

พฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว

ธีรนนท์ วรรณศิริ*

บทคัดย่อ

เบาหวานเป็นโรคที่มีภาวะซับซ้อนต้องดูแลระยะยาวมีผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อระบบหลอดเลือดทั้งเล็กและใหญ่ในร่างกาย การลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง โดยมีสมาชิกในครอบครัวสนับสนุน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 30 ครอบครัว เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นค่าร้อยละและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว มีดังนี้ 1) การพึ่งพาไปเป็นเพื่อนพบแพทย์ตามนัด หรือเข้ารับส่ง 2) ช่วยเหลือในกิจกรรมที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพ 3) เตือนใจผู้ป่วยให้มีความสำคัญกับภาวะแทรกซ้อน 4) การจัดการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยปรุงอาหารที่มีวัตถุดิบในชุมชน มีผักเป็นส่วนประกอบ อาหารรสไม่หวาน ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพของร่างกาย เตือนการรับประทานยาเป็นครั้งคราว การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความรักใคร่ผูกพันกันในครอบครัว 5) การยอมรับความจริงและการปรับตัว 6) เพศภาวะมีผลต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ในฐานะคู่สมรสและบุตรสาว โดยครอบครัวคาดหวังให้ผู้หญิงเป็นผู้ดูแลเนื่องจากเชื่อว่าหน้าที่การดูแลควรเป็นหน้าที่ของผู้หญิงตามวัฒนธรรมไทย และผู้ดูแลมีภาระอื่นที่ต้องทำ

ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้สามารถดูแลได้ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มากขึ้นเพื่อลดภาระการดูแลของผู้หญิงในครอบครัวและปรับเปลี่ยนค่านิยมให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเป็นผู้ดูแลที่ผู้หญิงและผู้ชายสามารถทำได้เช่นเดียวกัน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ ผู้ดูแล/ พฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแล

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Caregiving Behaviors of Family Caregivers for Diabetes Mellitus Patients

Theranun Wannasiri^{*}

Abstract

Diabetes mellitus is a multifactorial disease that requires long-term care since it involves major changes in both physical and psychosocial dimension of patients. It is a major problem leading to complications affecting both small and large blood vessels. To reduce the chances of developing long-term complications, patients need quality self-care activities involvement providing supportive behaviors. This qualitative research aims to study the effect of provision of family support for diabetes mellitus-affected patients with regard to self-medication. Thirty (30) families consisting of diabetes mellitus-diagnosed patients and their caregivers were selected using purposive sampling. In-depth interview and non-participatory observation were also used in collecting data. Data were characterized using descriptive statistics and content analysis.

The caregiving behaviors examined fell into 6 main areas: 1) Dependence on companions to meet doctor appointments or to drive and pick-up patients; 2) Caregivers assistance in activities for patients with health limitations; 3) Caregivers warnings to patients of potential danger; 4) Management of self-care of diabetic patients which included cooking food such as raw food with local ingredients, mostly involving vegetables with an absolute abstinence of sweets, exercise to maintain proper physical weight and strength of the body, medication monitoring of the timely intake of medicines, and emotional support and love from other family members; 5) Acceptance of realities and adaptation to them and 6) Most of the caregivers were female; they were the patient's spouse or daughter who was responsible enough to provide care according to gender roles in Thai tradition. In addition to caregiving, Thai females have many other family responsibilities.

Health care providers should support building capacities for diabetes mellitus patients together with family members to control the disease. Moreover, health care providers should assist men with diabetes mellitus to practice self-care to reduce the women's burden in the family and support men and women's access to the caregiving role.

Key words: diabetes mellitus patients/ caregivers/ caregiving behaviors

Article info: Received December 12, 2018; Revised March 22, 2019; Accepted July 4, 2019.

^{*}Assistant Professor, College of Nursing , Christian University of Thailand, Muang District, Nakhonpathom Province, Thailand 73000. E mail: wtranun@hotmail.com

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

เบาหวานเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและโลก การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกของโรคเบาหวานจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ความชุกของผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารสูงพบร้อยละ 15.6 ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 43.2 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนว่าเป็นโรคเบาหวาน¹ แสดงว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการรักษา โรคนี้มีผลต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและประเทศ การรักษาโรคจะได้ผลดีถ้าผู้ป่วยมีส่วนร่วมและกระตือรือร้นต่อการรักษา ผู้ป่วยต้องการแรงจูงใจ ความรู้และยึดมั่นการปฏิบัติที่ซับซ้อน เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยได้แก่การควบคุม เมตาบอลิก ลดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี²

วัตถุประสงค์ในการรักษาโรคเบาหวานได้แก่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการปรับพฤติกรรมเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายที่เหมาะสม การคลายเครียดและการดูแลสุขภาพทั่วไป³ ผลกระทบของโรคทางด้านร่างกาย ได้แก่อาการกระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ตามัว แผลหายช้า ขาตามปลายมือและเท้า⁴ ถ้าผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความผิดปกติที่ไต ระบบ

ประสาท โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต⁵ การควบคุมโรคเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญต้องมีการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยได้แก่การจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามน้ำตาลในเลือด การใช้ยา ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ป่วยเอง โดยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ⁶ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่แบบเป็นทางการ หมายถึงกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ และแบบไม่เป็นทางการ เป็นผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเรียกว่าเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ เป็นผู้ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมมาก่อน ไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนแต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณ หน้าที่ หรือมีความสัมพันธ์ทางการสมรส⁶ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและทางจิตใจรวมทั้งเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยด้วยกัน มีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยึดมั่นในการปฏิบัติ โดยความร่วมมือกันของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ⁷ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวเนื่องจากสภาวะของโรค ความทุพพลภาพ การเสื่อมถอยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อ

ผู้ป่วยในด้านการทำกิจวัตรประจำวันหรือต้องบำบัดโรคในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป การดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับจัดการตนเองและครอบครัว⁸ แนวความคิดของการดูแล ได้แก่ 1) เป็นสภาวะของความเป็นมนุษย์ 2) ความเป็นคุณธรรม 3) เป็นอารมณ์ความรู้สึก 4) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 5) เป็นการปฏิบัติทางการพยาบาล ผลที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่เป็นนามธรรมและการตอบสนองทางร่างกายต่อผู้ป่วย⁹ การดูแลอาจเกิดปัญหาเนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและวิธีการดูแล ปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ระดับความเจ็บป่วย ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเชื่อ ทศนคติ ปัญหาการเงิน และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย⁶ นอกจากนั้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยตรงได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ไตวาย ผู้ที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หรือมีอาการไม่คงที่ต้องนอนโรงพยาบาลบ่อย¹⁰ การดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเป็นหน้าที่ของครอบครัว มีการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี¹¹ และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ และมีความผาสุกด้านจิตใจ อาการทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น¹² ในต่างประเทศได้มีการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลก่อนให้การดูแล ได้แก่ให้ความรู้เรื่องโรค วิธีการควบคุมโรค และสอนให้ผู้ป่วยปรับสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปอย่ารู้เร็ว

