



วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลตนเอง เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลและครอบครัวมีความริเริ่ม ความรับผิดชอบ และกระทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการจะพัฒนาความสามารถของตนเอง เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ก่อนที่จะนำอัตรคติโนเมติ (Concept) เกี่ยวกับการดูแลตนเองไปใช้กับผู้ป่วยหรือผู้ที่ปกติ พยาบาลจะต้องเข้าใจอัตรคติโนเมติน้อย่างชัดเจน เพื่อจะได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติอย่างถูกต้องโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีในช่วงตลอดชีวิต

ความหมายของการดูแลตนเอง

004304

โดโรธี อี โอเรม (Dorothea E. Orem) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่า "เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มขึ้นและกระทำด้วยตนเอง ในการที่จะดำรงคงชีวิตไว้ เพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี" ¹

แคเทอริน เอ็ม นอร์ริส (Catherine M. Norris) กล่าวว่า การดูแลตนเองคือ "ขบวนการที่ให้ประชาชนและครอบครัวเปิดโอกาสนำเอาความคิดริเริ่ม ความรับผิดชอบ และกระทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถของตัวเอง เพื่อสุขภาพ" ²

โลเวลล์ เอส เลวิน และคณะ (Lowell S. Levin and Others) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไป (Lay Person) กระทำหน้าที่ของตนเองให้

¹ Dorothea E. Orem, Nursing : Concepts of Practice, 2d ed. (New York : McGraw - Hill Book Company, 1980), p. 35

² Catherine M. Norris, "Self - Care," American Journal of Nursing 79 (March 1979) : 487.

เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน การตรวจพบโรค และการรักษา และไค้กล่าวอ้างถึง ไฟร (Fry) ที่ได้จำแนกบทบาทของการดูแลตนเองไว้ 4 ประการ คือ การดำรงรักษาซึ่งสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง การให้ยาด้วยตนเอง การรักษาตนเอง และการให้ความร่วมมือในการบริการการดูแลทางสุขภาพ¹

เอ็ม ลูซิล คินลีน (M. Lucille Kinlien) กล่าวว่า "อัครมโนคติในการดูแลตนเอง (Self - Care Concept) มีจิตตัวมากับมนุษย์ก่อนการกระทำและการดูแลตนเอง นั้นมีใจหมายความว่า ปล่อยให้ทุกคนกระทำอะไรด้วยตนเองเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล"² ผู้ใหญ่สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี แต่เด็กอ่อนเด็กเล็ก วัยรุ่นคนชรา และคนเจ็บป่วย บุคคลเหล่านี้ไม่สามารถดูแลตนเองได้โดยสมบูรณ์ จึงต้องการให้ความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเป็นบางส่วน หรือทั้งหมดแล้วแต่กรณี เด็กอ่อนและเด็กเล็กย่อมต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น เนื่องจากร่างกายและจิตใจยังไม่พัฒนาการสมบูรณ์ ส่วนคนชราสภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมลง จึงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองมีน้อย สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยหรือพิการนั้น อาจต้องการความช่วยเหลือเรื่องการดูแลตนเองเป็นบางส่วน หรือทั้งหมด "พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจ และจำแนกประเภทของผู้อยู่ที่พึ่งพิงผู้อื่น กับผู้อยู่ที่มีอิสระในการที่จะทำอะไรด้วยตนเองได้เป็นอย่างดี จึงจะใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง ได้เป็นผลสำเร็จ"³

¹ Lynda S. Joseph, "Self - Care and Nursing Process," The Nursing Clinics of North America 15 (March 1980) : 131.

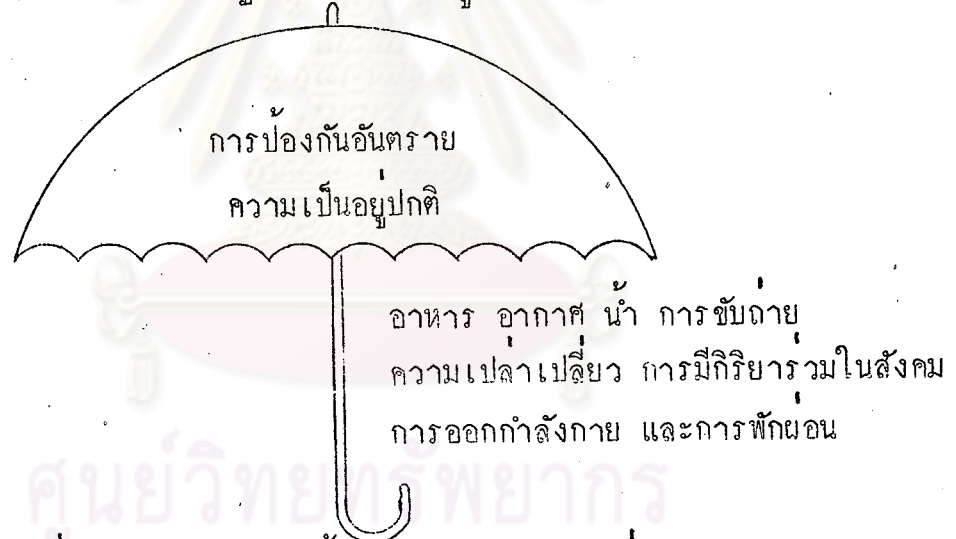
² M. Lucille Kinlein, Independent Nursing Practice with Clients (Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1977), pp. 15 - 24.

³ Ibid., P. 599.

ชนิดของการดูแลตนเอง

โคโรซี อี. โอเรม (Dorothea E. Orem) ได้แบ่งชนิดของการดูแลตนเองไว้ 3 ชนิด คือ

1. การดูแลตนเองทั่ว ๆ ไป (Universal Self - Care Requisites) จะรวมถึงความต้องการขั้นพื้นฐาน ความต้องการในการดูแลตนเองทั่ว ๆ ไปจะเกิดความต้องการพื้นฐานที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ที่จะต้องมีการปฏิบัติ เพื่อที่จะดำรงสุขภาพที่ดีไว้ ความต้องการพื้นฐานเหล่านี้ประกอบด้วย อากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย ความเปล่าเปลี่ยวและการมีปฏิกริยารวมทางสังคม การออกกำลังกายและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายและความปกติ (Normaly) การป้องกันอันตราย และความต้องการเป็นปกตินี้อาจมองอยู่ในรูปของการดำรงที่ปกคลุมความต้องการขั้นพื้นฐาน คือแสดงในรูปที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงถึงความต้องการดูแลตนเองโดยทั่ว ๆ ไป

2. การดูแลตนเองในการพัฒนาการ (Development Self - Care Requisites) มีความสัมพันธ์กับกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ กับภาวะและเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้นในระยะต่าง ๆ ของวงจรชีวิต (เช่น การคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์ และเหตุการณ์ที่จะมีผลเสียต่อการพัฒนาการ ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเภท คือ

2.1 การทำให้เกิดภาวะนั้นขึ้น และดำรงการมีชีวิตเพื่อช่วยพยุงขบวนการของชีวิต และช่วยส่งเสริมขบวนการพัฒนาการ นั่นก็คือ มนุษย์มีความก้าวหน้ารักษาความ

สมดุขยของโครงสร้างของร่างกาย และมุ่งไปสู่อุติภาวะทั้งร่างกายและจิตใจ เช่นระยะที่อยู่ในมดลูก ขบวนการคลอด ระยะแรกเกิดของชีวิต เมื่อการคลอดนั้นครบ หรือคลอดก่อนกำหนด เด็กที่เกิดออกมามีน้ำหนักปกติหรือต่ำกว่าปกติ การพัฒนาการในวัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่

2.2 การให้การดูแลตนเอง จะเป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับสุขภาพที่จะมีผลต่อการพัฒนาการของมนุษย์ และเป็นการบรรเทา หรือการเอาชนะสิ่งที่มากระทบกระเทือนการให้การดูแลตนเอง จากภาวะต่าง ๆ เช่น ระดับการศึกษาต่ำ ปัญหาในการปรับตัว เขาสังคม ความล้มเหลวของสุขภาพ การสูญเสียญาติพี่น้อง เพื่อน และผู้ใกล้ชิด ฯลฯ

3. การดูแลตนเองเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบนไป จะมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการหรือความจำเป็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากผลของการเจ็บป่วย การได้รับการบาดเจ็บ หรือมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ ความต้องการเหล่านี้จะเกิดขึ้นเมื่อต้องการการรักษา หรือวิธีการรักษาการเจ็บป่วย หรือการได้รับการบาดเจ็บ หรือการช่วยเหลือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบนไปในช่วงของชีวิต และจำเป็นต้องการแก้ไขให้มีการดูแลตนเองได้อย่างปกติ ¹

ระยะของการดูแลตนเอง (Phase of Self - Care)

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่มีขั้นตอน การปฏิบัติที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งมี 2 ระยะด้วยกัน คือ

ระยะที่ 1 การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Decision about Self - Care) จะต้องเหมาะสมในการปฏิบัติภายใต้สภาพการณ์ที่เป็นจริง การตัดสินใจที่แม่นยำจะต้องมีความรู้มาก่อนว่า อะไรจะเกิดขึ้นเมื่อได้ตัดสินใจกระทำลงไปแล้ว ตัดสินในสิ่งที่ควรปฏิบัติและหลีกเลี่ยง และนอกจากนี้จะต้องตระหนัก (Awareness) ถึงความเป็นจริงจากสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น มีความเจ็บปวดที่ข้อต่อ (Joints) ที่มือและเท้าจะต้องทราบว่ามีลักษณะ อากาหรือมีความรู้สึกอย่างไร ก่อนที่จะมีอาการเกิดขึ้น ฉะนั้น สรุปได้ว่า การดูแล

¹ Orem, Nursing : Concepts of Practice, p. 41 - 50.

