวิธีการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่าย

อัตตา (Self) เป็นระบบเปิด เป็นภาวะบุคคลที่ไม่อยู่นิ่ง ประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่ผ่านเข้ามาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะอัตตาอยู่เสมอ อัตตาเป็นภาวะบุคคลที่มีเป้าหมายเพื่อที่จะได้รับการตอบสนอง ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างมีอัตตาแตกต่างกันออกไป ถ้าพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ในฐานะที่ผู้รับบริการเป็นบุคคลหนึ่งจะสามารถช่วยให้ทั้งสองฝ่ายรับรู้ในความต้องการของอีกฝ่าย ได้ถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติที่มีเป้าหมายตรงกันได้ง่ายขึ้น

บทบาท (Role) คือกลุ่มของพฤติกรรมที่คาดหวังจากบุคคลในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของระบบสังคม บุคคลที่มีฐานะหรือตำแหน่งต่างกันย่อมมีบทบาทแตกต่างกันออกไป ถ้าผู้รับบริการมีความคาดหวังตรงกันข้ามกับบทบาทที่พยาบาลกระทำอยู่ จะทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างบทบาทของพยาบาลและบทบาทของผู้รับบริการ ผู้รับบริการก็จะไม่ให้ความร่วมมือในบทบาทที่พยาบาลกระทำอยู่ พยาบาลมีบทบาทช่วยผู้รับบริการในการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมกับสภาพของผู้รับบริการ ช่วยในการตัดสินใจ โดยชี้แนะทางเลือกและวิธีปฏิบัติต่าง ๆ

ภาวะเครียด (Stress) คือภาวะที่ไม่คงที่ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งดุลยภาพของการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ภาวะเครียดมีความเกี่ยวเนื่องกับการแลกเปลี่ยนพลังงานและข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเพื่อความคุ้มครองต้นเหตุของความเครียด พยาบาลเป็นผู้ที่ได้รับการคาดหวังว่าจะช่วยลดความเครียดให้แก่ผู้รับบริการและครอบครัวด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ด้วยการติดต่อสื่อสารให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับสถานการณ์ ช่วยผู้รับบริการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมกับสภาพของผู้รับบริการ

การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Growth and Development) คือการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับเซลล์ ระดับโมเลกุล ระดับพฤติกรรม การเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นไปตามพันธุกรรมและการเรียนรู้จากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลก้าวไปสู่ความมี

วุฒิภาวะและรู้จักตนเองอย่างแท้จริง อายุเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ
บุคคล ได้อายุมาโดยเวลา

กาละ (Time) คือช่วงระยะระหว่างเหตุการณ์หนึ่งกับอีกเหตุการณ์หนึ่ง เป็นการ
เปลี่ยนแปลงจากอดีตมาถึงปัจจุบันและ ไปสู่นาคต เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาย้อนกลับที่เดิมไม่ได้ กาละ
มีความสัมพันธ์กับจังหวะการทำงานของร่างกายมนุษย์ เช่น จังหวะการชั่งถ่าย จังหวะการพักผ่อน
จังหวะการเผาผลาญอาหารในร่างกาย การเปลี่ยนเวลาปฏิบัติกิจกรรมอาจทำให้จังหวะการทำงาน
ของร่างกายบุคคลเปลี่ยนแปลง ไปด้วย

เทศะ (Space) คืออาณาเขตทางกายหรืออาณาเขตทางใจที่บุคคลถือครอบครอง ไม่
ต้องการให้ผู้อื่นล่วงล้ำ เทศะของบุคคลมีความสัมพันธ์กับกาละ ระยะทาง พื้นที่ ประเพณี และการ
รับรู้ ปฏิสัมพันธ์ที่คำนึงถึงเทศะนำไปสู่การตั้งเป้าหมายร่วมกันได้

มโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องกับ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
ของบุคคล สิ่งแวดล้อมภายในกายบุคคลแปลงรูปเป็นพลังงานในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม
ภายนอกซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ตัวต้นเหตุของความเครียดของบุคคลมาจากสิ่งแวดล้อม
สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับบุคคลเพราะว่าบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ในกระบวนการ
ปฏิสัมพันธ์นี้มีการติดต่อสื่อสารเกิดขึ้นอย่างไม่อยู่นิ่งและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง สิ่งแวดล้อมมีความ
สัมพันธ์กับการพยาบาล ในประเด็นที่พยาบาลต้องทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอยู่ภายในสิ่งแวดล้อม
ทางด้านภาวดูแลสุขภาพบุคคล

ส่วนมโนคติเกี่ยวกับสุขภาพ ดึงระบุว่าสุขภาพคือภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เนื่องมาจาก
การปรับตัวต่อความเครียดจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เพื่อให้มีศักยภาพสูงสุด
ในการปฏิบัติบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวัน การเจ็บป่วยคือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากความปกติ
เป็นการเสียดุลยภาพทางด้านชีวภาพ หรือเสียดุลยภาพทางด้านจิตใจ หรือเป็นภาวะที่มีความขัดแย้ง
ทางด้านสังคม พยาบาลปฏิบัติงานวิชาชีพเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความเครียด
จนมีผลกระทบต่อสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือบุคคล ให้ประสบความสำเร็จ ในการปฏิบัติกิจกรรม
ในชีวิตประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับบุคคลเป็นการนำบุคคลไปสู่ภาวะสุขภาพดี
สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททางสังคมได้

และมโนคติเกี่ยวกับการพยาบาล ดึงกล่าวว่า การพยาบาลคือกระบวนการปฏิสัมพันธ์
ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ทั้งสองฝ่ายมีการรับรู้ในกันและกัน มีการร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
ใช้การติดต่อสื่อสารกำหนดวัตถุประสงค์ทำความเข้าใจการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่าย
และนำวิธีการที่เป็นที่ยอมรับนั้น ไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางสุขภาพ ในการปฏิสัมพันธ์ระหว่าง

พยาบาลกับผู้รับบริการนั้น พยาบาลกับผู้รับบริการต่างไม่รู้จักกันมาก่อน พยาบาลมีสิทธิตามกฎหมายในการประกอบวิชาชีพ และผู้รับบริการได้รับบริการจากพยาบาล พยาบาลและผู้รับบริการมีการแสดงออกตอบสนองซึ่งกันและกัน พยาบาลใช้ความรู้และใช้ทักษะติดต่อสื่อสารให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม ผู้รับบริการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับตนและปัญหาต่าง ๆ ที่ตนใส่ใจหรือรับรู้แก่พยาบาล โดยการสื่อสารเช่นนี้ พยาบาลจะสามารถช่วยเหลือผู้รับบริการให้กำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมได้

กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายกับผู้รับบริการ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีการกำหนดเป้าหมายและวิธีการแก้ปัญหาที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้ มีการนำแผนการไปปฏิบัติ และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมดำรงชีวิตประจำวันและการแก้ปัญหาสุขภาพ

จากทฤษฎีการพยาบาลของดิง เห็นได้ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายกับผู้รับบริการ ทั้งสองฝ่ายต่างนำความรู้ ความต้องการ ความคาดหวัง ประสบการณ์ในอดีต และการรับรู้ของตนเองซึ่งแตกต่างกันมาแสดงออกต่อกัน เป้าหมายทางการพยาบาลของพยาบาลสัมฤทธิ์ผลได้ เมื่อพยาบาลและผู้รับบริการได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่อกัน และรับรู้เรื่องต่าง ๆ ตรงตามความเป็นจริง มีการกำหนดเป้าหมายและวิธีการแก้ปัญหาที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้ นั่นคือเป้าหมายทางการพยาบาลสัมฤทธิ์ผล เมื่อพยาบาลให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลนั่นเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาผลงานวิจัยในประเทศไทยและในต่างประเทศ ไม่พบว่าผู้ใดเคยทำวิจัยศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลต่อระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมาก่อน แต่มีผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

มีผลการวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คืองานวิจัยของเรมวอล นัมภ์ศุภวัฒน์ (2524 : 81-97) และงานวิจัยของมาลิกและวิลเลียม (Malik and Williams 1986 : 44A)

เรมวอล นัมภ์ศุภวัฒน์ ได้ศึกษาพบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมที่ระบุว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเป็นไปตามเงื่อนไขอายุ ภาวะพัฒนาการ ประสบการณ์ในชีวิต ภาวะสุขภาพ และ

ร้อยละ 43 ปฏิบัติได้ถูกต้อง ในเรื่องการปรับตัวต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงหรือเพิ่มขึ้น ไม่มีผู้ป่วยคนใดมีความวิตกกังวล แต่มีผู้ป่วยร้อยละ 9 ที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ ไม่ใช่ตัวทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล (ในรายงานการศึกษามีได้ระบุวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมิได้กล่าวถึงเครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูล)

มีผลการวิจัยของฮาร์เปอร์ (Harper) แสดงถึงผลสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ดูแลตนเองโดยอาศัยทฤษฎีของโอเรม แต่ผลสำเร็จนี้ยังไม่สูงถึงระดับเป็นที่น่าพึงพอใจอย่างยิ่ง และผลการวิจัยนี้สนับสนุนผลวิจัยของมาลิกและวิลเลียมว่าความรู้ไม่ใช่ตัวทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

ฮาร์เปอร์ (Harper 1984 : 29-44, Silva 1986 : 5-6) ได้ทดสอบโครงสร้างทฤษฎีของ โอเรม ส่วนที่ระบุว่า การดูแลตนเองเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่บุคคลมีความรู้ที่เฉพาะเจาะจงและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง พยายามใช้กระบวนการหรือเทคโนโลยีที่เฉพาะเจาะจงเพื่อช่วยเหลือบุคคลให้ดูแลตนเอง ฮาร์เปอร์ ได้ทดสอบทฤษฎีนี้โดยศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความเชื่ออำนาจในตน และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิตกับกลุ่มที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ การวิจัยใช้การทดลองแบบมีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม ตัวอย่างประชากรคือผู้สูงอายุผิวดำที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 60 คน ได้มาโดยการอาสาสมัครและถูกแบ่งเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่ม จำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนเกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิต กลุ่มควบคุมได้รับการสอนเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือวัดความรู้ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่าความเที่ยงในการให้คะแนนระหว่างผู้ให้คะแนนรายข้อ (Inter-Rater Reliability) .64-1.00 มีค่าความเที่ยงระหว่างข้อ (Interitem Reliability) .82-.93 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Interclass Correlation Coefficient) .47 มีค่าความเที่ยงในการวัดซ้ำ (Test-Retest Reliability) .92 สำหรับเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจในตนฮาร์เปอร์ได้นำแบบวัดความเชื่ออำนาจในตนของวอลสตัน (Wallston) มาปรับใช้ เครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยงแอลฟา (Alpha Reliability) .72 และมีค่าความเที่ยงในการวัดซ้ำ .72 และฮาร์เปอร์ได้นำแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของวอลสตันมาปรับใช้วัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยให้คณะผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาเสียก่อน เครื่องมือวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองมีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ให้คะแนนรายข้อ .73-1.00 มีค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ .58 มีค่าความเที่ยงในการวัดซ้ำ .94 ฮาร์เปอร์ได้รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเหล่านี้ ไปสอบวัดความรู้และความเชื่ออำนาจในตน สังเกตพฤติกรรมการใช้ยา ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยหาคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่ออำนาจในตน พฤติกรรมการใช้ยา อัตราการใช้ยาผิดพลาด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .002 มีความเชื่ออำนาจในตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .004 แต่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างไปจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และมีอัตราการใช้ยาผิดพลาดไม่แตกต่างไปจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ นั่นคือ ผลการทดลองของฮาร์เปอร์บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องตามที่ผู้ป่วยรู้ สอดคล้องกับผลวิจัยของมาลิกและวิลเลียม ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของเรมวาล นักศัลยกรรม ที่พบว่าความรู้เรื่อง โรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