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ใช้การจับผิด เปลี่ยนวิถีชีวิตเหมือนกันทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อผู้ป่วยจะไม่โดดเดี่ยว ตั้งเป้าหมายเล็กๆ ร่วมกันกับผู้ป่วยเพื่อไปถึงจุดหมาย ทำงานร่วมกันกับทีมสุขภาพพบแพทย์ตามนัดด้วยกันถามข้อสงสัยในการควบคุมโรค นอกจากนั้นผู้ดูแลควหาสิ่งสนับสนุนตนเองด้วย⁹ ในสหรัฐอเมริกาผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ให้การช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน จัดยา เตรียมอาหาร วิธีการสนับสนุนมีหลากหลาย ได้แก่ทำกิจกรรมให้หรือการให้กำลังใจ ได้แก่ การอ่านรายการอาหารให้ผู้ป่วยฟัง การปรึกษาแพทย์ในเรื่องอาหารร่วมกัน การกระตือรือร้นในการจัดการอาหาร การจัดยา หรือการสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ สิ่งเหล่านี้เป็นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแลตนเอง ส่วนการไม่สนับสนุนของครอบครัวได้แก่เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย¹³

การสำรวจอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ป่วยในต่อแสนประชากรของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจังหวัดนครปฐมเป็นอันดับที่ 9 จาก 44 จังหวัด¹⁴ จากการศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐมโดยการสนทนากลุ่มกับญาติผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่ญาติขาดความรู้เฉพาะต่อโรคเบาหวาน เพราะไม่เคยได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ และไม่ได้ร่วมรับรู้ปัญหาของโรคพร้อมผู้ป่วยจากแพทย์¹⁵ ตำบลโพรงมะเดื่ออำเภอมะเอนก จังหวัดนครปฐมเป็นพื้นที่ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมจะพัฒนาให้เป็นตำบลผาสุก โดยพัฒนาศักยภาพของประชาชนและสุขภาพควบคู่ไป ตำบลนี้มี

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 300 คน¹⁶ มี รพ.สต. 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหุบรัก และตำบลโพรงมะเดื่อ จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการควบคุมโรคเบาหวาน สมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญในการมีส่วนร่วมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดี เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ผู้วิจัยจึงศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคครอบครัวให้มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยดียิ่งขึ้นสืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแลในครอบครัว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแล จะใช้การดูแลตนเองของโอเรม¹⁷ เป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งการดูแลตนเอง เป็นการทำหน้าที่ของบุคคลที่กระทำอย่างจงใจ เพื่อคงรักษาการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ มีการเรียนรู้ในการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาหายได้ ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในการปฏิบัติตนเองอาจมีข้อจำกัด จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจาก

สมาชิกในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของบุคคล ผู้ศึกษาจะประยุกต์ทั้ง 2 แนวคิดนี้มาศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์¹⁸ ซึ่งมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ ได้แก่การให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และความห่วงใย 2) ด้านสิ่งของ ได้แก่การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือเงิน 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ 4) การประเมินสะท้อนคิด ได้แก่การเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการประเมินด้วยตนเองหรือการสะท้อนความคิดของตนเอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาที่เสนอรายละเอียดของการศึกษาด้วยเทคนิคการบรรยาย ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมเนื่องจากเป็นตำบลผาสุกของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยเบาหวาน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันในตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยคัดเลือกครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานอย่างเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่

- 1) อาศัยอยู่ในตำบลโพรงมะเดื่อไม่น้อยกว่า 2 ปี
- 2) สื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย
- 3) ยินดีให้ข้อมูล
- 4) ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ไม่เจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล
- 5) รักษาโรคเบาหวานที่

รพ.สต.บ้านหุบรัก ตำบลโพรงมะเดื่อในระยะแรก และอาจจะย้ายไปรักษาที่อื่นในภายหลัง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ยินดีให้ข้อมูล 4) สื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย

จำนวนครอบครัวผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 ครอบครัว ประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 คน และผู้ดูแล จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลช่วง มีนาคม-ตุลาคม 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เทปบันทึกเสียง 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสัมภาษณ์ทั้งผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล เป็นแนวคำถามที่สอดคล้องกันตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแล จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบภาษาที่ใช้ และนำมาปรับให้เหมาะสม ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแล ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานทำกิจกรรมอะไรบ้างในครอบครัวและปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อควบคุมโรค 2) การดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานทำอย่างไรบ้าง 3) ปัญหาอุปสรรคในการดูแลมีอะไรบ้างและแก้ปัญหาอย่างไร 4) แบบสังเกตทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ 4.1) ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

4.2) สีหน้าและน้ำเสียงขณะให้สัมภาษณ์

4.3) การเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่รพ.สต.บ้านหุบรัก ตำบลโพรงมะเดื่อและนัดพบผู้ป่วยในวันแพทย์นัดตรวจโรคเบาหวาน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอวันสัมภาษณ์ ผู้ดูแลและผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะแยกเก็บข้อมูลแต่ละครอบครัว โดยการสอบถามและสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกๆ ราย รายละเอียด 1-2 ครั้ง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้ายังไม่สมบูรณ์จะเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลอ้อมตัว ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 30 ครอบครัว ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล เก็บข้อมูลช่วง มีนาคม-ตุลาคม 2554

ความน่าเชื่อถือของการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลสามเส้าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ผู้เก็บข้อมูลประกอบด้วยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นอาจารย์คณะครุศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ก่อนเก็บข้อมูลได้ประชุมวิธีการเก็บข้อมูล ชี้แจงแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ให้มีความเข้าใจตรงกัน การเก็บข้อมูลส่วนใหญ่จะนัดไปตรงวันที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่บ้านพร้อมกัน แต่จะแยกถามแต่ละคนโดยลำพัง หรือถ้าไม่อยู่พร้อมกันจะสัมภาษณ์คนใดคนหนึ่งก่อน แล้วนัดอีกคนครั้งต่อไป แบบสัมภาษณ์จะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ผู้สัมภาษณ์จะสังเกตที่อยู่อาศัยและพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และทำทางเดินของผู้ป่วย เมื่อได้ข้อมูลแล้วจะนำข้อมูลมา

วิเคราะห์และอภิปรายร่วมกัน จนมีความเห็นสอดคล้องกัน ผู้วิจัยถอดเทปข้อมูลแต่ละรายและวิเคราะห์ข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย และเก็บเอกสารเพื่อตรวจสอบซ้ำได้

การวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์สาระเนื้อหา การตีความหมายและการให้ความหมายใช้วิธีการตีความหมายโดยพิจารณาความเหมือนและความต่างของข้อมูลโดยจัดหมวดหมู่ที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน พร้อมทั้งให้ความหมายโดยอิงการตรวจสอบกับแนวความคิดและสถานการณ์ในชุมชน

การพัฒนาศิลทธิผู้ป่วย

โครงการวิจัยได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลนครปฐม เลขที่หนังสือรับรอง 013/2011

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และผู้ดูแล

ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลอยู่บ้านเดียวกัน เป็นสามี ภรรยาและบุตร การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยสูงอายุมีจำนวนร้อยละ 53.3 ทำเกษตรกรรมในครอบครัว วัยผู้ใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย ส่วนผู้ดูแลมีอาชีพคล้ายกับผู้ป่วย รับราชการ 1 ราย รายได้ต่อเดือนในครอบครัวมีรายได้ไม่น้อย ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานนานตั้งแต่ 1-15 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเป็นโรค ดังรายละเอียด ในตารางที่ 1

Table1. Demographic data of Diabetes mellitus patients and caregivers

Data	Patients (n=30) Number (%)	Caregivers (n=30) Number (%)
Female	21 (70)	20 (66.7)
Age (years) Mean+ Standard Deviation	59.7± 12.4	41.2 ± 12.9
Married	27 (90)	25 (83.3)
Highest education Level at elementary	23 (76.7)	18 (60)
Occupation by employee, gardener, grocery, official	20 (66.7)	26 (86.7)
Role in family: Husband/wife/ Daughter	25 (83.3)	25 (83.3)
Family Number > 5	17 (56.7)	17 (56.7)
Family income per month ≤ 5,000 baht	19 (70.4)	19 (70.4)
Diabetes duration 1- 15 years	27 (90)	24 (80)

2. ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

ปัญหาสุขภาพในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ก่อนเก็บข้อมูลมีอาการแสดงของโรคจำนวน 21 ราย ได้แก่ ขาตามปลายมือเท้า ตาพร่ามัว ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลียไม่มีแรง ตื่นน้ำมาก น้ำหนักลด เป็นต้น และพบว่ามีความเครียดค่อนข้างมาก แต่ทุกคนอาจพบหลายโรคเรียงลำดับ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง 15 ราย (50%) มองเห็นภาพลดลงเป็นต่อกระจก 12 ราย (40 %) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 7 ราย (23.3 %) เป็นโรคเกาต์ ไตวายและโรคหัวใจอย่างละ 1 ราย และผู้ป่วยหญิงรูปร่างอ้วนปวดสะโพกเวลาเดิน 1 ราย

3. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ญาติผู้ดูแลในครอบครัว เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนใหญ่ให้การดูแลในสิ่งที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ หรือผู้ป่วยสูงอายุบุตรหลานจะปรนนิบัติดูแลเรื่องอาหาร ที่นอน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทำกิจกรรมในครอบครัว เหมือนกับที่เคยทำก่อนรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ การทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ทำเกษตรกรรม หรือค้าขาย เป็นต้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงซึ่งดูแลในบทบาทของเมียและลูกสาว ดูแลผู้ชายที่ป่วยตามแนวทางยึดถือของสังคมไทยในบทบาทเพศภาวะที่เป็นหญิง ส่วนผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่จะทำงานนอกบ้าน ได้แก่ อาชีพรับจ้างขับรถ ทำงานก่อสร้าง มักจะเลยในการดูแลตนเอง รวมทั้งไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยที่เป็นผู้หญิงในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงต้องดูแลตนเองเป็นหลัก พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลมีประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

3.1 การพึ่งพาไปเป็นเพื่อนพบแพทย์

ตามนัด หรือเข้ารับส่ง ผู้ป่วยเบาหวานจะไปตรวจที่รพ.สต.ตามแพทย์นัดทุก 1-2 เดือน ขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือด ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถเดินทางไปเองได้ ผู้ดูแลจะขับมอเตอร์ไซด์พาไปตรวจ และจะอยู่เป็นเพื่อนจนตรวจเสร็จ ในกรณีที่ผู้ดูแลต้องไปทำงานจะขับรถมาส่งและจะมารับกลับภายหลังจากรับยาแล้ว หรือผู้ดูแลจะให้ญาติคนอื่นรับส่งผู้ป่วยแทน ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะนั่งรอหน้าห้องตรวจขณะผู้ป่วยพบแพทย์ คิดว่าเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยที่ต้องเข้าไปพบแพทย์เองและปฏิบัติตามตามที่แพทย์บอก ผู้ป่วยจะบอกว่าสมาชิกในครอบครัวไม่รู้จักการปฏิบัติตัวเรื่องโรคเบาหวาน ดังรายละเอียดดังนี้

“บางครั้งก็นั่งรถเมล์ไปตรวจ ถ้าเราไม่ว่าง” (ID23,24)

“ไม่เคยเข้าไปพบแพทย์ด้วย เพราะจะต้องไปถอนผักบ้าง” (ID 2-23, 24)

“ไม่เคยเข้าไปตรวจกับแฟนทำให้ไม่รู้ว่าจะมาบอกให้ทำอะไร”(ID.1,2,12,13,16,22,28-30)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาตรวจตามนัดเพราะกลัวแพทย์หรือพยาบาลไม่พอใจหรือยาใกล้หมด โดยมีผู้ดูแลอำนวยความสะดวกในการเดินทาง

3.2 ช่วยเหลือในกิจกรรมที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงสูงอายุ เดินนานแล้วจะปวดสะโพก จะมีบุตรชายเป็นผู้ดูแลช่วยอำนวยความสะดวกไปซื้อของที่ผู้ป่วยต้องการ ขับรถรับส่งเมื่อจะไปพบแพทย์และถ้าไม่ว่างจะให้ญาติมาแทน ผู้ป่วยเป็นแม่บ้านมีหน้าที่ทำอาหารและทำงานบ้านที่พอทำ

ได้ ผู้ป่วยหญิงอีกรายเป็นโรคเกาต์อยู่กับสามี อาชีพขายของชำที่บ้าน ปวดข้อเป็นบางครั้ง ถ้าวันไหนปวดข้อสามีจะช่วยเหลือโดยออกไปซื้อของมาขายเองตอนเช้า ซึ่งโดยปกติภรรยาจะเป็นผู้ไปซื้อของตัวเอง และผู้ดูแลจะขับรถมาส่งเมื่อแพทย์นัดตรวจโรค ดังรายละเอียด

“แม่ไม่ได้ออกไปข้างนอก ไม่เคยถามว่าเป็นอย่างไร เมื่อไปตรวจจะให้เอาไปส่งเพราะผมไปทำงาน” (ID29)

“ผมจะขับรถไปส่งแฟนที่โรงพยาบาลนครปฐม เพราะแฟนตรวจโรคเกาต์ด้วย และจะรอหน้าห้องตรวจ” (ID1)

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจะมีผู้ดูแลทำกิจกรรมแทน ทำให้ผู้ป่วย ได้รับความสะดวกในการดำรงชีวิต

3.3 เติบโตใจผู้ป่วยให้มีความสำคัญกับภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลบางรายให้ข้อมูลกับผู้ป่วยว่าเป็นโรคเบาหวานมีโอกาสดังภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เพราะมีประสบการณ์ เคยเห็นผู้ป่วยเบาหวานเป็นแผลที่เท้าและถูกตัดเท้าทำให้เกิดความพิการ บางคนเสียชีวิตในเวลาต่อมา ผู้ดูแลจะบอกผู้ป่วยถึงอันตรายถ้ามีแผลที่เท้า แต่ก็ไม่ทราบรายละเอียดในการดูแลเท้า ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะเตือนผู้ป่วยให้ระมัดระวังอย่าให้เท้าเป็นแผล ให้ใส่รองเท้าออกนอกบ้าน ดังรายละเอียด

“อย่าให้เท้าเป็นแผลให้สวมรองเท้าออกนอกบ้านทุกครั้ง” (ID 8,13,17,20,25)

“ระวังอย่าให้เป็นแผล เพราะเห็นป้าเป็นแผลที่ขาต้องตัดนิ้วและเสียชีวิต” (ID 14)

ผู้ป่วยเบาหวานจะจำและปฏิบัติตามที่ผู้ดูแลเตือน เพราะเมื่อเป็นแผลที่เท้าแล้วอาจต้องถูก

ตัดขา เกิดความพิการ ผู้ป่วยจะระมัดระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้า โดยจะใส่รองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน และถ้ามีแผลจะไปโรงพยาบาล

3.4 การจัดการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวานต้องควบคุมโรคเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การช้ยาและจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งต้องมีผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมส่งเสริมพฤติกรรม ดังนี้

3.4.1 ด้านอาหาร ประุงอาหารที่มีวัตถุดิบอยู่ในท้องถิ่นพวกผักผลไม้ รับประทานอาหารหลากหลาย และรสไม่หวาน ในชนบทจะรับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก รับประทานวันละ 3 มื้อ เมื่อถึงเวลาอาหารจะรับประทานด้วยกัน ไม่ค่อยรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือซื้ออาหารสำเร็จ ในชุมชนมีผักหลายชนิด เช่น ผักบุ้ง ถั่วฝักยาว พริก จึงนำมาปรุงอาหารให้มีความหลากหลาย เช่นแกงส้ม ผัดผัก ต้มผักสดจิ้ม น้ำพริก อาหารเป็นเรื่องสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในครอบครัวเกษตรกรกรรมส่วนใหญ่จะปลูกผักบุ้งไว้ขาย และมีพืชผักสวนครัวต่างๆ ไว้ปรุงอาหาร ผู้ทำอาหารได้แก่ผู้ป่วยหรือบุตรสาว จะปรุงอาหารที่หลากหลายโดยมีพืชผักตามฤดูกาลในท้องถิ่น จะปรุงรสไม่หวาน ผู้ดูแลจึงไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร เพราะเป็นอาหารสุขภาพ จะรับประทานอาหารเหมือนกันทั้งครอบครัวเหมือนก่อนป่วย และเชื่อว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ทุกอย่าง สามารถรับประทานเหมือนคนอื่น ๆ ไม่จำเป็นต้องแยกอาหารปรุงต่างหาก สำหรับผู้ป่วยชายจะมีภรรยาและลูกสาวดูแล ผู้ที่ทำงานนอกบ้าน จะควบคุม

อาหารยาก ภรรยาต้องเตือนให้ระมัดระวังอาหารที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง มีรายละเอียดดังนี้

“แม่จะทำอาหารเอง ทำอาหารที่มีอยู่ตามธรรมชาติ” (ID 2)

“แม่ทำอาหารทุกอย่างไม่ค่อยใส่กะทิ” (ID 11)

“กินอาหารทั้ง 3 มื้อ กินทุกอย่างไม่มีของแสด” (ID 5, 24)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ดื่ม น้ำอัดลม เพราะกลัวอันตราย จากการเตือนของแพทย์และผู้ดูแล และรับประทานอาหารรสไม่หวาน ส่วนใหญ่จะปรุงอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ

3.4.2 การออกกำลังกายให้เหมาะสมตามสภาพร่างกายและการประกอบอาชีพครอบครัวที่ทำเกษตรกรรม ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะทำงานในสวนเกือบทั้งวัน กิจกรรมที่ได้แก่ตอนเช้าจะปลูกผักบุ้งและถอนหญ้า ตอนเย็นถอนผักบุ้งเพื่อไปขายช่วงกลางคืน กิจกรรมที่ทำเป็นประจำเช่นนี้ได้ใช้แรงงานทั้งวันเป็นการออกกำลังกาย ส่วนผู้มีปัญหาสุขภาพ จะมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย เช่นผู้ป่วยโรคเกาต์จะปวดข้อผู้ป่วยอ้วนเดินแล้วปวดสะโพก และผู้ป่วยโรคไตวาย ผู้ป่วยเหล่านี้จะทำกิจกรรมเฉพาะในบ้านเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยชายที่ทำงานนอกบ้านรับจ้างขับรถ หรือทำงานก่อสร้างจะใช้แรงงานตามการประกอบอาชีพ ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างเป็นแบบแผน ในครอบครัวที่ผู้ดูแลให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ผู้สูงอายุชายจะออกกำลังกายโดยใช้ไม้พองที่หน้าบ้านตอนเย็นทุกวัน จะมีบุตรสาวรับจ้างเย็บรองเท้าที่บ้านคอยเฝ้าดูแลและเป็นกำลังใจ ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงแม้จะอายุมากแล้ว การออก

กำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนจึงมีความหลากหลาย ดังคำกล่าว

“ปกติแม่ถอนผักบุ้งอยู่แล้ว ทำทั้งวันและเหนื่อยเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว” (ID 7,9,11)

“แม่ไปขายผักบุ้ง 3 ทุ่มถึงเที่ยงคืน และมาปลูกผักบุ้งตอน 6 โมงเช้า และลงแรงกับเพื่อนบ้านจนเย็น” (ID 9)

ผู้วิจัยสังเกตผู้ป่วยสูงอายุออกกำลังกายหน้าบ้านโดยใช้ไม้พอง ออกกำลังกายท่าทางคล่องแคล่ว มีความสุขในการออกกำลังกายถึงแม้จะอายุ 83 ปี แต่ยังคงแข็งแรง เมื่อถึงเวลาตอนเย็นจะต้องมาออกกำลังกายเป็นประจำ

3.4.3 เดือนเรื่องการรับประทานยาเป็นครั้งคราว_ผู้ป่วยทุกคนรับประทานยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด บางคนรับประทานเฉพาะเวลาเช้านอกออกไปทำงาน มีบางคนรับประทานทั้งเช้าและเย็น ผู้ป่วยจะจัดการเรื่องยาเอง บางครั้งอาจจะลืมแต่เมื่อนึกได้ก็จะรับประทานยาทันที ส่วนผู้ดูแลจะรู้ว่าผู้ป่วยต้องรับประทานยาช่วงเช้าหรือเย็นเท่านั้น แต่จะไม่รู้รายละเอียดว่ายามีผลอย่างไร ต้องรับประทานก่อนหรือหลังอาหาร ผลข้างเคียงเป็นอย่างไร คิดว่าเรื่องยาผู้ป่วยจะรู้ดีกว่าใคร ผู้ดูแลไม่เคยดูยาของผู้ป่วยว่าเหลือมากน้อยขนาดไหน เพียงแต่จะถามการรับประทานยาเป็นบางครั้ง ดังมีรายละเอียดดังนี้

“ไม่รู้ว่ายากินตอนไหน เขารู้เองว่าจะกินยาตอนไหน” (ID 7-11, 19-21,23-24, 28,30)

“กินยาหรือยัง...” (ID 1, 16, 22, 26, 29)

ผู้ป่วยจะรับผิดชอบการรับประทานยาเอง ผู้ดูแลเพียงแต่เตือนเป็นบางครั้ง

3.4.4 ด้านอารมณ์ มีความผูกพันรักใคร่กันในครอบครัว ครอบครัวในชนบทส่วนใหญ่จะทำกิจกรรมร่วมกัน ได้แก่ทำเกษตรกรรม การรับประทานอาหาร การพูดคุยกันในครอบครัว โดยเฉพาะในตอนเย็นภายหลังจากรับประทานอาหาร สมาชิกในครอบครัวจะพูดคุยกันเรื่องต่างๆ ไป เช่นปัญหาในครอบครัว การทำมาหากิน หรือสอบถามอาการผิดปกติของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะแสดงความเป็นห่วงและให้ข้อเสนอแนะ การได้ปรับทุกข์กันในครอบครัว ผู้ป่วยจะคลายเครียด ได้ระบายความรู้สึกออกมา หรือเมื่อลูกได้แสดงความรู้สึกเป็นห่วงใยในความเจ็บป่วยทำให้มีความรู้สึกสุขใจ ไม่กังวลเรื่องโรคเพราะมีคนในครอบครัวคอยห่วงใย ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้ต่อสู้กับโรคเพียงคนเดียว มีกำลังใจจากคนในครอบครัว นอกจากนั้นยังได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน หรือเทศกาลทางศาสนา ดังรายละเอียด

“กินอาหารด้วยกัน นั่งคุยกัน ดูทีวี พูดคุยกันเรื่องทั่ว ๆ ไปในบ้าน” (ID 9,16,22,29)

“แม่จะบ่นเรื่องพี่สาว” (ID9, 29)