ตนเองที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ คือ มีการทำงานของร่างกายมนุษย์ในลักษณะผสมผสานอย่างปกติ

ระยะที่ 2 การกระทำเพื่อผลของการดูแลตนเอง (Action to accomplish self - care) ระยะนี้จะต่อจากระยะที่ 1 เมื่อมีข้อตัดสินใจแล้วว่า อะไรควรปฏิบัติ และสิ่งไหนควรหลีกเลี่ยงแล้วนำข้อที่เลือกเหล่านี้ มากำหนดวัตถุประสงค์ของระยะที่ 2 ต่อไป ซึ่งจะมีคำถามมากมาย เช่น จะนำข้อที่เลือกไปปฏิบัติอย่างไร ต้องทำอะไรบ้าง มีทรัพยากรอะไรบ้างที่ต้องใช้ การปฏิบัติข้อนี้จะถูกต้องหรือไม่ ทราบได้อย่างไรว่าถูกต้อง มีกฎเกณฑ์อะไรที่ควรยึดถือบ้าง จะทราบได้อย่างไรว่าจะเกิดอะไรขึ้นในเวลาต่อไป ใครจะช่วยได้บ้าง เมื่อต้องการความช่วยเหลือ จากคำถามเหล่านี้จะมุ่งความสนใจไปสู่กิจกรรมที่ปฏิบัติ กิจกรรมนั้นอาจจะหยุดไปเมื่อรู้ว่าการดูแลตนเองประสบผลสำเร็จแล้ว หรืออาจต้องเปลี่ยนแปลงวิธี ถ้าไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

ดังนั้นเมื่อนำทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรม (Orem) มาใช้และขยายความให้ชัดเจนยิ่งขึ้นแล้ว จะมีส่วนประกอบที่สำคัญอยู่ 3 ประการ คือ

1. ผู้ดูแลตนเอง (Self - care agency) หมายถึงบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพของตน ซึ่งเกิดจากการมารับบริการในการใช้ระบบการดูแลตนเอง

2. ความต้องการการดูแลตนเองในการรักษา (Therapeutic self - care demand) ซึ่งเป็นการแสดงของผลรวมของงานที่ใดกระทำเกณฑ์ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้มารับบริการนี้เพียงพอหรือไม่ในช่วงเวลาที่มาติดต่อ มาตรฐานในการที่จะเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลตนเอง หรือการพยาบาล

3. การให้บริการทางการพยาบาล (Nursing agency) กลไกของระบบการพยาบาล คือความสามารถของพยาบาลที่จะรับรู้และแปลข้อมูลจากตัวผู้ป่วย ข้อมูลจากพยาบาล และสิ่งแวดล้อมของข้อมูลทั้ง 2 ค่าย การริเริ่ม และการดำรงความต้องการในการช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการทดแทนข้อบกพร่องระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลรักษา

ปัจจัยทั่ว ๆ ไปที่จะมีผลต่อการปฏิบัติ (General Factors Affecting Performance)

ปัจจัยของอายุ และสุขภาพทั่ว ๆ ไปจะเป็นข้อกำหนดขอบเขตของกิจกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลที่สามารถกระทำ ผู้ใหญ่สามารถสร้างรูปแบบของการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอก ที่จะมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางค่านิยม การมีจุดมุ่งหมายของแต่ละคน ที่จะส่งผลให้มีการเลือกปฏิบัติที่จะดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพหรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การดูแลตนเองขึ้นอยู่กับข้อตัดสินใจของบุคคลที่จะปฏิบัติ และเมื่อเขาปฏิบัติไปแล้วการปฏิบัตินั้นจะให้ประโยชน์อะไรแก่เขาบ้าง และการปฏิบัตินั้นสามารถทำได้หรือไม่

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ (Self - Care as Learned Behavior)

คนทั่วไปชอบกล่าวว่า แนวทางที่จะสนองความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้คิดตัวบุคคลมาแต่เกิด ดังนั้นจึงเชื่อว่ากิจกรรมของการดูแลตนเองจากการเรียนรู้และสัมพันธ์กับความเชื่อ นิสัย และการฝึกปฏิบัติที่จะมีลักษณะเป็นไปตามวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของกลุ่มชนที่อาศัยอยู่ ในบางวัฒนธรรมการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความเชื่อว่าเป็นเกิดจากวิญญาณที่ตายไปแล้วมากระทำ แต่บางวัฒนธรรมมีความเชื่อไปทางวิทยาศาสตร์ คือถือว่าความเจ็บป่วยนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติ เช่น มีการติดเชื้อ รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่สกปรก หรือมีการเจริญเติบโตของเซลล์หรือเนื้องอก และจะยอมให้แพทย์ที่มีความรู้รักษา ในวัฒนธรรมที่ได้มาตรฐาน การเรียนรู้จะเริ่มตอนที่ภายในครอบครัวก่อน จึงทำให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่แตกต่างกันออกไป การเรียนรู้นี้เด็กจะเรียนรู้จากพ่อแม่หรือผู้ดูแล เมื่อเจริญเติบโตขึ้น เด็กเหล่านี้ก็จะเรียนรู้เพิ่มขึ้น และปรับปรุงแนวทางในการดูแลตนเองจากบุคคลอื่น ๆ ในชีวิตของเขา เช่น ครู เพื่อนร่วมชั้น เพื่อนบ้าน เพื่อนเล่น เมื่อความรู้ทางด้านสุขภาพกว้างขึ้นก็จะนำไปใช้กับกลุ่มชุมชน เช่น การทำน้ำให้สะอาด การกำจัดขยะมูลฝอย เป็นต้น

ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นวิธีหนึ่งของการรักษา และทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ที่ได้นำไปปฏิบัติดังนี้ คือ

1. เป็นการช่วยพยุงขบวนการของชีวิต และส่งเสริมให้ร่างกายทำหน้าที่ตามปกติ
2. คำการรักษาไว้ของการเจริญเติบโตที่ปกติ การพัฒนาการวุฒิภาวะ
3. ป้องกันควบคุมหรือรักษาขบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

ส่วนในความคิดเห็นของ นอร์ริส (Norris) โดกอวไวว่า การนำทฤษฎีการดูแลตนเองมาใช้นั้นได้ครอบคลุมถึง 7 กิจกรรมด้วยกัน คือ

1. เป็นเครื่องบ่งชี้ การประเมินและการวินิจฉัย เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคิดเครื่องเตือนการ เป็นมะเร็ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้รับบริการสามารถค้นหา และรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และทราบถึงความรุนแรงของโรคได้ โดยที่จะต้องสอนประชาชนตั้งแต่เด็กชั้นประถม อาจจะใช้สื่อโดยการเขียนบทความลงในหนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุ โทรทัศน์
2. ขบวนการช่วยพยุงชีวิต หมายถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อสุขภาพของตนเอง เช่น แปร่งฟัน การล้างมือ การอาบน้ำ และการรับประทานอาหารเป็นต้น
3. การรักษาและการคัดแปลงแก้ไข การดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น โรคมะเร็ง โรคไตในระยะสุดท้าย เขาสามารถเลือกปฏิบัติตนเอง ถึงแม้จะขัดต่อการรักษาก็ตาม ก็ควรจะให้เขากระทำได้
4. การป้องกันโรคและภาวะนี้ไม่สามารถปรับได้ คนส่วนใหญ่ต้องการมีชีวิตที่ยาวนาน ถ้าเขาเหล่านี้ป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง ปอดพองลม และคนทั่วไปต้องการทราบว่าทำอะไรถึงจะไม่แก่เร็ว เป็นต้น
5. ความต้องการทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความต้องการในการดูแลรักษา จะต้องสอนให้ประชาชนใคร่รู้จักใช้แหล่งบริการต่าง ๆ ในชุมชน
6. การตรวจสอบ และการควบคุมโปรแกรมการศึกษา ผู้หญิงและผู้เยาว์วัย กำลังต้องการการดูแลสุขภาพที่ดี จึงทำให้ผู้หญิงจะมีคำถามเรื่องสุขภาพเสมอ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เธอจะไม่พอใจถ้าแพทย์ตรวจและให้เวลาซักถามน้อยไป