มีผลการวิจัยที่สนับสนุนว่าระดับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลจะเพิ่มขึ้น ได้หากบุคคล ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาล ได้แก่ ผลการวิจัยของคิง (King) โคเอน (Coen) และ ผลการวิจัยของฟิชเชอร์และคณะ (Fisher and others) ดังนี้

คิง (King 1981 : 141-157) ได้ทดสอบทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายเพื่อค้นหา คำตอบว่า ในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้รับบริการมีอะไรเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่นำไปสู่ การปฏิบัติตามวิธีการที่เป็นที่ยอมรับที่ทำให้เป้าหมายประสบความสำเร็จ (What Elements In Nurse-Patient Interaction Lead to Transaction) มีความสัมพันธ์อะไรในระหว่าง องค์ประกอบพื้นฐานที่นำไปสู่การปฏิบัติตามวิธีการที่เป็นที่ยอมรับที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย (What Are The Relationships Between The Elements In The Interactions That Lead To Transaction?) ในการปฏิบัติตามวิธีการที่เป็นที่ยอมรับที่ทำให้บรรลุเป้าหมายมีอะไรเป็นตัวแปรที่จำเป็นขาดมิได้ (What Are The Essential Variables In Nurse-Patient Interaction That Result In Transaction?) การรวบรวมข้อมูลในการวิจัยใช้วิธี สังเกตการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้รวบรวมข้อมูลเป็นนักศึกษาในระดับ บัณฑิตศึกษาจำนวน 4 คน ที่ได้รับการฝึกหัดสังเกตแล้ว การสังเกตดำเนินการไปเป็นคู่ ๆ คือ ผู้สังเกตคนหนึ่งสังเกตพฤติกรรมวาจา และผู้สังเกตอีกคนหนึ่งสังเกตพฤติกรรมที่ไม่ใช่วาจา ทดสอบค่าความเที่ยงในการสังเกตได้เท่ากับ .90 ตัวอย่างประชากรคือพยาบาลและผู้ป่วย อาสาสมัครที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลนั้น จำนวน 17 คู่ การสังเกตพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์

ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการกระทำในระหว่างเวลา 09.00-11.00 น. ผลการศึกษาปรากฏว่าองค์ประกอบพื้นฐานการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้รับบริการที่นำไปสู่การปฏิบัติตามวิธีการที่เป็นที่ยอมรับที่ทำให้เป้าหมายประสบความสำเร็จได้แก่ การแสดงออกต่อกัน การมีปฏิริยาตอบสนองต่อกัน การบอกเล่าความทุกข์ความผิดปกติ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่าย การค้นหาวิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การเห็นพ้องยอมรับในวิธีการที่จะปฏิบัติ และการปฏิบัติตามวิธีการที่เป็นที่ยอมรับ และได้คำตอบว่าในระหว่างองค์ประกอบพื้นฐานเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน คือ การแสดงออกต่อกัน การมีปฏิริยาตอบสนองต่อกัน การบอกเล่าความทุกข์ความผิดปกติ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่าย การค้นหาวิธีการปฏิบัติ การเห็นพ้องยอมรับในวิธีการที่จะปฏิบัติ เหล่านี้เป็นตัวแปรอิสระหรือเป็นตัวแปรสำหรับพยากรณ์ กล่าวคือถ้าเกิดตัวแปรเหล่านี้ แล้วคาดหวังได้ว่าการปฏิบัติตามวิธีการที่เป็นที่ยอมรับเพื่อให้บรรลุเป้าหมายจะเกิด การปฏิบัติตามวิธีการที่เป็นที่ยอมรับเป็นตัวแปรตาม สำหรับตัวแปรจำเป็นในการปฏิบัติตามวิธีการที่เป็นที่ยอมรับที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การมีการรับรู้ตรงความจริง การสื่อสารที่เพียงพอ และการตั้งเป้าหมายที่เป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่าย

