

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของโลก ทั้งนี้เนื่องจากการเติบโตอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจมีผลต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน โดยคาดว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นจาก 124 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1997 เป็น 221 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2010 (Amos, McCarty & Zimmet, 1997 cited in Quinn, 2001) สำหรับประเทศไทย Aekplakorn, et al. (2003) ได้ศึกษาความชุกของโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป เมื่อปี พ.ศ. 2543 พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 2.4 ล้านคน และเป็นผู้ที่อยู่ระหว่างภาวะปกติกับภาวะการเป็นโรคเบาหวาน (impaired fasting glucose) จำนวน 1.4 ล้านคน ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานโดยทั่วไป พบว่าร้อยละ 90 – 95 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (American Diabetes Association, 2005) ซึ่งพบมากในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และความชุกของโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (Norris & Olson, 2004; Boyle, et al., 2001) โดยพบว่าในปี ค.ศ. 2000 มีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3.5 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2010 (Boyle, et al., 2001) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำนวน 7,763 ราย ของ วันดี โภคะกุล และคณะ (2547) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 และจากการคาดการณ์จำนวนประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 – 2568 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2546) ที่คาดว่าผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นจาก 6.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 14 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งจะทำให้มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานมากขึ้นด้วยในอนาคต

โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงใหญ่ (macrovascular) และหลอดเลือดแดงเล็ก (microvascular) (สาริต วรรณแสง, 2548) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย พิการ และการตายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (American Diabetes Association; ADA, 2004) โดยพบผู้ป่วยเบาหวานมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึงร้อยละ 2 – 4 (ดาร์ส ตริสุโกศล, 2548) ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุการตายในผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 65 (Olson & Norris, 2004) และเป็นสาเหตุหลักของการตายในผู้สูงอายุไทย (ศรีจิตรา นูนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) นอกจากนี้พบว่าเบาหวานเป็นสาเหตุของความพิการต่าง ๆ เช่น ทำให้ตาบอดถึงร้อยละ 8 ของผู้ป่วยตาบอดทั้งหมด และความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.5 เท่า ในผู้ป่วยเบาหวานที่มี

อายุ 65 ปีขึ้นไป (National Society to Prevent Blindness, 1980 อ้างถึงใน ภฤศ หาญอุตสาหะ, 2546) ทำให้เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้าย ร้อยละ 30.1 (Chittinandana, 2000) และประมาณ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานนานกว่า 25 ปี จะมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดขา (เอระวดี มิตรภักดี, 2541) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย พิกการ และตายเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ซึ่งหมายถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั่นเอง

คุณภาพชีวิต เป็นดัชนีที่บ่งชี้ถึงผลสำเร็จในการรักษาพยาบาลอีกอย่างหนึ่ง นอกจากอัตรา การรอดชีวิต (Wilson, et al., 1995) ซึ่งหมายถึง การรับรู้ต่อชีวิตตามเป้าหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานของบุคคล ภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ (World Health Organization; WHO อ้างถึงใน สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และคณะ, 2544) ส่วน อภา ใจงาม (2535) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สามารถทำหน้าที่และ ดูแลตนเองได้ตามสภาวะของความแข็งแรงและความจำกัดที่มีอยู่ มีความสุขทางด้านจิตใจ ดำรงชีวิตตามแบบแผนการดำเนินชีวิต สามารถอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีและคงไว้ซึ่งคุณค่าแห่งตน สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามลักษณะที่ ตนเองเป็นอยู่ (จิรนุช สมโชค, 2540) หรือการรับรู้ของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตขณะป่วยอย่างเป็น ปกติสุข (วิลาสินี แผ้วชนะ, 2541) แต่ WHO (2003) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะทำให้ผู้สูงอายุมี ความเสื่อมทางด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความพิการ (Disabilities) และคุณภาพชีวิตแยลง สอดคล้องกับสุรกุล เจนอบรม (2534) ที่กล่าวว่า การสูงอายุร่วมกับการเจ็บป่วยมีผลทำให้ สมรรถภาพทางกาย ทั้งทางด้านการทำงานที่และการรักษาสมดุลของร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ รู้สึกเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ มีการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกอับอาย มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานปล่อยชีวิตไปตาม โชคชะตา ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ ตนเอง เป็นเหตุให้สภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมถอยลงอย่างรวดเร็ว ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มากขึ้น ส่งผล กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (วิลาสินี แผ้วชนะ, 2541) เป็นวงจรต่อเนื่องอย่าง ไม่รู้จบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องหาแนวทางในการช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มีหลากหลายตามความเชื่อของผู้ศึกษา ส่วนองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาของ Jacobson, et al. (1988) พบว่ามี 4 ด้าน คือ 1) ความพึงพอใจ 2) ผลกระทบจากการเจ็บป่วย 3) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับ

สังคม และการประกอบอาชีพ และ 4) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะดำรงคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอดชีวิต (ปริศนา อັตตถาผล, 2545) โดยการให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตนเอง คือ มีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Kotsanos, et al., 1997) ตามเกณฑ์การประเมินของแต่ละวิธี

การประเมินระดับน้ำตาลในเลือดมีหลายวิธี แต่ที่นิยมใช้กันโดยทั่วไป คือ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (fasting plasma glucose) ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย รวดเร็ว ราคาถูก และใช้วินิจฉัยโรคเบาหวานได้ แต่การตรวจด้วยวิธีนี้ ไม่สามารถบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาวได้ (วิทยา ศรีตามา, 2545) ดังนั้นการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีนี้จึงไม่สัมพันธ์กับการควบคุมโรค (เทพ หิมะทองคำ, 2547) สำหรับการประเมินระดับน้ำตาลที่มีประสิทธิภาพต่อการควบคุมโรคเบาหวาน คือ การตรวจหาระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ซึ่งเป็น การตรวจหาการเปลี่ยนแปลงของฮีโมโกลบิน ด้วยวิธีไม่เอนไซม์ (nonenzymatic) จากปฏิกิริยาระหว่างฮีโมโกลบินและกลูโคส อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดภาวะฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะนี้ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (Mayfield & Havas, 2004) ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA, 2005) เสนอแนะว่าควรตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพราะฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเป็นดัชนีที่บอกถึงระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาว ใช้ประเมินพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในระยะเวลา 8 - 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา และเป็นค่าที่บ่งชี้ถึงอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดี

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติ เป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Germain & Nemchick, 1988; Coates & Boore, 1995) เนื่องจากจะช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับระบบของหลอดเลือดได้ (Chara, 1988) ซึ่งการจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ผลดีนั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเป็นอย่างดี นำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม โดยต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (สุนันทา อยู่พะเนียด, 2544) แต่จากการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรณ (2543) พบว่ามีผู้ป่วยไม่ถึงร้อยละ 3 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ อาจเป็นเพราะรูปแบบการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับความต้องการหรือธรรมชาติของผู้ป่วยแต่ละคน (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2544) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีหลายอย่าง ได้แก่ อายุ (เยาวเรศ สมทรัพย์, 2544) เพศ (วิภารัตน์ ก้องกิตติวงศ์ และคณะ, 2543) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Glasglow, et al., 1987) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (มาลี

จำนงผล, 2540) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค (วรรณิ์ จันทร์สว่าง และคณะ, 2545) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (สุธีรัตน์ อนันต์, 2545) การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาถูกต้อง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเครียด การปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วย (ศรียา วัฒนพาทู และคณะ, 2540) และภาวะซึมเศร้า (Kinder, et al., 2002 cited in Harper - Jaques, 2004) แม้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความหลากหลายไม่สามารถหาข้อสรุปที่ชัดเจนได้ แต่มีผู้พยายามศึกษารูปแบบและวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่น การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาล (รุ่งระวี นารีเจริญ, 2542) การสนับสนุนและให้ความรู้ (ประภาลี โอภาสนันท์, 2542; อุไร วิจิตรกุล, 2544; ศุภพันธ์ มาแสง, 2544) การใช้กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (เกสรี เลิศประไพ, 2539) การติดตามเยี่ยมบ้าน (จิรภา วิลาวรรณ, 2544) การใช้แรงสนับสนุนจากญาติ (กรองจิต ชมสมุท, 2535) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยเหล่านี้ ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น แต่ในทางคลินิกยังมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติได้ (อภิรติ ปลอดภัยในเมือง, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณิ์ จันทร์สว่าง และคณะ (2545) ที่พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลาส่วนใหญ่จะขึ้น ๆ ลง ๆ

Lipetz, et al. (1990) พบว่าโปรแกรมการสอนเพื่อให้ความรู้ไม่ประสบความสำเร็จหากผู้รับบริการขาดความสนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tobin, et al. (1986 cited in Thanasilp, 2001) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลหรือความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่การสนับสนุนหรือให้กำลังใจจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองด้วยความเต็มใจ อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมิได้คาดหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคแต่มุ่งที่จะพัฒนาหรือการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี (Miller, 1992) การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีค่าใกล้เคียงกับค่าปกติที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การปฏิบัติตนที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา (วัลลา ตันตโยทัย และอดิศักดิ์ สงติ, 2540) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งสิ้น หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลตัวเองก็ยากที่จะทำให้การรักษาพยาบาลสำเร็จ เนื่องจากการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมที่เหมาะสมนั้น พยาบาลไม่ได้เป็นผู้กำหนดหรือบอกให้ผู้ป่วยทำตาม แต่เป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง (ศิริพร ชัมภลชิต, 2530)

การจัดการตนเอง (self - management) เป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุก ๆ กระบวนการ เนื่องจากแนวคิดนี้มีพื้นฐานว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ นั้น ต้องเกิดจากกระบวนการคิด ตัดสินใจ ประเมินผลดี ผลเสีย ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง รับรู้ถึงสิ่งที่จะมาคุกคามชีวิตของตนเอง เพราะเมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่า และตระหนักถึงสิ่งที่จะมาคุกคามชีวิต ก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป (Kanfer & Goldstein, 1980; Nakagawa - Kogan, 1996; Coates & Boore, 1995)

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น Kangchai (2002) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดี และลดความถี่ของการปัสสาวะได้ จิตติมา จุณญสิทธิ์ (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่ พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการตนเองเป็นการกระทำที่สำคัญและจำเป็นในกระบวนการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับตนเอง ทำให้อัตราป่วย อัตราตายลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Tobin, et al., 1986)

จากสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง ระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ร้อยละ 59 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด และจากการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2548 โดยดูระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าย้อนหลัง 3 ครั้ง พบว่าร้อยละ 66.6 มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยมากกว่า 130 มก./ดล. หรือบางรายมีระดับน้ำตาลขึ้น ๆ ลง ๆ จากการสอบถามผู้ป่วยสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวน 10 ราย เกือบทุกรายบอกว่า “ทราบวิธีปฏิบัติ” บางรายบอกว่า “เสียตายของเนื่องจากซื้อมาแล้วไม่มีคนกิน” “ทำงานเหนื่อยรู้สึกหิวจึงรับประทานมาก” และ “อยากรับประทานห้ามใจไม่อยู่” เป็นต้น ซึ่งคำตอบเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งสิ้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาแนวทางการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย และจัดการกับโรคของตัวเอง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการหรือธรรมชาติ

ของผู้ป่วยแต่ละคน ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ปัญหาการวิจัย

1. ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแตกต่างกันหรือไม่
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแตกต่างกันหรือไม่
3. ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่
4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน

การจัดการตนเอง (self - management) ตามแนวคิดของ Tobin, et al. (1986 cited in Thanasilp, 2001) หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลควบคุมตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันโรค โดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และเชื่อว่าการได้รับข้อมูลหรือความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่การสนับสนุนหรือกำลังใจเป็นสิ่งดึงดูดให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้วยความเต็มใจ การประยุกต์ใช้แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังควรให้มีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและต้องให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในทุก ๆ กระบวนการ โดยมีเป้าหมายหลัก 4 ประการที่นำไปสู่การจัดการตนเอง คือ 1) ฝึกทักษะการเผชิญปัญหา 2) พัฒนาความสามารถของตนเอง 3) ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และ 4) ติดตามตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยา

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย Kanfer (1980) สรุปว่า 1) พฤติกรรมบางอย่างผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนเองผู้อื่นไม่สามารถปรับเปลี่ยนให้ได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 2) พฤติกรรมที่เป็นปัญหามักพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมากกับปฏิกิริยาต่อตนเอง (self - reaction) และกิจกรรมการรับรู้ เช่น การคิดฝัน จินตนาการ หรือการวางแผนพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งมาจากพื้นฐานความคิด จึงต้องจัดกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระทำได้อย่างยากถ้าผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจหรือไม่เห็นผลประโยชน์จากการกระทำ จึงต้องช่วยให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์หรือคุณค่าจากการกระทำนั้น และ 4) ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงไม่ได้มีเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แต่ต้องรวมถึงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาอื่น ๆ ด้วย จากเหตุผลข้างต้น Kanfer จึงได้พัฒนาเทคนิคการกำกับตนเองมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการจัดการตนเอง

เทคนิคการกำกับตนเองของ Kanfer (1980) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. การติดตามหรือสังเกตตนเอง (self - monitoring or self - observation) เป็นการเฝ้าระวังพฤติกรรมของตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด โดยมีการบันทึกเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น
2. การประเมินตนเอง (self - evaluation) เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการติดตามตนเองกับเป้าหมายที่กำหนด
3. การเสริมแรงให้ตนเอง (self - reinforcement) เป็นการกระทำของบุคคลที่สร้างแรงจูงใจให้ตนเองเมื่อกระทำพฤติกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตัวเองกำหนดไว้ จะทำให้เกิดความถี่ของพฤติกรรมมากขึ้น การเสริมแรงมีทั้งจากภายใน เช่น การกล่าวคำชมเชยตนเอง หรือเสริมแรงภายนอก เช่น การให้วัตถุหรือสิ่งของ

จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin, et al. (1986) และเทคนิคการกำกับตนเองของ Kanfer (1980) ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองรายบุคคล ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) ระยะการประเมินปัญหา 2) ระยะการวางแผน 3) ระยะการปฏิบัติ และ 4) ระยะการติดตามผล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะการประเมินปัญหา ตามแนวคิดของ Tobin, et al. (1986) ที่ว่าการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ทางคลินิกพยาบาลและผู้ป่วยควรกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติร่วมกัน แต่การตั้งเป้าหมายต้องเริ่มจากการค้นหาปัญหา ดังนั้นระยะนี้จึงเป็นการค้นหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยประเมินความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน การปฏิบัติตัว

เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการกับความเครียด และการมาตรวจตามนัด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มากำหนดเป้าหมาย และวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน ซึ่ง Bartholomew, et al. (1997) ได้ศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วย cysticfibrosis โดยใช้การกำหนดเป้าหมายร่วมด้วย พบว่าสามารถลดความรุนแรงของอาการและผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของโรคได้

2. ระยะการวางแผน เป็นการเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ดังนี้

2.1 ให้ความรู้เรื่องเบาหวานในผู้สูงอายุ เป็นการพัฒนาความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Tobin, et al. (1986) โดยให้ความรู้ครอบคลุมเรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การควบคุมอาหารโดยใช้อาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการกับความเครียด การมาตรวจตามนัด โดยให้ความรู้ตามสภาพปัญหาที่ได้จากระยะประเมินหรือเป็นความต้องการของผู้ป่วย ความรู้จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความเข้าใจที่ถูกต้อง นำไปสู่การตัดสินใจในการวางแผนการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น

2.2 ฝึกทักษะการคลายเครียดด้วยวิธีฝึกการหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นทางเลือก เป็นการสอนทักษะเพื่อการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของ Tobin, et al. (1986) ซึ่ง Kangchai (2002) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยให้ความรู้เรื่องโรคและให้ความรู้เรื่องทักษะการคลายเครียด พบว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มการปฏิบัติด้วยตนเองและลดความถี่ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

2.3 ให้ความรู้เรื่องขั้นตอนกำกับตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานนำไปใช้ในการควบคุมกำกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง พร้อมกับแนะนำวิธีการบันทึกในแบบบันทึกการติดตามตนเอง

3. ระยะการปฏิบัติ ใช้หลักการสนับสนุนทางสังคมของ Tobin, et al. (1986) ร่วมกับเทคนิคการกำกับตนเองของ Kanfer (1980) โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะแล้ว ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาวะของโรค แนวทางการปฏิบัติตน มีความมั่นใจในการปฏิบัติ นำกลับไปปฏิบัติที่บ้าน และกำกับการปฏิบัติของตนเอง ด้วยเทคนิคการกำกับตนเองของ Kanfer (1980) ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

3.1 การติดตามตนเอง ให้ผู้ป่วยติดตามตนเองทุกวันด้วยการบันทึกลงในแบบบันทึกการติดตามตนเอง โดยให้บันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานยา และการผ่อนคลาย

ความเครียดทุกวัน ส่วนการรับประทานอาหารให้บันทึกสัปดาห์ละ 2 วัน โดยให้บันทึกวันราชการ 1 วัน และวันเสาร์หรืออาทิตย์ 1 วัน

3.2 การประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบผลการปฏิบัติจากแบบบันทึกการติดตามตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ทุกวัน

3.3 การเสริมแรงตนเอง โดยให้ผู้ป่วยพูดชมเชยตัวเอง เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

ให้การสนับสนุนทางสังคมโดยเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง เพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกับผู้ป่วย ให้การเสริมแรงหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ และให้การเสริมแรงทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ซึ่งจิตติมา จรุงยสิทธิ์ (2545) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ้วยผู้ใหญ่ ด้วยการใช้เทคนิคการกำกับตนเองและการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมด้วย พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

4. ระยะเวลาติดตามผล ใช้หลักการสนับสนุนทางสังคมของ Tobin, et al. (1986) เพื่อประเมินกระบวนการและผลลัพธ์จากการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกการติดตามตนเองของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายจะเสริมแรงด้วยการกล่าวคำชมเชย ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้พฤติกรรมจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป หากไม่สามารถปฏิบัติได้จะหาทางแก้ไขร่วมกัน

จะเห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยให้ผู้ป่วยติดตามกำกับกับการปฏิบัติของตนเองอย่างต่อเนื่อง มีผู้วิจัยคอยให้การสนับสนุนและเสริมแรงเป็นระยะ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ช่วยป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

3. ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่าระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและคุณภาพชีวิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง การส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างมีระบบ ที่เน้นเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การเข้าเบาหวาน การจัดการกับความเครียด การมาตรวจตามนัด และพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin, et al. (1986) และเทคนิคการกำกับตนเองของ Kanfer (1980) โปรแกรมประกอบด้วย 4 ระยะ ใช้เวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินปัญหา

สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาและความต้องการของตนเองรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้แนวทาง เพื่อนำมากำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย

ระยะที่ 2 การวางแผน

เป็นการเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. ให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามสภาพปัญหาที่ได้จากระยะประเมินหรือความต้องการของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการกำกับตนเองและการใช้แบบบันทึกการติดตามตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