7. ความเคลื่อนไหวหรือการริเริ่มตนเองในการดูแลสุขภาพ บางอย่างไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน เช่น การลดน้ำหนัก หรือการสูบบุหรี่ จะต้องให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากผู้ป่วยด้วยกันเองดีกว่า¹

หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความต้องการในการดูแลรักษาเกี่ยวกับ สภาพของโรค ผลที่เกิดจากโรค การรักษาที่ได้ ผลของการรักษาที่เกิดขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยถูกมอบหมายให้รับผิดชอบในข้อปฏิบัติต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. ความรับผิดชอบของผู้ป่วยจะสัมพันธ์กับสภาพของโรค (Patient Responsibilities Related to the Condition) คือผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบอาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ต้องมีการทดสอบหาน้ำตาลในปัสสาวะในแต่ละวัน มีการทดสอบหาอะซิโตน (Acetone) ตามความจำเป็น การปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับการรับประทานอาหารเช้าในแต่ละวัน สร้างความสม่ำเสมอที่จะปฏิบัติตนในกิจวัตรประจำวัน สร้างมาตรฐานในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัย และสุขนิสัยที่ดี
2. ความรับผิดชอบของผู้ป่วยจะสัมพันธ์กับผลของสภาพของโรค (Patient Responsibilities Related to Effects of the Condition) ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบต่อการดูแลผิวหนังที่ดีเพื่อกำจัดเห็บ และกำจัดน้ำตาล (Glucose) ที่ระเหยออกมาที่ผิวหนัง จะต้องมีการเพิ่มการดูแล ผิวหนังมากขึ้นถ้ามีการติดเชื้อ (Infection) อาการเตือนสำหรับการติดเชื้อ ผิวหนังเป็นแผลและเกิดโรคตา (Retinopathy) และมีกลไกการทดแทนสำหรับการป้องกันและการคงไว้ของหน้าที่ เมื่อมีข้อบกพร่องของเส้นประสาทความรู้สึกที่มาเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย หรือในดวงตา

¹ Norris, "Self - Care," pp. 488 - 489.

3. ความรับผิดชอบของผู้ป่วยจะสัมพันธ์กับการรักษา (Patient Responsibilities Related to Therapy) ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบที่จะควบคุมยารับประทานหรือยาฉีดตลอดจนขนาดของยาและวิธีทางที่จะให้ ในการควบคุมด้วยอาหาร ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจถึงอาหารแลกเปลี่ยนหรือคุณค่าของแคลอรี การวางแผนและกรเลือกอาหาร การทำความสะอาดปราศจากเชื้อของกระบอกฉีดยา เข็มในผู้ป่วยที่ต้องฉีดยาอินซูลิน

4. ความรับผิดชอบของผู้ป่วยจะสัมพันธ์กับผลของการรักษา (Patient Responsibilities Related to Effects of Therapy) ผู้ป่วยจะต้องทราบอาการเตือนของผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา ภาวะน้ำตาลในเลือด (Glycemia) และน้ำตาลในปัสสาวะ (Glycosuria) หลังจากให้ยาไปแล้ว ผลข้างเคียงของยาการออกกำลังกายและอาหาร มีการบันทึกผลการทดสอบปัสสาวะ เพื่อหาน้ำตาลและอาหารที่รับประทาน เมื่อมาพบแพทย์ที่คลินิกทุกครั้ง¹

การรักษาโรคเบาหวานโดยปกติแล้ว ในระหว่างที่ยังมีชีวิตอยู่จะต้องไม่ถูกรบกวนจากภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะต้องถูกเตรียมให้เผชิญกับปัญหาที่ตบยากลและเรื้อรัง ลีโอ พี แครล (Leo P. Krall) กล่าวว่า การรักษาโรคเบาหวานเปรียบเสมือนกับการทำสงครามที่ยาวนาน ซึ่งอาจจะเป็นโคที่มีการสูญเสียบางอย่างในขณะที่ประจัญบานกัน แต่การทำสงครามนั้นมีชนะ แต่โรคเบาหวานจะต้องมีการรักษาทั้งในปัจจุบันและอนาคต² ดังนั้นจุด

¹ Joan E. Backscheider, "Self - Care Requirements, Self - Capabilities, and Nursing Systems in the Diabetic Nurse Management Clinic," American Journal Public Health 64 (December 1974) : 1139.

² Leo P. Krall, Joslin Diabetic Manual, 11 th ed. (Philadelphia : Lea & Febiger, 1978), p. 41.

มุ่งหมายของการรักษาโรคเบาหวานก็คือ การทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพทางด้านร่างกายได้
 อย่างปกติ เท่าที่จะกระทำได้ เขาจึงจะสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติ ฉะนั้นความสำคัญของการ
 รักษา ก็คือ การควบคุมเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และยารักษา ¹

การควบคุมอาหาร เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน "เพราะการรับประทาน
 อาหารแป้งและน้ำตาลลดน้อยลงเท่านั้นก็ช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ถึงร้อยละ
 50 และนอกจากนี้ถ้าได้แนะนำให้รับประทานน้ำมันพืช และรับประทานน้ำมันสัตว์แต่น้อย ก็จะช่วย
 ลดโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือด และป้องกันหลอดเลือดตีบแข็งได้" ²
 จากการศึกษาวิจัยของสถาบันนาซาคีที่แมริแลนด์ (Maryland) "ชาวอเมริกันประมาณ 7
 ล้านคนที่ เป็นโรคเบาหวานจะอ้วน และสามารถควบคุมโรคได้โดยการควบคุมน้ำหนัก โดยการ
 คำนวณอาหารเป็นแคลอรี และจำกัดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตกับการออกกำลังกาย" ³
 ในการจะพิจารณาปัจจัยทางด้านควบคุมอาหารที่จะช่วยให้ได้รับอาหารเพียงพอ นั้น ลีโอพี แครด
 และเอเลน พี จอสลิน (Leo P. Krall and Allen P. Joslin) กล่าวว่า ไม่เพียง
 แต่มีแบบแผนในเรื่องอาหารและนิสัยในการรับประทานอาหารของแต่ละชาติ หรือบรรยากาศที่
 ผู้คนอาศัยอยู่ แต่ความต้องการในสารอาหารจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic)

¹ Ibid., p. 43

² สอนง อุนากุล, คู่มือผู้ป่วยโรคเบาหวาน (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
 เลียงเชียง, 2523), หน้า 108.

³ Report by Research Resources Information Center,
 Division of Research Resources, National Institutes of Health,
 Bethesda, Maryland Life & Health 95 (June 1980) : 13 - 14.

และสิ่งแวดล้อม สภาวะที่มีความเครียดอย่างรุนแรง สิ่งเหล่านี้ควรจะนำมาพิจารณาด้วย¹
 ปัจจุบันอาหารโรคเบาหวาน ได้เน้นถึงการควบคุมแคลอรีของอาหาร เพื่อให้มีการยืดหยุ่นได้
 สำหรับอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตกับอาหารไขมัน สมาคมโรคเบาหวานอเมริกาได้ให้แนว
 คิดว่า การรับประทานอาหารไขมันน้อยจะเป็นการช่วยลดปัจจัยที่จะเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิด
 โรคเส้นเลือดที่หัวใจตีบ (Coronary heart disease) ที่เป็นสาเหตุการตายและอาการ
 อ่อนเพลีย (Debility) ในโรคเบาหวาน ฉะนั้นหลักในการควบคุมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 จะต้องควบคุมแคลอรีทั้งหมดของอาหารที่รับประทานเข้าไป และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์
 ปกติ²

หลักสำคัญที่ใช้ในการพิจารณาอาหารเบาหวาน ซึ่ง ศรีจิตรา มุนนาคและ สิโรตม์
 มุนนาค ได้กล่าวไว้ดังนี้ คือ

1. ควรพิจารณาถึงผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานว่ามีโรคแทรกหรือไม่ เช่น วัณโรคปอด
 หรือไต เป็นต้น ถ้าเป็นวัณโรคปอดควรให้อาหารโปรตีนให้มากขึ้น แต่ถ้าเป็นโรคไตควรงด
 อาหารโปรตีนลง จึงต้องอาศัยการตรวจของแพทย์เป็นหลัก

2. ควรทราบน้ำหนักและความสูงของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้ทราบถึงน้ำหนักที่ผู้ป่วยควร
 จะเป็น (Ideal weight) ว่า อ้วนหรือผอมเกินจากที่กำหนดไว้มากน้อยเท่าใด เพื่อจะได้
 พยายามเพิ่มหรือลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นอกจากนั้นยังใช้ตาราง¹ เป็นหลักในการ

¹ Lec P. Krall and Allen P. Joslin "General Plan of Treatment and Diet Regulation" in Joslin Diabetes Mellitus, 11 th ed, eds. by Alexander Marble and others (Philadelphia : Lea & Febiger, 1971), p.259.