ผลการทดสอบทฤษฎีของคิงสอดคล้องกับข้อสังเกตในงานวิจัยของโคเอนและฟิชเชอร์และคณะ และบ่งชี้ว่าถ้าพยาบาลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลแล้วเป้าหมายจะสัมฤทธิ์ กล่าวคือ โคเอน (Coen 1981 : 3385B) ได้ทดลองนำครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชเข้ามาร่วมในการวางแผนการพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ในรายงานการศึกษาที่มีได้กล่าวถึงวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมิได้กล่าวถึงเครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูล การทดลองนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียงหนึ่งกลุ่มและใช้เป็นกลุ่มทดลอง จากผลทดลองโคเอนให้ข้อสังเกตว่า การให้ครอบครัวเข้ามาร่วมในการวางแผนการพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงระยะหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว สำหรับฟิชเชอร์และคณะ (Fisher, et al. 1986 : 20A) ได้ทดลองให้ผู้ป่วยเบาหวานลดน้ำหนักตัวโดยวิธีเข้าโครงการลดน้ำหนักตัว 12 สัปดาห์ ในรายงานการศึกษาที่มีได้กล่าวถึงวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมิได้กล่าวถึงเครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูล การทดลองนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 กลุ่ม จำนวน 6 คน ใช้เป็นกลุ่มทดลอง เขาสังเกตพบว่าผู้ที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักตัวเป็นผู้ที่เข้าร่วมประชุมในโครงการ และเป็นผู้ที่ใช้แบบฟอร์มจัดอาหารประจำวันมากกว่าผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จ เขาจึงให้ความเห็นว่า ความสำเร็จในการลดน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเบาหวานน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเข้ามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการปฏิบัติ รวมทั้งต้องมีความรับผิดชอบที่จะปฏิบัติให้สำเร็จด้วย

จากวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานส่วนใหญ่นั้นเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงและผลตามที่เกิดขึ้น โดยกลไกหลายวิธี ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามกิจกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยยา การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันและการเตรียมพร้อมที่จะช่วยตนเอง เมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง-ต่ำกว่าปกติ การดูแลและทำความสะอาดร่างกาย แต่โดยความเป็นจริงในปัจจุบันมีผลการวิจัยยืนยันว่า ความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานยังด้อยคุณภาพ ข้อมูลเหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยสนใจหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถกระทำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีคุณภาพ โดยใช้วรรณคดี เรื่องการปฏิบัติตามกิจกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแนวทาง ในการสร้างเครื่องมือวัดระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

จากคำจำกัดความการมีส่วนร่วมและกระบวนการพยาบาล และจากทฤษฎีของคิงและโอเรม ผู้วิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างธรรมชาติของการดูแลตนเองกับกระบวนการพยาบาลว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ โดยตนเอง ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มขึ้นเมื่อบุคคลนั้นมีวุฒิภาวะสามารถที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมนั้น ให้มีประสิทธิภาพได้ เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาวะของตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติตามกิจกรรมดูแลตนเองของบุคคลเป็นไปตามเงื่อนไขอายุ ภาวะพัฒนาการ ประสบการณ์ในชีวิต วัฒนธรรมในสังคม ภาวะสุขภาพ และทรัพยากรที่ทำได้ การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพเป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนออกไปจากสภาพปกติ มีความพิการ มีความผิดปกติในโครงสร้างและการทำหน้าที่ รวมทั้งเมื่อบุคคลเจ็บป่วยและอยู่ในระหว่างรับการรักษาเพื่อบรรเทาและเพื่อขจัดอาการของโรค การดูแลตนเองเป็นผลมาจากที่บุคคลมีพันธะสัญญาว่าจะกระทำ และในการปฏิบัติตามกิจกรรมใด ๆ เพื่อการดูแลตนเอง บุคคลย่อมกระทำเป็นขั้นตอน คือ มีการวางแผนการปฏิบัติตามกิจกรรม มีการลงมือปฏิบัติตามตามแผน มีการติดตามตรวจสอบประเมินผลการปฏิบัติตามกิจกรรมนั้น การพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อช่วยบุคคลให้เพิ่มพูนความสามารถและรับผิดชอบปฏิบัติตามกิจกรรมดูแลตนเองเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของบุคคลผู้ั้น กระบวนการพยาบาลที่พยาบาลใช้ในการช่วยเหลือบุคคลให้ดูแลตนเองแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือขั้นที่ 1 สืบค้นและวินิจฉัยการขาดการดูแลตนเอง ขั้นที่ 2 วางแผนการช่วยเหลือ โดยออกแบบกระบวนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความสามารถในการปฏิบัติตามกิจกรรมดูแลตนเองของบุคคลผู้ั้น ขั้นที่ 3 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนและจัดระบบการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลเป็นวิธีหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้