ระยะที่ 3 การปฏิบัติ

หลังจากให้ความรู้และฝึกทักษะแล้ว ให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติที่บ้าน และกำกับการปฏิบัติของตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. การติดตามตนเอง โดยใช้แบบบันทึกการติดตามตัวเองที่พัฒนาโดยผู้วิจัย

2. การประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบผลการติดตามตนเองที่ได้กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ทุกวัน

3. การเสริมแรงตนเอง โดยให้ผู้ป่วยพูดชมเชยตัวเอง เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง เพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายจากแบบบันทึกการติดตามตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ให้การเสริมแรงโดยการกล่าวชมเชยหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ และหาทางแก้ไขร่วมกันหากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ โดยให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยทำตามปัญหาที่พบ และให้การเสริมแรงและคำปรึกษาทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง

ระยะที่ 4 การติดตามผล

เป็นการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันประเมิน ด้วยการนำข้อมูลจากแบบบันทึกการติดตามตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ หากสามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยจะเสริมแรงด้วยการกล่าวชมเชย แต่หากไม่สามารถปฏิบัติได้ จะหาทางแก้ไขร่วมกัน

ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ หมายถึง ค่าตัวเลขที่แสดงถึงการรวมตัวของน้ำตาลกลูโคสกับฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะ 8 - 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งเก็บตัวอย่างโดยการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำบริเวณข้อพับแขนในช่วงเช้าที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดโดยไม่จำเป็นต้องงดอาหาร ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานผลเป็นเปอร์เซ็นต์

ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาเบาหวานชนิดรับประทาน และมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (fasting plasma glucose) ย้อนหลัง 3 ครั้งสุดท้าย ก่อนการทดลองมากกว่า 130 มก./ดล.

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในการดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ในที่นี้หมายถึงองค์ประกอบที่บ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 2 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต และการยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย โดยประเมินด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของ วิลาลินี ผั่ววณะ (2541) ซึ่งพัฒนาจากเครื่องมือ Diabetes Quality of Life (DQOL) ของสมาคม โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของสหรัฐอเมริกา (Jacobson, et al., 1988) ที่มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความพึงพอใจ 2) ผลกระทบจากการเจ็บป่วย 3) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสังคมและการ ประกอบอาชีพ และ 4) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ร่วมกับภาวะการสูงอายุ และแนวคิด การประเมินคุณภาพชีวิต โดยสร้างข้อคำถามให้เหลือ 2 ด้าน แต่ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความพึงพอใจ 2) ด้านการยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย โดยรวม องค์ประกอบที่ 2, 3, และ 4 ไว้ด้วยกันเพื่อสะดวกและง่ายต่อการตอบคำถามของผู้สูงอายุ คิดคะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวมคะแนนด้านความพึงพอใจในชีวิตและคะแนนด้านการยอมรับ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของแต่ละคนแล้วหาค่าเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.00 (คะแนนจริง 126 – 144) ถือว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 (คะแนนจริง 90 – 125.99) ถือว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 (คะแนนจริง 54 – 89.99) ถือว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 (คะแนนจริง 36 – 53.99) ถือว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี

การพยาบาลปกติ หมายถึง การให้ความรู้เป็นกลุ่มก่อนผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ โดยพยาบาล ประจำคลินิกโรคเบาหวานหรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ตามโปรแกรมการสอนของคลินิกโรคเบาหวานที่ จัดสอนเรื่องโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย การใช้ยา การรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก การ รับประทานอาหาร หมุนเวียนกันไปโดยไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนด้วยการบรรยายปากเปล่าหรือใช้แผ่นพับ ประกอบทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมและความสะดวกของเจ้าหน้าที่ผู้ให้ความรู้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างยั่งยืน
2. เป็นแนวทางให้พยาบาลและทีมสุขภาพนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน อัตราตาย และช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น