² Betty Taif, "New Concepts in Dietary Management of Diabetes," The Journal of Practical Nursing 25 (August 1975) : 16.

คำนวณปริมาณอาหารบริโภคต่อวันด้วย ตามปกติผู้ใหญ่ต้องการจำนวนแคลอรี 25 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อจากนั้นเมื่อทราบความสูงและน้ำหนักที่ควรจะเป็นของผู้ป่วยแล้ว ก็นำน้ำหนักนั้นมาคูณกับ 25 จะเป็นจำนวนแคลอรีที่บุคคลนั้นต้องการใช้ต่อวัน ถ้านอนเฉย ๆ เช่นผู้ป่วยสูง 160 เซนติเมตรน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น (Ideal weight) ประมาณ 52 กิโลกรัม ซึ่งต้องเป็นปริมาณอาหารอย่างน้อย 1,300 แคลอรี

3. อายุและเพศของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็กหรือเป็นชายที่สูงจะเพิ่มได้จากปริมาณแคลอรีเดิมอีก 100 - 200 แคลอรี ถ้ามีอายุแล้วหรือเตี้ย หรือเป็นผู้หญิงควรลบออกจากปริมาณเดิม 200 - 400 แคลอรี

4. อาชีพของผู้ป่วย และการออกกำลังกาย ผู้ที่ทำงานเบา ๆ จำนวนแคลอรีที่ต้องการจะมากขึ้นกว่าเดิมประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์ ส่วนผู้ที่ทำงานหนัก เช่น พวกกรรมกรหรือผู้ที่ต้องใช้กำลังมาก จำนวนอาหารที่ได้รับควรต้องเพิ่มอีก 75 เปอร์เซ็นต์ จากที่คำนวณไว้แต่เดิม

การเดินปกติจะใช้พลังงานประมาณ 2 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง การถีบจักรยานจะใช้พลังงาน 2 - 5 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง การนั่งเย็บผ้าใช้พลังงานเท่ากับอยู่เฉย ๆ คือ 0.4 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง

5. ชนิดของอาหารและวิตามิน

5.1 โปรตีนได้แก่อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อวัว เนื้อหมู ปลา เบ็ด ไก่ นมและไข่ รวมทั้งโปรตีนจากพืช เช่น ถั่วเหลือง เป็นต้น ประมาณ 58 เปอร์เซ็นต์ของอาหารโปรตีนจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นน้ำตาลกลูโคสอย่างช้า ๆ ช้ากว่าอาหารแป้งที่รับประทานเข้าไป จะสังเกตเห็นได้ง่าย ๆ ว่าผู้ที่รับประทานขนมหวานมาก จะหิวเร็วกว่าผู้ที่รับประทานข้าวมากและจะหิวเร็วกว่าผู้ที่รับประทานอาหารโปรตีนมาก ปกติอาหารโปรตีนควรจะได้ประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน โปรตีนจากปลา และถั่วเป็นดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

5.2 คาร์โบไฮเดรต ได้แก่พวกข้าวสวย ข้าวต้ม ขนมจีน เส้นหมี่ ขนมหวานทุกชนิด การรับประทานอาหารประเภทนี้ยอมขึ้นอยู่กับลักษณะผู้ป่วยแต่ละราย ถ้ายังผอมก็เพิ่มอาหารแป้งได้ และถ้าอ้วนก็ลดลงเมื่อน้ำหนักอยู่ในระดับที่พึงประสงค์แล้วจะรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตได้ประมาณวันละ 2 - 4 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ไม่ควรให้อาหารแป้งต่ำกว่า 100 กรัมต่อวันโดยไม่ต้องคำนึงถึงความอ้วน

5.3 ไขมัน เมื่อทราบจำนวนโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตที่ให้แล้ว จำนวนแคลอรีที่เหลือก็จะเป็นจำนวนไขมันที่จะต้องให้ต่อวัน เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมักจะเป็นโรคเส้นโลหิตแข็งมาตั้งแต่อายุน้อย และมีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในโลหิตสูงกว่าปกติ ไขมันที่ได้รับจากอาหารควรจะเป็นจำพวกไขมันที่ไม่อิ่มตัว ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกทางนัยน์ตา จำเป็นต้องจำกัดอาหารไขมัน

5.4 วิตามิน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักจะขาดวิตามิน โดยเฉพาะวิตามินบีรวม จึงจำเป็นต้องให้รับประทานวิตามินให้พอเพียง เพื่อป้องกันเหน็บชาซึ่งเป็นโรคแทรกที่พบอยู่เสมอ การรับประทานข้าวซึ่งไม่มาก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวแดง จะให้แร่ธาตุ และวิตามินสูงพอสมควร¹

สรุปหลักการให้อาหารเบาหวานคือ ผู้ป่วยจะต้องได้รับปริมาณอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเช่นเดียวกับคนปกติทั่ว ๆ ไปซึ่งขึ้นอยู่กับน้ำหนัก อายุ เพศ อาชีพ และการออกกำลังกาย เพียงแต่ให้ลดปริมาณของคาร์โบไฮเดรตลงเท่าตัว คือเหลือเพียงวันละ 150 - 250 กรัม และเพิ่มโปรตีนให้มากขึ้นเพื่อชดเชย ส่วนไขมันควรเพิ่มขึ้นแต่เพียงเล็กน้อย และไม่ควรกินไขมันสัตว์ (ยกเว้นปลา เบ็ด โกง) เพราะไขมันพวกนี้มีกรดไขมันอิ่มตัวอยู่มากซึ่งร่างกายจะนำไปสร้างเป็นโคเลสเตอรอล (Cholesterol) แต่ควรกินไขมันจากพืช (ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว) แทน ก็ควรกินผักต่าง ๆ ใหม่มากเพื่อได้ วิตามิน เกลือแร่ และช่วยไม่ให้หิวบ่อย

¹ ศรีจิตรา บุณนาคและสิโรตม์ บุณนาค, คู่มือผู้ป่วยโรคเบาหวาน (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2523), หน้า 15 - 17.

อาหารที่ผู้ป่วยควรพึงละเว้น

1. ของหวานทุกชนิด เช่น น้ำตาล น้ำหวาน น้ำเชื่อม น้ำผึ้ง
2. ขนมหวานจัดทุกชนิด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา กล้วยเชื่อม ลูกตาลเชื่อม และขนมเค้ก
3. ผลไม้ที่หวานจัด เช่นทุเรียน มะขามหวาน กล้วย น้อยหน่า ขนุน องุ่น ลูกเกต และโดยเฉพาะพวกผลไม้กระป๋อง เช่น เงาะ ลิ้นจี่ ลำไย

สำหรับอาหารต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ไม่ใช่ห้ามเด็ดขาดจะรับประทานบ้างเป็นบางครั้งคราวก็ได้ แต่อย่าให้มากนัก และเมื่อรับประทานแล้วก็ต้องลดข้าวลง ถ้าอยากรับประทานของหวานก็ควรใส่น้ำตาลเทียม เช่น แซคคารีน โดยที่สารพวกนี้จะไม่ถูกเผาไหม้ในร่างกายและไม่ให้พลังงาน แต่ก็ไม่ควรรับประทานมากนัก เพราะมีรายงานว่าในการทดลองให้สัตว์กินขนาดมาก ๆ จะทำให้เกิดโรคมะเร็งได้

จากการศึกษาของสนอง อุนากุล โคอ้างถึงผลการวิจัยของนายแพทย์แฮคเคนและคณะ ความว่า

การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่เป็นในผู้ใหญ่ก็ได้ผลอย่างมาก โดยได้ทดลองกับผู้ป่วย 57 คนเป็นเวลา 6 เดือน เพื่อดูว่าจะได้ผลหรือไม่ และจำเป็นต้องกินยาที่เปอรเซนต ปริมาณอาหารที่ได้รับประทานขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัว ซึ่งอยู่ในระดับ 800 - 2,300 แคลอรีต่อวันหรือเฉลี่ยได้ 1,540 แคลอรี ส่วนคาร์โบไฮเดรตจำกัดให้รับประทานเพียง 40 % หรือน้อยกว่า (คนปกติ 60 - 65 %) ในการทดลองนี้พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีน้ำหนักและน้ำตาลในเลือดลดลงมาก ส่วนอีก 1 ใน 3 จะลดลงเล็กน้อย เมื่อเฉลี่ยน้ำหนักทั้งหมดจะลดลงคนละ 18 ปอนด์ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเขาจะลดลงมากในเดือนแรกคือลดจากค่าเฉลี่ย 200 มก. % ลงมาเหลือเพียง 144 มก. % และระดับไขมันก็ลดลงด้วย ภายหลังจากการทดลอง 6 เดือนคงมีเพียง 6 รายจาก 57 รายเท่านั้นที่ระดับน้ำตาลในเลือดยังสูงกว่า 200 มก. % ซึ่งจำเป็นต่อการรับประทานยาเบาหวานต่อไป อย่างไรก็ตามก็พบว่าทุกรายอาการต่าง ๆ ของเบาหวานก็ดีขึ้นอย่างมาก¹

¹ สมอง อุนากุล, คู่มือผู้ป่วยโรคเบาหวาน, หน้า 111.

การออกกำลังกาย มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะการออกกำลังกาย (มีปฏิกิริยาคล้ายกับอินซูลิน) ทำให้น้ำตาลในเลือดลดลง โดยการออกซิไดซิงคาร์โบไฮเดรต (Oxidizing Carbohydrate) นอกจากนี้การออกกำลังกายจะทำให้น้ำหนักลดและความคุมให้น้ำหนักตัวคงที่¹

การรักษาด้วยยาลดน้ำตาล ใตผลในผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้ใหญ่ที่มีเบต้าเซลล์ทำงานน้อยลง จึงจำเป็นต้องใช้ยาไปกระตุ้นเบต้าเซลล์ในตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมา ยานี้จะไม่ได้ผลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดเป็นกับเด็ก ยาลดน้ำตาลที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

ยาซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylureas) มีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือดได้ทั้งคนปกติและผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีฤทธิ์ไปกระตุ้นเบต้าเซลล์ของตับอ่อนให้มีการสลายของแกรนูลในเบต้าเซลล์และหลั่งอินซูลิน

ข้อบ่งชี้และข้อห้ามใช้ เหมาะสำหรับผู้รักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เริ่มเป็นในผู้ใหญ่ที่ควบคุมอาหารแล้วไม่ได้ผล มักจะใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่เริ่มเป็นโรคเบาหวานหลังจากอายุ 40 ปี เป็นเบาหวานมานานน้อยกว่า 10 ปี และต้องการอินซูลินน้อยกว่าวันละ 20 หน่วย² ข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยชนิดที่เริ่มเป็นแต่อายุน้อยที่อ้วนมาก ๆ ที่มีการคิดเชื้อรุนแรงหรือผู้ที่เคยเกิดคีโตแอซิโดสิส³ และผู้ป่วยไม่ควรรับประทานยาพวกแอสไพรินมาก เพราะยาแอสไพรินจะเพิ่มภาวะน้ำตาลในเลือดลดลง นอกจากนี้จะต้องแนะนำผู้ป่วยในรายที่เกิดการเจ็บป่วยหรือมีการคิดเชื้อเกิดขึ้น จะต้องมาปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะหยุดยาหรือเพิ่มยา เพราะการเจ็บป่วยจะทำให้ต้องการอินซูลินมากขึ้น แพทย์อาจจะต้องเปลี่ยนยาให้เป็นยาคีโตอินซูลินก็ได้

¹ Joan Luckmam and Karen Creason Sorensen, Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach, 2d ed. (Philadelphia ; W.B. Saunders Company, 1980), p. 1564.

² Ibid.

³ สอนง อุนากุล, คู่มือผู้ป่วยโรคเบาหวาน, หน้า 136.

ผลข้างเคียงและพิษของยา จะพบว่ามีคลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เป็นผื่นคันตามผิวหนัง พิษของยาส่วนใหญ่มักเกิดที่ตับ ทำให้ตับเสื่อมหน้าที่หรือเกิดคีซัน นอกจากนี้จะทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ผิวหนังเป็นผื่นแดงเหมือนลมพิษ เป็นจำ ๆ คล้ายเลือดออก

ไบกัวไนด์ (Biguanide) ที่สำคัญคือเฟนฟอร์มิน (Phenformin) มีชื่อเรียกทางการค้าว่า ดี บี ไอ (D. B. I.) ออกฤทธิ์ลดน้ำตาลอยู่ได้นาน 6 - 8 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ถูกขับออกทางปัสสาวะและทางน้ำดี โดยที่เมตาบอไลต์ (Metabolite) ยาตัวนี้จะไค้ผลลดน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานเท่านั้น และไม่ไค้กระตุ้นให้มีการหลั่งของอินซูลิน เพราะฉะนั้นจึงสามารถลดออกฤทธิ์ลดน้ำตาลได้โดยไม่ต้องอาศัยตั้บอ่อน โดยไปลดการดูดซึมของน้ำตาลจากทอทางเคินอาหาร

ข้อบ่งใช้และข้อห้ามใช้ เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อ้วนมาก เพราะยานี้จะช่วยลดน้ำหนักตัวไค้ควย สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะขาดออกซิเจน เช่นโรคตับไตเสื่อมหน้าที่และโรคหัวใจเป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงใช้ยาตัวนี้ เพราะอาจส่งเสริมให้เกิดภาวะกรดแลคติก (Lactic acid) คั่งในเลือดจนเกิดอันตรายไค้¹

ผลข้างเคียงและพิษของยา มักมีอาการทางระบบทางเคินอาหาร คือ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ภายอุจจาระเหลว

อันตรายจะเกิดขึ้นไค้เมื่อใช้ยาผิดวิธี คั้งนั้นในกรณีที่แพทย์สั่งให้รับประทานยาก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง ก็ต้องปฏิบัติตามเพราะยากุ่มซัลโฟนิลยูเรีย เมื่อรับประทานเข้าไปแล้ว อาจจะทำให้เกิดอันตรายจากภาวบน้ำตาลในเลือดต่ำ ครึ่ง - 1 ชั่วโมง หลังรับประทานยา หรืออาจเกิดหลังรับประทานยาหลายชั่วโมงก็ไค้ได้ ฉะนั้นการรักษาเวลาเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ไม่ควรใช้ยาอื่นรวมกับการรับประทานยาโรคเบาหวานโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง

¹ M. I. Drury, Diabetes Mellitus (Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1979), p. 40.

เพราะอาจจะทำให้เกิดการเสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกัน ทำให้มีฤทธิ์แรงขึ้นโดยเฉพาะยาแก้ปวด และยาแก้แพ้ จะมีคุณสมบัติไปลดน้ำตาลในเลือดได้ จึงอาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำมากเกินไป

การหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง โดยไม่มีสารคีโตนนั้น มักพบในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคแทรกปัจจุบันหนักอย่างรุนแรง เช่น โรคติดเชื้อ แต่โดยทั่วไปแล้วมีสาเหตุเนื่องจากการที่เลือดเข้มข้น มีน้ำตาลมาก และเนื่องจากน้ำตาลมีคุณสมบัติที่อุ้มน้ำได้ดี จึงทำให้ดูดน้ำจากเซลล์ต่าง ๆ เข้าสู่เลือดหรือน้ำระหว่างเซลล์มากเกินไป เป็นเหตุให้เซลล์ของร่างกายขาดน้ำ โดยเฉพาะเซลล์ของสมองเมื่อขาดน้ำทำให้เกิดหมดสติได้ แต่ก่อนจะหมดสติมักจะพบอาการแสดงล่วงหน้า คือ หิว กระหายน้ำ ถ่ายปัสสาวะมาก การตรวจจะพบว่าปริมาณน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะสูง และโซเดียมในเลือดสูงด้วย

การหมดสติเนื่องจากภาวะคีโตนแอซิโดสิส พบบ่อยที่สุดในรายที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ต้องฉีดยาอินซูลินแล้วเกิดหุคยา อันคัมรองลงมาคือการติดเชื้อ สาเหตุของการเกิดกรดในร่างกายนี้เนื่องจากร่างกายไม่สามารถเผาไหม้น้ำตาลให้เป็นพลังงานได้ จึงต้องดึงเอาไขมันมาเผาไหม้แทน จึงทำให้เกิดสารคีโตนขึ้น ซึ่งมีอยู่ 3 อย่าง คือ กรดสับคร็อกซีบูทีริก กรดอะซิโตนแอซิดิก และอะซิโตน สารพวกนี้จะถูกขับออกมาในปัสสาวะเรียกว่า คีโตนูเรีย เมื่อกรดพวกนี้คั่งมากในเลือดจึงทำให้เกิดภาวะคีโตนแอซิโดสิส (ketoacidosis) หรือเรียกสั้น ๆ ว่า คีโตนอส (ketosis) อาการที่พบนอกจากทำให้หมดสติแล้วยังทำให้ร่างกายขาดน้ำ ซากโซเดียม คลอไรด์ แคลเซียม และไบคาร์บอเนต รวมทั้งโรคแทรกซ้อนที่เนื่องจากการติดเชื้อต่าง ๆ รวมด้วยอีก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมาก เบื่ออาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้ ปวดตามกล้ามเนื้อ กระหายน้ำจัด ผิวหนังและปากคอแห้ง หอบ มีไข้ ซึม หมดสติที่เรียกว่า โคม่า (Coma) ¹

สรุปได้ว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงแล้วหมดสติที่ทำให้เกิดภาวะกรดครั้งนี้มักมีสาเหตุจากมีการติดเชื้อ มีความผิดปกติของระบบเส้นเลือดและหัวใจ มีความเครียด

¹ สนอง อุณากร, คู่มือผู้ป่วยโรคเบาหวาน, หน้า 87.