สร้างพันธะสัญญากับพยาบาลว่าผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามกิจกรรมอะไรบ้าง อย่างไร เมื่อไร ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองและกระบวนการพยาบาลของ โอเรมมีสาระการเรียงลำดับสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน คือ มีการประเมินปัญหา วางแผน นำแผนไปปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ บุคคลสามารถเรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล ในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างฝ่ายต่างมีระบบส่วนบุคคลเป็นของตนเอง ทั้งสองฝ่ายต่างนำความรู้ ความต้องการ ความคาดหวัง ประสบการณ์ในอดีต และการรับรู้ของตนเองซึ่งแตกต่างกันมาแสดงออกซึ่งกันและกันเพื่อที่จะให้เป้าหมายของตนสัมฤทธิ์ เป้าหมายทางการพยาบาลของพยาบาลจะสัมฤทธิ์เมื่อพยาบาล-ผู้รับบริการได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่อกัน เพื่อรับรู้เรื่องต่าง ๆ ตรงตามความเป็นจริง มีการกำหนดเป้าหมายและวิธีการแก้ปัญหาที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้ นั่นคือเป้าหมายทางการพยาบาลสัมฤทธิ์ เมื่อพยาบาลให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลนั่นเอง และเพราะการมีส่วนร่วมทำให้การเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติสะดวกง่ายขึ้น ผลผลิตเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลจึงน่าจะมีระดับการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาล

ผู้วิจัยเห็นว่า จากกรอบการวิเคราะห์ทฤษฎีตามที่กล่าวมาสามารถแสดงข้อเสนอทางทฤษฎีได้ดังนี้

1. การดูแลตนเองเป็นผลสืบเนื่องมาจากการมีพันธะสัญญาว่าจะกระทำการดูแลตนเอง (Orem 1980 : 81-82)
2. การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจเป็นขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นวางแผน ขั้นลงมือปฏิบัติการตามแผน และขั้นตรวจสอบการปฏิบัติการ (Orem 1980 : 28, 77)
3. บุคคลเรียนรู้การดูแลตนเองได้ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารภายในสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Orem 1980 : 28)
4. พยาบาลกำหนดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการเพื่อให้บรรลุความต้องการในการดูแลตนเอง โดยใช้กระบวนการหรือเทคโนโลยีที่มีความเฉพาะเจาะจง (Orem 1980 : 30)
5. ถ้าพยาบาลและผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์ที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ (พยาบาลให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาล) เป้าหมายที่ตั้งไว้จะบรรลุ (King 1981 : 149)

จากข้อเสนอ 5 ประการข้างต้นที่ได้จากการวิเคราะห์ และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำข้อเสนอมาแปลงรูปเป็นสมมติฐานเพื่อการวิจัยดังนี้

1. ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลจะสูงกว่าก่อนการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาล
2. ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลจะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาล



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย