



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์

SELF - MANAGEMENT IN BUDDHIST MONKS WITH

TYPE 2 DIABETES MELLITUS ATTENDED TO

DIABETES CLINIC OF PRIEST HOSPITAL

กิ่งประกา เบนญูธาธนศรีศักดิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์
SELF – MANAGEMENT IN BUDDHIST MONKS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS
ATTENDED TO DIABETES CLINIC OF PRIEST HOSPITAL

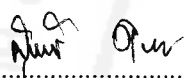
กึ่งประกาศา เบญญาธนศรีศักดิ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2557



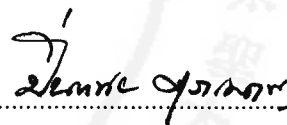
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ด้วงแพง
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



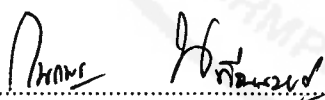
อาจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



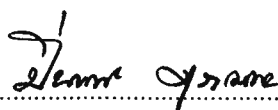
อาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย
กรรมการ



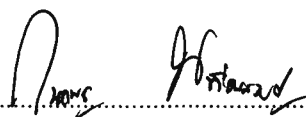
อาจารย์ ดร.ปิ่นททัย สุขเมธาพร
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



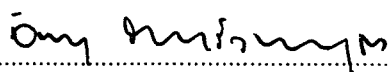
อาจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
กรรมการ



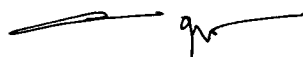
อาจารย์ ดร.ปิ่นททัย สุขเมธาพร
กรรมการ



อาจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)



รองศาสตราจารย์อ็อกสา จันทรวิธานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์

กิ่งประกา เภฏญานศรศักดี 534009

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: กนกพร นทีธสมบัติ, พย.ด.

ปิ่นททัย ศุภเมธาพร, พย.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง และเงื่อนไขหรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ ผู้ให้ข้อมูลคือ พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 12 รูป ซึ่งทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง โดยผู้ให้ข้อมูลจะต้องเป็นพระภิกษุสงฆ์ผู้มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ อายุ ≥ 20 ปี อยู่ในสมณะเพศอย่างน้อย 1 ปี จำพรรษาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑลต่อเนื่องมาเป็นอย่างน้อย 1 ปี หากมีโรคแทรกซ้อนโรคนั้นๆต้องอยู่ในระยะที่ควบคุมได้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยผู้วิจัย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และเทปบันทึกเสียง ส่วนวิธีที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์ ตามวิธีการของ Colaizzi (1978)

ผลการศึกษา พบว่า การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 2) การจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนเงื่อนไขหรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 4 ประเด็นคือ 1) อาหารมาจากการรับบิณฑบาต 2) ความเครียด 3) ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และ 4) การท้อแท้สิ้นหวัง

การศึกษานี้ทำให้เข้าใจการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้บริบทของพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ เป็นแนวทางในการถวายเป็นบุญและพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานที่ 2 โดยไม่ขัดต่อพระธรรมวินัยของสงฆ์ และมีความสอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, การจัดการตนเอง

SELF-MANAGEMENT IN BUDDHIST MONKS WITH TYPE 2
DIABETES MELLITUS ATTENDED TO DIABETES
CLINIC OF PRIEST HOSPITAL

KINGPRAKA BANYATANASRISAK 534009

MASTER OF NURSING SCIENCE (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KANOKPORN NATEETANASOMBAT, Ph.D.

PINHATAI SUPAMETHAPORN, Ph.D.

ABSTRACT

This descriptive qualitative research aimed to study self management and conditions or situations affected on self management of Buddhist monks with type II diabetes mellitus attended Diabetes Clinic at Priest Hospital. Twelve participants were the Buddhist monks with type II diabetes mellitus. The purposive sampling was used to include the participants. The criteria of the participants were the Buddhist monks with type II diabetes mellitus attended Diabetes Clinic at Priest Hospital, aged more than 20 years old, being the Buddhist monks at least one year, living in Bangkok and perimeter, and controllable complications. Data was collected during August to November 2013. The instruments were research, demographic data questionnaire, interview guidelines, non participant observation guidelines, and tape recorder. Moreover, the methods of data collection were in-depth interview, non participant observation, and field notes. Colaizzi's method of data analysis was used.

The result of this study found that there were two themes of the self management of Buddhist monks with type II diabetes mellitus, which were the perception of type II diabetes mellitus and the self management when Buddhist monks had type II diabetes mellitus. Whereas the conditions or situations affected on self management of Buddhist monks with type II diabetes mellitus consisted of four themes, which were receiving food from alms bowl, stress, complications from diabetes mellitus, and disheartenment and desperate.

This study would be helpful for understanding the self management of Buddhist monks with type II diabetes mellitus under their Tripitaka. Moreover, this study could be able to apply as the guideline for providing knowledge and developing self management model for Buddhist monks with type II diabetes mellitus without being contradictory with Tripitaka and being congruent with life style of Buddhist monks with type II diabetes mellitus.