ทางค่านิจใจ¹

การหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดต่ำ ปกติน้ำตาลในเลือดมีอยู่ประมาณ 70 - 120 มก. % ถาลดต่ำลงถึงครึ่งหนึ่งคือต่ำกว่า 50 % จะเกิดอาการหมดสติได้ ทั้งนี้สมองขาดพลังงานจากกลูโคส² โดยปกติแล้ว ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำนี้พบได้บ่อยจากการฉีดอินซูลินหรือรับประทานยาเม็ดรักษาโรคเบาหวานมากเกินไป หรือไม่ได้ส่วนสัมพันธ์กับการกินอาหารและการออกกำลังกาย เช่น ท้องเสีย กินอาหารเข้าไป กินอาหารน้อยไป หรือออกกำลังกายมากเกินไป จึงช่วยให้น้ำตาลในเลือดลดลงมากเกินไป ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำนี้จัดว่ามีอันตรายมาก เพราะจะทำให้หมดสติและตายได้^{3, 4}

อาการแสดงเริ่มต้นด้วยรู้สึกหิว คลื่นไส้ กระจกกระอวน อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หาวบ่อย ๆ ความนึกคิดและความจำสูญเสีย ปวดศีรษะ ชัก สูญเสียความรู้สึก⁵ การแก้ไขก็คือให้รับประทานของหวาน เช่น ทอफी น้ำตาล หรือน้ำหวานโดยทันทีเมื่อเริ่มอาการ ดังนั้นควรแนะนำผู้ป่วยให้มีน้ำตาลติดตัวไปในเวลาเดินทาง ในรายที่หมดสติให้ใช้น้ำตาลวางอยู่ที่ลิ้นซึ่งจะทำให้มีการดูดซึมได้เร็ว และควรจะฉีด กลูคากอนที่ใต้ผิวหนัง (subcutaneous) แล้วส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที⁶

¹ Luckmann and Sorensen, Medical - Surgical Nursing : Psychophysiology Approach, p. 1569.

² สนอง อุนากุล, คู่มือผู้ป่วยโรคเบาหวาน, หน้า 90.

³ เรื่องเดียวกัน.

⁴ Luckmann and Sorensen, Medical - Surgical Nursing Psychophysiology Approach, p. 1569.

⁵ สาโรจน์ ประภักษาม สุนทร ศันสนันท์ และชวลิต ปรียาสมบัติ, Endocrinology, พิมพ์ครั้งที่ 4. (พระนคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2518), หน้า 252.

⁶ Luckmann and Sorensen, Medical - Surgical Nursing Psychophysiology Approach, p. 1571.

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetic Self - Care Activities)

นอกจากผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และยาที่รับประทานเพื่อลดน้ำตาลแล้ว ผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถในการประเมินความไม่สมดุลของการเผาผลาญ อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน ที่ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูง มีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะ หรือมีสารอะซีโตนออกมาในปัสสาวะ โดยการทดสอบปัสสาวะด้วยตนเอง ตลอดจนต้องมีการดูแลสุขภาพทั่วไป และทราบถึงอาการและวิธีแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ที่ทำให้หมดสติด้วย

การตรวจสอบปัสสาวะ ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องมีการตรวจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคอยดูแลของการควบคุมโรค ผู้ป่วยจะมีการตรวจปัสสาวะด้วยตนเองบ่อยแค่ไหนนั้นขึ้นอยู่กับทัศนคติของแพทย์ผู้รักษาที่แนะนำซึ่ง ไดอานา กูธรี (Diana Guthrie) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคเบาหวานด้วยอาหาร หรืออาหารและรับประทานยาควรได้มีการตรวจสอบปัสสาวะอย่างน้อยวันละครั้ง และทดสอบหลัง 2 ชั่วโมง เมื่อรับประทานอาหารมื้อใหญ่ที่สุดในวันนั้น ผลของการตรวจจะต้องไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะ การพิจารณาการทดสอบหาน้ำตาลในปัสสาวะ 4 ครั้งต่อวัน เมื่อ

1. ปัสสาวะที่ตรวจสอบนั้นมีน้ำตาล 1% - 2%
2. มีอาการแสดงของน้ำตาลในเลือดสูง เช่นมีการกระหายน้ำ ถ่ายปัสสาวะบ่อย หรืออ่อนเพลีย น้ำหนักลด
3. ร่างกายของท่านอยู่ในภาวะเครียด (Stress) เช่น เป็นไข้หวัด มีความเครียดทางอารมณ์
4. เมื่อตรวจสอบปัสสาวะก่อนหน้านี้ไม่พบน้ำตาล แต่ต่อมาตรวจแล้วพบว่า 2% ใน 1 - 2 วัน ¹

¹ Diana Guthrie, "Helping The Diabetic : Management His Self - Care;" Nursing 80 10 (February 1980) : 64-65.

การบันทึกผลของการตรวจสอบปัสสาวะนั้น มีความสำคัญมากที่จะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการรักษา ทำให้มีการกระทำหรือรันทันทีที่จะพบแพทย์ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้น สามารถช่วยในการปรับหรือลดขนาดของยา หลังจากที่ได้มีการบันทึกผลแล้ว จะต้องนำผลเหล่านี้มาแสดงให้แพทย์ เมื่อมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

การตรวจสอบปัสสาวะเพื่อหาอะซิโตน (Acetone) หรือ คีโตน (Ketone) ปกติแล้วจะไม่พบคีโตนในปัสสาวะ นอกเสียจากว่ามีการเผาผลาญไขมันในร่างกายแทนกลูโคส (Glucose) ดังนั้นเราอาจจะพบคีโตนในปัสสาวะ ถ้ารู้สึกว่ามีน้ำหนักลด เจ็บป่วย หรือมีน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำมากเกินไป

การเก็บปัสสาวะสำหรับการตรวจสอบนั้นมีหลักดังนี้ คือ

1. ถ่ายปัสสาวะครั้งแรกออกให้หมดเสียก่อน
2. คีมน้ำ 1 แก้ว
3. ถ่ายปัสสาวะอีกครั้ง 30 นาทีต่อมาหลังจากที่ถ่ายทิ้งไปครั้งแรก
4. นำปัสสาวะที่ถ่ายเป็นครั้งที่ 2 มาตรวจสอบ¹

สุขภาพอนามัยทั่ว ๆ ไป เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่าบุคคลปกติ ทั้งนี้เพราะว่ามีการไหลเวียนของเลือดน้อยลง มีความเข้มข้นของน้ำตาล (Glucose) เพิ่มขึ้น มีความผิดปกติในระบบการต้านทานโรค ทำให้เม็ดเลือดขาวทำงานน้อยลง และมีปัจจัยทางด้านอื่น ๆ อีกซึ่งไม่สามารถจะทราบได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานควรจะได้รับคำแนะนำทางด้านสุขภาพอนามัยทั่ว ๆ ไป การป้องกันการติดเชื้อและการดูแลรักษา

ผิวหนัง เป็นแหล่งติดเชื้อได้ง่ายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะบริเวณที่พบบ่อยที่สุดคืออวัยวะสืบพันธุ์ รอบ ๆ ทวารหนัก ไตรักแร้ ไตร้าวนม ที่ขาหนีบ และตามข้อพับ

¹ Ibid.

ของแขนและขา เนื่องจากเป็นที่อับชื้นมีเหงื่อออกมาก มีการเสียดสี ซึ่งจะทำให้ผิวหนังเปื่อยและเชื้อราจะเจริญได้ดี ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นแดง บวม เป็นตุ่มหนองที่ขอบ ๆ จะรู้สึกคันและเจ็บมาก ซึ่ง โดโรซี อาร์ เบลวิน (Dorothy R. Blevins) กล่าวว่า การป้องกันการติดเชื้อรา นอกจากจะต้องมีการควบคุมโรคให้ดีขึ้นแล้ว การรักษาความสะอาดของร่างกายเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อ้วน การรักษาความสะอาดตามข้อพับต่าง ๆ เป็นประจำและพยายามเลือกชนิดของเสื้อผ้าอย่าให้หนาจนเกินไป จะต้องใช้แบบผ้าฝ้ายเพื่อให้อากาศถ่ายเทได้ดี ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบที่บริเวณฝีเย็บ (Perinium) จะต้องให้ทำความสะอาดทุกครั้งเมื่อหลังถ่ายปัสสาวะ บริเวณนี้จะต้องทำให้แห้ง และต้องอยู่ในท่าที่ลมโกรกได้ ฉะนั้นหลักการในการดูแลรักษาผิวหนังจะต้องทำความสะอาด แห้ง มีลมพัดผ่านได้¹

สุขภาพของปากและฟัน ในผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับคำแนะนำในการตรวจปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการป้องกันมิให้เกิดโรคของปากและฟันได้ นอกจากนี้เนื้อเยื่อในช่องปากที่ดีจะเป็นข้อบ่งชี้ ถึงสุขภาพทั่ว ๆ ไปของร่างกายด้วย อาการแสดงที่พบมีปากแห้ง (Xerostomia) ลิ้นขาว เหงือกบวมและมีเลือดคั่งเฉพาะแห่ง บริเวณริมฝีปากเป็นแผลพุพอง เยื่อหุ้มฟันอักเสบ อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนี้เป็นผลจากโรคเบาหวานที่เกิดจากการเผาผลาญเรื่องอาหาร และมีปัญหาเกิดขึ้นที่หลอดเลือด²

จูดี จอร์แดน และ ดอนนา นิคเคอร์สัน (Judy Jordan and Doma Nickerson) กล่าวว่า การดูแลรักษาปากฟันของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นควรจะปฏิบัติดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจปากฟันจากทันตแพทย์ อย่างน้อยทุก 3 - 4 เดือน (ทุก 2 เดือนในเด็ก)

¹ Dorothy R. Blevins, "The Hospitalized Diabetic" in The Diabetic and Nursing Care, eds. by Dorothy R. Blevins (New York : McGraw - Hill Book Co., 1979), p. 241.