“แม่ไปนอนโรงพยาบาลไหม หาหมอใหม่ลองดู” (ID19)

การได้พูดคุย หรือปรึกษากันกับสมาชิกในครอบครัว โดยมีบุตร สามิ/ภรรยารับฟังและแสดงความรู้สึกห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยคลายเครียด ลดความกังวลเรื่องโรค และดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

3.5 การยอมรับความจริงและการปรับตัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ bahwaผู้ป่วยเบาหวานเหมือนคนไม่ป่วยเพราะดำรงชีวิตได้ตามปกติ ทำกิจกรรมเหมือนก่อน

เป็นโรคเบาหวาน ได้แก่การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ผู้ดูแลจึงปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนตอนที่ยังไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่ 1-15 ปี มีอาการของโรคเบาหวานเป็นมานานและได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องโรคอย่างผิวเผิน ได้แก่ไม่กินของหวาน ออกกำลังกาย กินยาตามการรักษา แต่รายละเอียดเฉพาะในแต่ละเรื่อง เช่นปริมาณอาหารที่รับประทาน อาหารแลกเปลี่ยนเบาหวาน วิธีการออกกำลังกาย ความหนัก ระยะเวลาในการออกกำลังกาย และรายละเอียดเรื่องยา เป็นต้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคนาน ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป ผู้ดูแลจะเคยชินต่ออาการของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ อาการชาที่เท้า ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ตามัว ผู้ดูแลไม่ได้กังวลในสิ่งที่เกิดขึ้นเพราะผู้ป่วยได้รับการรักษา พบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ส่วนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพอื่นร่วมด้วย ได้แก่ผู้ป่วยโรคเกาต์ ปวดสะโพกเวลาเดินหรือผู้ป่วยโรคหัวใจ ไตวาย จะทำกิจกรรมที่สามารถทำได้ กิจกรรมที่มีข้อจำกัดของโรคผู้ดูแลจะช่วยทำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังทำกิจกรรมเหมือนเดิมมาเป็นเวลาหลายปี ผู้ป่วยขายวัวใหญ่ อาชีพรับจ้างขับรถ ทำงานก่อสร้าง ส่วนวัยสูงอายุจะอยู่บ้านหรือทำเกษตรกรรมกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการทำงานทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ไม่ได้กังวลกับโรค ดำรงชีวิตได้ตามปกติ ดังรายละเอียด

“เขาก็เหมือนปกติ อาหารที่บ้านก็ทำไม่หวานก็กินได้เหมือนกันทุกคน” (ID 1-30)

“เขาดูแลตนเองได้ กินอาหารไม่หวาน จะกินผักมาก ผมไม่เคยแนะนำการออกกำลังกายหรือเรื่องอื่นๆ” (ID 23)

“แม่ทำความสะอาดเองมีห้องนอนส่วนตัว ห้องโถงเย็นสบาย” (ID 5,7,9,11)

ผลจากการที่ผู้ป่วยเป็นเบาหวานที่ยังทำงานได้ตามที่เคยปฏิบัติมา คำนึงกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น มีสมาชิกในครอบครัวดูแลในส่วนที่ไม่สามารถทำได้ ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้และอยู่กับโรคเบาหวานได้ตามปกติ

3.6 ผู้หญิงกับภาระผู้ดูแล ผู้หญิงในครอบครัวส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลความเป็นอยู่ของบุคคลในครอบครัว ทั้งเรื่องอาหาร ความเป็นระเบียบเรียบร้อยในบ้าน ความสะอาด ห้องนอน และดูแลทุกข์และสุขของทุกคนในครอบครัว และถ้ามีบุตรยังเล็กก็ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วย ผู้หญิงต้องทำหน้าที่ดูแลเป็นหลักเนื่องจากผู้ชายจะทำงานนอกบ้าน การดูแลเรื่องภายในบ้านจะเป็นของผู้หญิง จากข้อค้นพบมี 2 ประเด็น ดังนี้

3.6.1 เมียและลูกสาวคือผู้ดูแลสามี และพ่อ ผู้หญิงในครอบครัวที่มีสถานะเป็นภรรยาหรือลูกสาว จะทำหน้าที่ดูแลในครอบครัว ได้แก่ การปรุงอาหาร ความเป็นระเบียบเรียบร้อยในบ้าน ในครอบครัวขยายที่มีสมาชิกตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ประกอบด้วยรุ่นปู่ ย่า หรือ ตา ยาย รุ่นพ่อ แม่ ลูก หลานอยู่ด้วยกัน ผู้ป่วยจะมีผู้ดูแลมากกว่าครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกในครอบครัวน้อย ผู้ป่วยชายสูงอายุจะมีลูกสาวดูแลในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ทานอน เพราะถือว่าเป็นหน้าที่ของผู้หญิง ส่วนผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่จะ

มีภรรยาดูแล และส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน จะรับประทานอาหารนอกบ้านเป็นบางครั้ง ภรรยาจะต้องเตือนให้ระวังอาหารที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนั้นเมื่อถึงวันแพทย์นัด ภรรยาต้องมาเป็นเพื่อนและรอรับยาแทน เพราะสามีต้องไปทำงานต่อ ดังรายละเอียด

“แฟนรับจ้างขับรถ บอกแฟนว่าอย่ากินของหวาน น้ำอัดลม” (ID 10,14,16)

“แนะนำให้ควบคุมอาหาร ไม่ให้กินทุเรียน มะม่วง ให้กินข้าวน้อยๆ ไม่ให้ดื่มน้ำอัดลม”(ID 4)

“ปิดกวาดที่นอนให้พ่อ” (ID 2,8,13)

ผู้ป่วยชายสูงอายุในครอบครัวจะมีภรรยาและบุตรดูแลในเรื่องอาหาร ความเป็นระเบียบภายในบ้าน การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ส่วนผู้ป่วยชายที่ทำงานนอกบ้านจะมีภรรยาช่วยเหลือดูแลเรื่องอาหาร เตือนการรับประทานอาหารนอกบ้าน รับประทานเมื่อมาตรวจโรคตามนัด ผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำเพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน

3.6.2 ผู้ดูแลมีภาระอื่นที่ต้องทำ ผู้ดูแลเพศหญิงส่วนใหญ่จะทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน ได้แก่ การทำเกษตรกรรมด้วยกันในครอบครัว หรือรับจ้างงานมาทำที่บ้าน ในบางครอบครัวผู้ป่วยอยู่บ้านไม่ได้ประกอบอาชีพ มีลูกชายหาเลี้ยงในครอบครัว มีลูกสะใภ้ที่มีลูกเล็กซึ่งต้องดูแลลูกอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่มีเวลาได้พูดคุยกับผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนั้นผู้ดูแลหญิงต้องทำงานบ้าน ดูแลพ่อ/ แม่ และสามี ดังรายละเอียดดังนี้

“ไม่รู้เรื่องเขาให้ทำอะไร อยู่บ้านเลี้ยงลูกซึ่งยังเล็ก ไม่มีเวลาดูแลเรื่องยา” (ID 10)

“แม่ทำสิ่งต่าง ๆ ได้เองเราก็มีงานทำ
ต้องถอนผักบุ้ง เราเลี้ยงลูกที่ยังเล็ก” (ID 7)