² Ibid.

2. พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายในช่องปากไม่สามารถรักษาให้หายได้ ถ้าไม่มีการควบคุมโรคเบาหวาน

3. ผู้ป่วยควรจะได้รับ การชูดหินปูนจากทันตแพทย์ ในรายที่มีหินปูนเกาะ จะทำให้เกิดโรคของเหงือกได้

4. ผู้ป่วยที่จะต้องถอนฟัน จะต้องมีการควบคุมโรคเบาหวานก่อน

5. การทำ x - ray ปากควรทำปีละครั้ง

6. เนื้อเยื่อในช่องปากควรจะได้รับ การปฏิบัติอย่างนิ่มนวล และป้องกันมิให้เกิดอันตราย

7. โรคของฟันผุควรจะได้รับ การถอนและให้การรักษารากฟัน

8. การใส่ฟันปลอมจะต้องระมัดระวัง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น¹

การดูแลรักษาเท้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมักเกิดแผลที่อวัยวะส่วนปลายของร่างกาย เช่น มือและเท้าเป็นต้น เพราะบริเวณนี้มีเลือดไปเลี้ยงได้น้อย และเกิดอันตรายได้บ่อย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการชาตามปลายมือและเท้า จึงไม่รู้สึกเจ็บปวดเมื่อมีบาดแผลเกิดขึ้น โดยเฉพาะบริเวณปลายเท้าจนกระทั่งแผลลุกลามและเน่า (Gangrene) ถึงกับต้องตัดนิ้วเท้าหรือขาออก ลี โอ พี แครด (Leo P. Kral1) กล่าวว่าหลักของการดูแลรักษาเท้าที่ดี คือ

1. มีการป้องกันที่ดีของเท้า
2. หลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับเท้า

¹ Judy Jordan and Donna Nickerson, "Hygiene in Diabetic Care," in Nursing Management of Diabetes mellitus, eds. by Diana W. Guthrie and Richard A. Guthrie (Saint Louis : The C. V. Mosby Co., 1977), pp. 121 - 122.



3. สวมรองเท้าให้พอดีและเหมาะสม¹

สนอง อุณาภูล โคกกลางถึงหลักในการดูแลรักษาเท้าไว้ดังนี้ คือ

1. ล้างเท้าให้สะอาดด้วยน้ำสบู่ทุกวัน เช็ดเท้าให้แห้งและใช้แป้งโรย
2. สวมถุงเท้าที่สะอาด และไม่มีรอยตะเข็บกดเนื้อ
3. ใช้รองเท้าที่เหมาะสม นุ่ม และไม่บีบเท้า ถ้าจำเป็นต้องเปลี่ยนรองเท้าใหม่ควรได้ไม่เกินวันละ 1 ชั่วโมงสัก 1 สัปดาห์ก่อน เพื่อให้ชินและป้องกันรองเท้ากัด
4. ถ้าเกิดเป็นตุ่มตาปลาหรือเป็นหูดที่เท้า อย่าตัดด้วยมีด ควรแช่เท้าด้วยน้ำสบู่ แล้วถูด้วยผากอสเบา ๆ ให้เนื้อตายและหลุดออกไปเอง
5. ระวังเรื่องการตัดเล็บโดยเฉพาเมื่อเล็บขบ
6. ไม่ควรเดินด้วยเท้าเปล่า ถ้าจำเป็นก็ต้องระวังสะเก็ดของแข็ง ของมีคมเหยียบหนามหรือของรอน ๆ
7. อย่าใช้ยาแรง ๆ ทาผิวหนัง เช่น ทิงเจอร์ไอโอดีน หรือกรดคาร์บอลิก
8. ถ้าเป็นแผลที่เท้าให้รีบปรึกษาแพทย์ อย่าประมาทว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย เพราะจะถูกตัดขาได้ง่าย

นอกจากนี้ให้หมั่นออกกำลังกายเท้าด้วยการเดินหรือกายบริหาร เพื่อให้เลือดมาเลี้ยงเท้าดีขึ้น คือ

1. นอนราบบนเตียง แล้วยกขาสูงตั้งฉากกับลำตัวนานราว 1 - 4 นาที
 2. คอย ๆ เหยียดขาลงห้อยที่ขอบเตียง 1 - 4 นาที
 3. วางขาพิงบนเตียง 1 - 4 นาที
- ทำสลับกันเช่นนี้ 5 - 6 ครั้ง ควรทำเช้าเย็นเป็นประจำทุกวัน²

¹ Krall, Joslin Diabetes Manual, p. 181.

² สนอง อุณาภูล, คู่มือผู้ป่วยโรคเบาหวาน, หน้า 80.

ซาราห์ สจวต (Sarah Stuart) กล่าวว่าผู้ที่ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมโรคได้นั้นเป็นผลมาจาก

1. มีภาวะความตึงเครียดทางค่านิจใจเกินไปสำหรับปัญหาที่ได้ประสบหรือเปล่า
2. ขาดความรู้
3. มีแรงจูงใจน้อย
4. กระบวนการวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น¹

แคนแดน เอส กุลค (Candane S. Gulks) และคอนสแตน บูทีร์ส (Constance Butherus) กล่าวว่า การที่จะให้คำแนะนำผู้ป่วยจะต้องคำนึงถึงความรู้ความเข้าใจโรคที่ตนเองกำลังเป็นอยู่และการรักษาที่ให้ เช่น เมื่อสอน ผู้ป่วยเรื่องยา จะต้องให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่าง อาหารและการออกกำลังกายด้วย ในรายที่มีการมองเห็นเสียไป จะต้องสอนตามสิ่งที่เป็น คือการใช้ Syringe แบบพลาสติก เป็นต้น จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานควรจะมีความรู้เกี่ยวกับ

1. อาการและอาการแสดงของน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ
2. วิธีการตรวจสอบปัสสาวะ เพื่อหาน้ำตาลและคีโตน
3. การปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารและยาระหว่างมือ
4. หลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์
5. การปรับขนาดของยาจะต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้รักษาเท่านั้น
6. ให้มีบัตรประจำตัวว่าเป็นโรคเบาหวาน
7. หลีกเลี่ยงอากาศที่เย็นหรือร้อนเกินไป โดยเฉพาะความเย็น และการเป็นเชื้อ

จุ่มอีกเสมอไม่ควรรักษาเอง

¹ Sarah Stuart, "Day - to Day Living with Diabetic,"
American Journal of Nursing 71 (August 1971) : 1548-1550.

8. สนใจข่าวสารต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพอนามัย

9. วิธีปรับเวลาเมื่อมีการเดินทางเกิดขึ้น¹

ริตา คาร์เบอร์ (Rita Carber) กล่าวว่า ในการที่จะให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแล (Self Management) ตนเองได้ดี ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติที่จำเป็นต่อสถานะของโรคของผู้ป่วยโดยที่เจ้าหน้าที่วิชาชีพทางสุขภาพจะต้องสร้างมาตรฐานโปรแกรมการสอนดังต่อไปนี้ คือ

1. การตรวจสอบปัสสาวะ
2. วิธีจะเก็บปัสสาวะตรวจ
3. สรีรพยาธิวิทยาของโรคเบาหวาน
4. วิธีการให้อาหารและยานี้ด
5. อาการและอาการแสดงที่ไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้
6. กิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลผิวหนัง ปาก ฟัน เท้า
7. กิจกรรมการพักผ่อน
8. การมีบัตรประจำตัว
9. เมื่อเกิดอาการผิดปกติจะทำอย่างไร
10. การนัดมาตรวจสำคัญอย่างไร
11. แหล่งบริการสุขภาพ

¹ Candance S. Gulks and Constance Buthers, "Toward Better Patient Teaching," Journal of Practical Nursing 108 (September 1978)

12. คำแนะนำในเรื่องอาหาร การปรับอาหาร ¹

เมื่อสอนเสร็จจะต้องมีการประเมินผู้ป่วย ซึ่ง นอร์มา เอ็ม ทริบเบิล และ อีเมลลี อี โฮลเลน เบอร์ก (Norma M. Tribble and Emily E. Hollenberg) ได้ตั้งกฎเกณฑ์ในการตรวจสอบผู้ป่วยและญาติไว้ว่า

1. ผู้ป่วยและญาติจะต้องสาธิตวิธีการทดสอบปัสสาวะอย่างน้อยก่อนออกจาก โรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยและญาติจะต้องฉีดยาอินซูลินได้อย่างถูกต้องก่อนออกจากโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยและญาติจะต้องอธิบายคายปากเปล่าอย่างเข้าใจ ในขั้นพื้นฐานของพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน
4. ผู้ป่วยและญาติจะต้องบอกอย่างเข้าใจ ถึงอัตรกมโนมติของการดูแลเท้าและผิวหนังทั่วไป
5. ผู้ป่วยและญาติจะต้องบอกอาการ อาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
6. ผู้ป่วยจะต้องบอกถึงเรื่องอาหาร เบาหวานได้อย่างถูกต้อง ²

การเป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วย (Counseling The Diabetic Patient)

การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นโรคที่เรื้อรัง จึงต้องการความต่อเนื่องด้านความรู้ และคอยสนับสนุน

¹ Rita Garber, "The Use of Standardized Teaching Program in Diabetes Education," The Nursing Clinics of North America 12 (September 1977) : 375 - 391.

² Norma M. Tribble and Emily E. Hollenberg, "The Impact of Quality Assurance Program on Diabetes Education," The Nursing Clinics of North America 12 (September 1977) : 369 - 370.

ใหญ่ป่วยไคผ่านระยะที่มีความผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก ฉะนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องไคผู้ที่มีประสบการณ์และความรู้ความชำนาญนี้มาเป็นที่ปรึกษา เพื่อจะได้รักษากฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของการรักษา การปรึกษาจะให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยในการที่จะระบายนความกลัว ความวิตกกังวล ความเค็ดร้อน และไคตระหนักถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยเฉพาผู้ป่วยใหม่จะต้องมีการแนะนำปรึกษาใหญ่ป่วยไคยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขา ต้องมีการอธิบายเกี่ยวกับโรคใหญ่ป่วยไคเขาใจอย่างชัดเจน เพราะจะทำให้เขาไคผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ไค และสามารถแก้ไขปัญหา ลดความเครียด เษชัญกับความกลัวในสิ่งที่คาดไม่ถึงในอนาคตข้างหน้าลดลง

การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จูเลีย คี วักคินส์และคณะ (Julia D. Watkins and Others) ไคศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้าน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การดูแลตนเองและการควบคุมโรคโดยไคแบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตพฤติกรรม ไคกลุ่มตัวอย่างประชากร 60 คน มาตรวจที่เมตาโบลิค คลินิก (Metabolic Clinics) ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผลปรากฏว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ระยะเวลาของการเป็นโรคจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติที่ไม่ถูกวิธีอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 คือมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 33 ที่มีการปฏิบัติไคถูกต้อง ที่เป็นโรคนานแล้ว 10 ปีส่วนใหญ่ร้อยละ 7 จะมีการปฏิบัติผิดพลาดในเรื่องขนาดของยาอินซูลินที่ฉีด อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในการปฏิบัติผิดพลาด หรือระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน การควบคุมโรคไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรค นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการควบคุมโรคไคน้อย จะมีความรู้มากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไค¹ ในเวลาต่อมา จูเลีย คี วักคินส์และคณะ (Julia D. Watkins and Others) ไคทำการศึกษา การสังเกตผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านเกี่ยวกับข้อผิดพลาดของยา โดยทำการศึกษาผู้ป่วย 162 คน ไคแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่ไค

¹ Julia D. Watkins and Others, "A Study of Diabetic Patients at Home," American Journal Public Health 57 (March 1967) : 452 - 457.

รับยาคีดิอินซูลินจำนวน 115 คน กลุ่มที่ 2 ใ้รับยาคน้ำตาลรับประทานจำนวน 47 คนโดย
ใช้แบบสัมภาษณ์และการสังเกต ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 มีร้อยละ 58 มีข้อผิดพลาดของ
ขนาดยาคีดิ และในร้อยละ 35 ของผู้ป่วยนี้มีทั้งนี้คยาเกินขนาด หรือน้อยกว่าแพทย์มีคำสั่ง ผู้
ป่วยกลุ่มที่ 2 พบว่าร้อยละ 23 มีข้อผิดพลาดของขนาดยารับประทาน คือรับประทานไม่ถูก
ขนาดตามแพทย์สั่ง¹

คองนา นิคเคอร์สัน (Donna Nickerson) ได้สำรวจความรู้ความเข้าใจของผู้
ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้แบบสอบถาม ใช้กลุ่มตัวอย่างประชากร 74 คน โดยศึกษาผู้ป่วยที่
เป็นโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนก อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม
เด็ก กระจก และตา โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะเป็นเบาหวานมานาน 5 - 7 ปี พบว่าผู้ป่วยร้อยละ
89 ไม่เข้าใจถึงการรักษาคยาคีดิอินซูลิน ร้อยละ 46 ไม่เข้าใจขั้นตอนในการรักษาโรค
ร้อยละ 57 ไม่ทราบถึงความสำคัญของการดูแลเท้าและการเกิดแผลเน่าเปื่อยที่เท้า (Gang-
renous foot ulcer)

ลูซี่ โนวิกส์ (Lucy Noviks) ได้สร้างเครื่องมือในการประเมินการควบคุมโรค
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับรักษาที่คลินิก เพื่อที่จะค้นหาว่า ผู้ป่วยที่มาตรวจที่คลินิกแห่งนี้ จะมี
การควบคุมโรคใดดีขึ้นเพียงไร โดยได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ใ้รับยาคีดิอินซูลิน ยารับประทาน
รวมกันการควบคุมอาหารหรือควบคุมคยอาหารอย่างเดียว จำนวนผู้ป่วย 50 คน โดยสร้าง
เครื่องมือในการประเมิน คือ หาระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลในปัสสาวะ คีโตนใน
ปัสสาวะ อาหารเบาหวาน น้ำหนักที่ควรจะเป็น ความบอຍของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือด
ต่ำ ความบอຍของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยเรื่องกรดคั่ง (Acidosis) พบว่า

¹ Julia D. Watkins and Others, "Observation of Medication Errors Made by Diabetic Patients in the Home," Diabetes 16 (December 1967) : 882 - 885.

² Donna Nickerson, "Teaching the Hospitalized Diabetic," American Journal of Nursing 72 (May 1972) : 935 - 938.

ผู้ป่วยทุกกลุ่มที่มารับการรักษาที่คลินิกแห่งนี้มีการควบคุมโรคได้ดีขึ้น ดังนั้นการจะประเมินว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีการควบคุมโรคได้ดีเพียงใด สามารถกระทำได้ดังนี้ คือ

1. สร้างแบบสอบถามวัดความรู้ของผู้ป่วย
2. ประเมินการควบคุมโรคในแต่ละครั้ง เช่น การเจาะเลือด การตรวจปัสสาวะ จำนวนครั้งที่ทำให้เกิดคีโตแอซิโดสิส (Ketoacidosis)
3. สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน ¹

พี เอ บรูค (P. A. Brook) ได้ศึกษาความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับโรคและการรักษา กลุ่มประชากรที่ใช้จำนวน 30 คนทั้งชายและหญิงแล้วแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับอินซูลิน กลุ่มที่ 2 ไม่ได้รับอินซูลินพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มขาดความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวานและการรักษา และนอกจากนี้ยังพบว่าเพศแตกต่างกันมีความรู้ความเข้าใจไม่แตกต่างกัน คือทั้ง 2 เพศไม่มีความรู้ทั้งที่ผู้ป่วยทุกคนได้รับการสอนในเรื่องโรคและการรักษาโดยเฉพาะชนิดของอาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลินจะมีความรู้ในเรื่องอาหารมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่รับยาฉีดอินซูลิน ²

การวิจัยที่ไต่ถามมาแล้วข้างต้น เป็นเพียงการวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นบางส่วนเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถจะนำการวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงมาเสนอได้มากกว่านี้ เพราะว่ามีผู้ใดได้ทำการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดูแลตนเองมาก่อนเลย

¹ Lucy Noviks, "The Diabetic - Care Unit I Development of an Index to Evaluate Diabetes Controls," Canadian Medical Association Journal 14 (May 1976) : 777 - 779.

² P. A. Brook, "Diabetic Patient's Understanding of Their Disease and Its Treatment," Nursing Times 73 (June 1977) : 1117 - 1119.