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 53 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 76 สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดนครปฐมปี 2552-2555 เป็นเพศหญิงร้อยละ 76 และมีอายุ 60-69 ร้อยละ 34¹⁵ ระยะเวลาการเป็นโรคตั้งแต่ 1-15 ปี ร้อยละ 90 ผู้ป่วยทั้งหมดมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 มีอาการตามัวเป็นต้อหินต้อกระจก จำนวน 12 คน กลั้นปัสสาวะไม่ได้ 7 คน ไตวาย 1 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาที่รพ.สต. ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจะรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ได้แก่ผู้ป่วยไตวาย โรคหัวใจ และโรคเกาต์ ผู้ป่วยรู้ว่าเป็นเบาหวานเมื่อมีอาการเจ็บป่วยและได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการตรวจสุขภาพอนามัยของคนไทยที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 43.2 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน¹ ผู้ป่วยอาจจะเป็นเบาหวานก่อนหน้านี้หลายปีและเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว การเป็นโรคเบาหวานนานมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดเล็ก และหลอดเลือดใหญ่ การเกิดที่หลอดเลือดเล็ก ได้แก่ ความผิดปกติที่ตา อาจพบก่อนที่จะวินิจฉัยโรค ความผิดปกติที่ไต ก่อให้เกิดไตวาย พบโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ความผิดปกติทางเส้นประสาท เกิดความผิดปกติของ

เส้นประสาทส่วนปลาย จะเป็นสัดส่วนของขนาดและระยะเวลาที่น้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วย 80 % ที่ถูกตัดขาเนื่องจากเป็นแผลที่เท้าเป็นผลจากเส้นประสาท ส่วนความผิดปกติที่หลอดเลือดใหญ่ ได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิด stroke สูง 150-400 %⁵ กลุ่มผู้ดูแลเป็นสามี/ภรรยา/บุตร ร้อยละ 83.3 ผู้ดูแลหลักเป็นผู้หญิงร้อยละ 66.7 ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมไทยที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ในครอบครัวจะเป็นผู้หญิงที่จะดูแลสมาชิกในครอบครัว และเป็นบุตรซึ่งเรียกว่าญาติผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการหรือญาติผู้ดูแลได้แก่ ลูกสาวหรือภรรยาที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน^{6,19} ครอบครัวส่วนใหญ่มีสมาชิกมากกว่า 5 คน ร้อยละ 56.7 ในชนบทในครอบครัวยังเป็นครอบครัวขยายประกอบด้วยปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่และลูก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เฉพาะต่อโรคเบาหวาน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 53.3 เป็นวัยสูงอายุ ซึ่งจะได้รับการปรณิบัติช่วยเหลือดูแลจากบุคคลในครอบครัวจากภรรยา ลูกสาวหรือลูกสะใภ้ ซึ่งเกิดจากค่านิยมของสังคมไทยที่นิยมให้บุตรหญิงดูแลบิดามารดามากกว่าบุตรชาย นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับบรรทัดฐานของสังคมที่สอนให้บุตรมีความกตัญญูเนื่องจากวัฒนธรรมครอบครัวไทยที่ให้การเคารพเชื่อฟังตามลำดับอาวุโส²⁰ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพดีอยู่ร่วมกันในครอบครัวจึงอยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน พบประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. ให้การช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ โดยพึ่งพาเป็นเพื่อนไปพบแพทย์ตามนัด หรือขับรถรับส่งผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ได้แก่การขับรถพาผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัด และมารับเมื่อตรวจเสร็จ หรือถ้าผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางสุขภาพผู้ดูแลจะช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ การดูแลนี้เป็นระบบการดูแลบางส่วน ทดแทนสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem)¹⁷ ซึ่งแบ่งระบบการพยาบาลออกเป็น 3 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนการศึกษาให้ความรู้

2. การเตือนให้มีความสำคัญกับภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อเป็นเรื้อรังและควบคุมโรคไม่ได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ตา ไต และเส้นประสาท ซึ่งบุคคลต้องมีความรู้เรื่องโรคจึงจะทราบความเกี่ยวพันที่เกิดขึ้น ส่วนอันตรายที่เห็นได้ชัดเจนได้แก่การเกิดแผลที่เท้าเมื่อเป็นเบาหวาน ซึ่งอาจจะต้องถูกตัดขาได้ สิ่งนี้ผู้ดูแลเคยเห็นอันตรายที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวานคนอื่นมาก่อน จึงเตือนให้ผู้ป่วยเบาหวานระวังการเกิดแผลที่เท้า โดยให้ใส่รองเท้าทุกครั้งที่ออกจากบ้าน หรือถ้าเป็นแผลที่เท้าควรไปโรงพยาบาล การเตือนนี้ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากสิ่งที่เคยประสบมาจากบุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสมรรถนะ

แห่งตน กล่าวว่าการเรียนรู้มี 3 อย่าง ได้แก่ การเรียนรู้แบบเชื่อมโยงความสัมพันธ์ การเรียนรู้จากผลกรรม และการเรียนรู้จากตัวอย่างหรือต้นแบบ²¹ ดังนั้นวิธีการเรียนรู้ที่ดีอย่างหนึ่งคือการเห็นตัวอย่างจะทำให้จดจำได้ดี

3. การจัดการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานต้องดูแลตนเองเพื่อการควบคุมโรคในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา และด้านอารมณ์ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ในชนบทเป็นครอบครัวขยายบุตรหลานจะดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การควบคุมเรื่องอาหารส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารที่มีวัตถุดิบในท้องถิ่น เช่น ผักผลไม้ตามฤดูกาล ซึ่งเป็นอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานได้ ผู้ป่วยที่เป็นแม่บ้านหรือลูกสาวจะทำอาหารเอง ทุกคนในบ้านจะรับประทานอาหารเหมือนกัน ซึ่งอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีความยืดหยุ่นมากมีให้เลือกมากมาย เรียกว่าอาหารแลกเปลี่ยน โดยผู้ป่วยสามารถเลือกกินอาหารที่ชอบในโอกาสพิเศษ และทุกคนจะเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ ก็ควรกินอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผลไม้ ผัก ธัญพืช อาหารโปรตีนไม่มีมัน และไขมันที่มีผลดีต่อสุขภาพของหัวใจ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานไม่จำเป็นต้องแยกอาหาร²² การบริโภคผักและผลไม้ทำให้มีท้องจะรับประทานอาหารได้น้อยลง ฮอร์โมนอินซูลินทำงานดีขึ้น การศึกษากลุ่มเสี่ยงเบาหวานพบว่าบริโภคผักและผลไม้มีน้อยกว่า 400 กรัม/วัน เป็นปัจจัยให้เกิดโรคเบาหวาน²³ ดังนั้นอาหารที่รับประทานในครอบครัวจึงเป็นอาหารสุขภาพ ผู้ดูแลจะเตือนผู้ป่วยเบาหวาน

ชายที่ทำงานนอกบ้านไม่ให้ดื่มน้ำอัดลมจะทำให้ น้ำตาลในเลือดสูงได้ ส่วนการออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุจะทำกิจกรรมจะใช้ แรงงานในการทำงาน จึงไม่ได้ออกกำลังกาย อย่างเป็นแบบแผน ส่วนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจะ ทำกิจกรรมในส่วนที่ทำได้ มีส่วนน้อยที่ออกกำลังกาย เป็นประจำ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและ ผู้ดูแลต้องออกกำลังกายด้วยกัน ต้องเปลี่ยนวิถี ชีวิตเหมือนกัน การทำกิจกรรมด้วยกันจะทำให้ ผู้ป่วยไม่โดดเดี่ยว⁹ การออกกำลังกายจะลดการ ต้อต้ออินสุลิน เพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการ ตอบสนองของอินสุลิน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวาน ขาดการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายไม่ สม่าเสมอ เช่นมีข้อจำกัดด้านเวลา หรือไม่ สอดคล้องกับวิถีชีวิต มีการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วย ได้ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างสม่าเสมอ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง³ ส่วนการ สนับสนุนเรื่องวัสดุสิ่งของ ได้แก่อุปกรณ์ที่ใช้ใน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หรือเครื่องวัด ความดันโลหิต ผู้ดูแลไม่ได้ซื้อไว้ในครอบครัว เนื่องด้วยรายได้ในครอบครัวเฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน และมีรายได้ไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับผลิตผลที่ได้จากการเกษตร จาก การศึกษาพบว่ารายได้ของผู้ให้ข้อมูลต่ำกว่า รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนไทยในปี 2556 คือ 30,856 บาทต่อเดือน²⁴ รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต และ การใช้ดูแลสุขภาพ ถ้าครอบครัวมีรายได้สูงจะ แสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่อสุขภาพได้มาก เช่นในเรื่องอาหารที่มีคุณค่า หรือมีเวลาในการ ทำกิจกรรมร่วมกัน จากการศึกษาพบว่าปัญหา

ทางเศรษฐกิจเป็นปัญหาสำคัญในการใช้จ่ายกับ ผู้ป่วย เช่นค่าใช้จ่ายในเรื่องยา การเดินทาง อาหารบำรุงสุขภาพ เครื่องตรวจระดับน้ำตาลใน เลือด เครื่องวัดความดันโลหิต²⁵ สอดคล้องกับ การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วย เบาหวานพบว่าภาวะเศรษฐกิจมีผลในการดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน²⁶

การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยมีความผูกพัน รักใคร่กันในครอบครัว โดยเฉพาะในครอบครัว ขยาย บุตรหลานจะปรนนิบัติพ่อแม่ปู่ย่าตายาย การดูแลพ่อแม่ที่แก่ชราเป็นหน้าที่ของบุตรหลาน ซึ่งคำสอนทางพุทธศาสนาในเรื่องความกตัญญู กตเวที เรื่องผลกระทบ โดยมีบรรทัดฐานทางสังคม คอยทำหน้าที่กำกับ เบาหวานส่วนใหญ่จะเป็น ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวซึ่งมีลูกและหลาน จะมี การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ได้แก่การ รับประทานอาหาร การดูทีวี การปรึกษาเรื่อง ภายในครอบครัว หรือการสอบถามอาการ เจ็บป่วยของสมาชิก มีการศึกษาพบว่าถ้า ครอบครัวสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการจัดการ ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจจากอาการของโรค หรือ ปัญหาในครอบครัว ผู้ป่วยจะมีความสุขทาง จิตใจ การแสดงความเอาใจใส่ การแสดงออกซึ่ง ความรัก ความเอื้ออาทร ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดง สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีต่อกันทำให้ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวจัดการกับโรคเรื้อรังได้²⁶ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย การปฏิบัติตามการรักษา ได้แก่การสนับสนุนการ จัดการตนเอง โดยมีพฤติกรรมดูแลตนเองใน เรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย การตรวจ ระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลเท้า ซึ่งการจัดการ

ตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมโรค^๖ เมื่อผู้ป่วยรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและยอมรับและเห็นคุณค่าจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ผู้ป่วยที่รับรู้การสนับสนุนต่ำจะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ดีเมื่อมีความเครียด^{๒๗} จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาสุขภาพจิต 1 ใน 3 เนื่องจากการดูแลตนเองที่ยากในเรื่องโรคปัญหาด้านสุขภาพจิตและสังคมเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งที่ต้องดูแล ซึ่งการดูแลด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้^{๒๘} โรคเบาหวานเป็นโรคครอบครัว มีผลกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการสนับสนุนของครอบครัวและร่วมจัดการโรคด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี กิจกรรมที่ควรทำด้วยกันได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และพบแพทย์^๗

การยอมรับความจริงและการปรับตัว

ผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยเบาหวานเป็นปกติไม่มีอะไรที่จะต้องปรับเปลี่ยน เพราะยังทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม ผู้ดูแลประเมินจากอาการแสดง ไม่ได้เจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานมาตั้งแต่ 1 ปี จนถึงมากกว่า 10 ปี เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ดำรงชีวิตได้ตามปกติ หรือผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนเป็นระยะเวลานาน เช่นตามัว ขาดตามปลายมือหรือเท้า เป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอาการเป็นเวลานานจนเกิดความเคยชิน มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเบาหวานมีการควบคุมโรคด้วยตนเองและให้คะแนนการจัดการตนเองสูงกว่าวัยผู้ใหญ่แสดงถึงการยอมรับการอยู่ร่วมกับโรคเบาหวานและความมั่นใจการยอมรับการควบคุมโรคได้ด้วยตนเองสูงในผู้สูงอายุไทย^{๒๙} ผู้ป่วยมีอาการ

คงที่ และทำกิจกรรมเหมือนที่เคยทำก่อนเป็นโรคเบาหวาน ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยมากกว่า 1 ปี จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการปรับตัวต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ดี เมื่อมีประสบการณ์การดูแลมาแล้ว 6 เดือน^{๓๐}

ผู้หญิงกับการดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 20 คน (ร้อยละ 66.7) ส่วนใหญ่เป็นภรรยาและบุตร ผู้ป่วยเบาหวานเพศชายมีจำนวน 9 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 4 คน จะทำการเกษตรและอยู่บ้านวัยผู้ใหญ่ 5 คน วัยนี้จะมีอาชีพรับจ้างและทำเกษตรกรรมในครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้หญิงที่เป็นภรรยา หรือบุตรสาวจะมีหน้าที่ดูแลสมาชิกในบ้าน ผู้ป่วยเบาหวานชายภรรยาจะเตือนสามีในเรื่องอาหารที่ไม่ควรรับประทาน การไปเป็นเพื่อนพบแพทย์ตามนัด และดูแลเรื่องภายในครอบครัว เพศชายจะได้รับการดูแลจากครอบครัวมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงจะดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย^{๓๑} ตามประเพณีผู้ชายกำหนดให้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว และเป็นตัวแทนสมาชิกในครอบครัว ส่วนผู้หญิงที่เป็นแม่จะถูกกำหนดบทบาทให้ดูแลครอบครัว รับผิดชอบดูแลอารมณ์และความรู้สึกของคนในครอบครัว เป็นผู้ประสานงานให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกัน ซึ่งบทบาทของครอบครัว ได้แก่ การตอบสนองความต้องการสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานรวมทั้งการดูแลสุขภาพตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์อบรมเลี้ยงดูสมาชิกให้เป็นผู้ที่มีคุณภาพของสังคม สร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม และหน้าที่ในการสืบเชื้อสายการผลิต

สมาชิกใหม่³² ผู้ดูแลเพศหญิงที่มีบุตรยังเล็กต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้สนใจผู้ป่วยเบาหวานน้อย มีการศึกษาครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยพบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวลดลงในครอบครัวที่ผู้ดูแลมีภาระมาก เช่นการประกอบอาชีพ การเลี้ยงดูบุตร³³ ในครอบครัวการดูแลผู้ป่วยเบาหวานถือว่าเป็นภาระหน้าที่ของครอบครัว มีการศึกษาด้านแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในส่วนของการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีทักษะช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมโรคเบาหวานตั้งแต่การศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อให้ข้อมูลที่ต้องกับผู้ป่วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค ตลอดจนครอบครัวต้องวางแผนและกำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

จุดอ่อนของงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จึงเห็นบทบาททางเพศหญิงมากกว่า และกลุ่มตัวอย่างมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน

จุดแข็งของงานวิจัย

จะเห็นความผูกพันของครอบครัวในชนบท การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว มีเวลาพูดคุยปรึกษาหารือ การประกอบอาชีพทำด้วยกันมีความรักและความผูกพันกันในครอบครัว

สรุป

การศึกษาพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวในตำบลโพรงมะเดื่อ จังหวัดนครปฐม โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี

หรือภรรยาและบุตร ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยซึ่งเป็นเบาหวานส่วนใหญ่ตั้งแต่ 1 ปี ถึงมากกว่า 10 ปี บางคนมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย และได้รับการรักษาโรคเบาหวานต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีอาการคงที่ยังทำกิจกรรมดังที่เคยทำมา การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยมีประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ 1) ช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ได้แก่ การพาไปพบแพทย์ตามนัด 2) ช่วยเหลือกิจกรรมผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพ 3) เตือนใจผู้ป่วยให้ความสำคัญกับภาวะแทรกซ้อน 4) การจัดการให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ 5) การยอมรับความจริงและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 6) ผู้หญิงกับภาระผู้ดูแลจะมีภาระมากทั้งการดูแลภายในบ้าน การประกอบอาชีพ และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพในชุมชนควรฝึกให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการจัดการตนเอง โดยการอบรมฝึกทักษะสมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยในเรื่องอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การคลายเครียดและการดูแลสุขภาพทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดี

2. สถานบริการสุขภาพควรส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าไปร่วมรับรู้การรักษาของแพทย์ เพื่อจะได้ร่วมกันส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

3. ในชุมชนควรติดตามการปฏิบัติตัวของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นกำลังใจและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบบทบาทของญาติในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

2. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่คนเดียว

3. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานโดยเปรียบเทียบผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีปัญหาที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. Aekplakorn W. Report Thai Health by the 5th Physical in 2014. In: Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, and National Health Security office (NHSO). Clinical Practice Guideline for Diabetes. [cited in 2018 April 2]. Available from <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/7711>.

2. Anderson RM. Patient Empowerment and The Traditional Medical Model. A case of Irreconcilable Difference?. *Diabetes care*. 1995; 18: 412-415.

3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2009. *Diabetes Care*. 2009; 32 (Suppl.1): S13-S61.

4. Jiamcharasungsri W. Chronic Care Model. Health Systems Research Institute; 2551 [cited in 2018 April 2]. Available from <http://hdl.handle.net/123456789/2100>

5. Fowler MJ. Microvascular and Macrovascular Complications of Diabetes. *Clinical Diabetes*. 2008; 26 (2): 77-80.

6. Sasat S. Gerontological Nursing: Common Problems and Caring Guideline. Bangkok, Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).

7. American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). *Diabetes*. 2015. [cited April 16], 2016. Available from <http://www.aamft.org/immis15>

8. Grey M, Knafl K, Mc R. A framework for the study-and family management of chronic conditions. *Nurs Outlook*. 2006; 54:278-286.

9. Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff JL, Johnson JL. Concepts of caring and caring as a concept. *ANS Adv Nurs Sci*. 1990; 13: abstract.

10. Saipin Kasemkitwattana, Piyaporn Prison. Chronic Patients' Family Caregivers: A Risk Group That Must Not Be Overlooked. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014; 29(4): 22-31. (in Thai).

11. Supachaipanichpong P, Attasopon L, Chumchuen P. Effectiveness of Social Support to Change Health Behavior in Glycemic control for Diabetic Patients type II in Phaengphuai Sub-district, Damnoensaduak District, Ratchaburi Province. *Maharakham Hospital Journal*. 2016; 13(2): 36-46.
12. Karlson B, Idsoe T, Hanestad BR, Murberg T, Bru E. Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Journal Psychol, Health Med*. 2004; 9(1): 53-70.
13. Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetic care*. 2012; 35: 1239-1245.
14. Bureau of Non Communicable, Department of Disease Control Ministry of Public Health. Data and statistics. [Internet]. 2013. [cited 20 December 2017]. Available from <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
15. Wannasiri T, Sriphuthorn A, Wuttayaakul P. Situation of Diabetes Mellitus: Problems and Needs of Diabetes Mellitus Patients in Nakhon Pathom. Full research report. Nakhonpathom Province: Nakhonpathom Rajaphat University; 2013. (in Thai)
16. Prongmaduae Sub District Admin. Organization Office. Data of Diabetes Mellitus register in 2011.
17. Orem DE. Nursing: Concepts of Practices (6th ed) St.Louis: Mosby Year Book; 2001.
18. House JS. Work, stress and social support reading. Addison-Wesley, House; 1981.
19. Knodel J. Chayovan, N. Population Ageing and the Well-being of Olders in Thailand: Past Trends, Current; 2008.
20. Institute for Population and Social Research; Mahidol University. Thai Health 2007: The Scent of the Lamduan Flower: Preparing for an Aging Society. Amarin Printing and Publishing Ltd.: Bangkok; 2007.
21. Bandura A. Social-foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall; 1986.
22. Campbell A. 5 Common Food Myths for People with Diabetes Debunked. [Internet]. 2011. [Cited 2018 April 25]. Available from <http://www.joslin.org>
23. Pradidthaprecha, A., Muktabhant, B. Dietary Factors Affecting Type 2

Diabetes Mellitus in People of Naklang District, Nongbualumpho Province. KKU RES J (GS). 2012; 12(3): 61-69.

24. National Statistic Office, Ministry of Information and Communication. Primary Report of Economy and society in Family. [Internet]. 2015. [cited 2017 October 14]. Available from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/SocioSum58M6.pdf>

25. Odume BB, Ofoegbu OS, Aniwa, EC, Okechukwu, EF. The influence of family characteristics on glycemic control among adult patients with type 2 diabetes mellitus attending the general outpatient clinic, National Hospital, Abuja, Nigeria. *S Afr Fam Pract*. 2015; 57(6): 347-353.

26. Wannasiri T. Family relationship in self-care promotion for controlling blood sugar in type 2 diabetes. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2016; 20 (2) :31-50. (in Thai)

27. Suphanee, S. Model of Care for Diabetic Patients through Families Community and Organization Participation; A Case Study in Pundon Subdistrict Udonthani Provinces. [An Independent study Report for the Master of Nursing Subject Family Nursing]. Khon Khaen: Faculty of Nursing, Khon Khaen University, 2550.

28. Garrett C, Doherty A. Diabetes and mental health. *Clinical Medicine*. 2014; 14 (6): 669–72.

29. Reantippayasakul O, Boonsatean W. A Comparison of Illness Perception and Self-Management among Adults and Elderly with Type 2 Diabetes in Pathum Thani Province. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2017; 10 (1): 110-125. (in Thai).

30. Niyomthai N, Tonmukayaku O, Wonghongkul T, Panya P, Chanprasit C. Family strength in caring for a stroke survivor at home. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2010; 14(1): 17-31.

31. Wanlao S, Malathum P, Siripitayakunkit A. Family Support Perceived by Older Persons with Controlled Type 2 Diabetes. *Rama Nurs J*. 2012; 18 (3) :372-388.

32. Thai Family link Association. Gender role in Family [Internet]. 2014 . [cited 2017 October 14]. Available from <http://www.thaifamilylink.net/web/node/11> (in Thai).

33. Koonnarong O, Thanawatananont P., Kitrungrate L. Caregiving Preparedness, Family Relationships and Role Strain among Caregivers of Muslim Stroke Patients. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2012; 4 (1): 14 – 27. (in Thai).