Keywords : Buddhist monks with type II diabetes mellitus, self management

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากคณะบุคคลต่อไปนี้ ขอกราบ
ขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการให้คำแนะนำและ
คำปรึกษา โดยไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อยทั้งในและนอกเวลาราชการแก่ผู้วิจัย รวมทั้งช่วยตรวจทาน
แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการศึกษาในทุกขั้นตอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา พร้อม
กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจอันดียิ่งแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนกระทั่งการศึกษานี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยซาบซึ้งใน
ความกรุณานี้และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร อาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย และ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ดั่งวงแพ่ง ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ
คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนของการ
ดำเนินการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ระหว่างการศึกษ

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงฆ์ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล และอำนวยความสะดวก
สะดวกเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และกราบขอบพระคุณพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย
แล้วยังเปิดโลกทัศน์ มุมมองแห่งการเรียนรู้และทำให้เข้าใจชีวิตในอีกแง่มุมหนึ่งแก่ผู้วิจัยอีกด้วย

ท้ายที่สุด ขอขอบคุณครอบครัวที่ได้ให้ความรัก กำลังใจที่ดี และเพื่อน ๆ ที่ไม่ได้กล่าวนาม และ
ความช่วยเหลือที่ให้แก่ตลอดมา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุด คุณสุภาพรรณ โฉมเฉลา คุณพาศิริ จีราคม
คุณกัญย์สินี พรหมสวะนา และเจ้าหน้าที่ของบัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านสำหรับคำแนะนำความช่วยเหลือและ
ไมตรีอันดียิ่งตลอดการศึกษา หากคุณงามความดีและสิ่งที่เป็นประโยชน์ทั้งหลายอันเกิดจากการศึกษาครั้งนี้
ขอมอบแต่คณาจารย์ทุกท่าน และบุคคลที่กล่าวถึงข้างต้น ผู้วิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงานและการ
ดำเนินชีวิตต่อไป

กึ่งประกาศา เบนัญญานศรีศักดิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.4 คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.6 คำถามของการวิจัย	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2	6
2.2 แนวทางในการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	12
2.3 พระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ	20
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง	24
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	
3.1 วิธีการวิจัย	36
3.2 ผู้ให้ข้อมูล	37
3.3 สถานที่ศึกษา	37
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	37
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	42
3.7 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย	44
3.8 จริยธรรมในการวิจัย	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา และการอภิปรายผล	
4.1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	47
4.2 ผลของการวิเคราะห์เชิงคุณภาพของการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	48
4.3 เจ็อนไข หรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	67
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการศึกษา	72
5.2 อภิปรายผลการศึกษา	74
5.3 ข้อเสนอแนะ	81
บรรณานุกรม	83
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	94
ภาคผนวก ข	95
ภาคผนวก ค	100
ประวัติผู้เขียน	101

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	13
2	การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ จำแนกตามประเด็นหลัก ประเด็นรอง และประเด็นย่อย	48



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

1 การเกิดภาวะโคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูงมากในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

หน้า

8



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ประมาณการว่ามีประชากรทั่วโลกมากกว่า 346 ล้านคน กำลังป่วยเป็นเบาหวาน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2011) สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 388,551 คน ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 558,156 คน ในปี พ.ศ. 2552 และ 607,828 คน ในปี พ.ศ. 2553 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของคนไทยเป็นร้อยละ 8 พบในผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.6 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18 (เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2554) เช่นเดียวกับกับข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานในโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ ในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศจำนวน 18,943,581 คน พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,581,857 คน พบคนไทยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 4.02 เท่า เฉพาะ ปี พ.ศ. 2552 มีผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน 558,156 ครั้ง และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 – 2547 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2551-2552 พบความชุกของการเกิดโรคเบาหวาน อยู่ที่ร้อยละ 6.9 (นุชรี อาบสุวรรณ และ นิตยา พันธุเวทย์. 2556)

ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังได้ ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อสุขภาพของผู้ป่วยและเศรษฐกิจ สังคม ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2552) ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ส่วนภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ซึ่งได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา (สุวิรัชรัตนศิรินทรูธ. 2552) ทางไต (แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า). 2553) ทางหัวใจและหลอดเลือด (เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2552) และ ระบบประสาท (สมบุญ วงศ์ธีรภัค. 2552) ส่วนด้านผลกระทบจิตใจคือการเกิดภาวะซึมเศร้า สิ้นหวังท้อแท้ จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (พิรุณี สัพโส. 2553) จากที่กล่าวมาในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มุ่งหวังจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ เพื่อชะลอและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคเบาหวานที่อาจก่อให้เกิดความทุพพลภาพและการเสียชีวิต ตลอดจนลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

โรคเบาหวานในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากการมีพระธรรมวินัยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อาทิเช่น การฉันอาหาร ในทางพุทธศาสนาสอนว่าอาหารเป็นเครื่องมือสำหรับการหลุดพ้นจากความทุกข์ การกินเพื่อความอร่อยไม่ถือว่าดำเนินไปตามหลักทางสายกลาง (พระไตรปิฎกแก่นธรรม. 2551) พระพุทธองค์ทรงให้พิจารณาก่อนการฉันอาหารมีสติในการฉันทุกครั้ง ทั้งนี้ ในบริบทของพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถประกอบอาหารในการฉันได้เอง อาหารนั้นได้มาจากญาติโยมถวายซึ่งอาหารเหล่านั้นอาจมีรสหวาน เป็นอาหารที่มีไขมัน หรืออาหารประเภททอด ซึ่งล้วนแต่เป็นอาหารที่ไม่เหมาะสมเมื่อพระภิกษุสงฆ์ฉันอาหารเหล่านั้นนานมากขึ้น และไม่พิจารณาอาหารก่อนการฉัน ผลที่ตามมาคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สำหรับการออกกำลังกายนั้น พระพุทธองค์ทรงใช้วิธีการเดินจงกรมเพื่อสุขภาพการเดินในทุกย่างก้าวจะเดินเร็วหรือช้าไม่สำคัญ แต่สิ่งสำคัญอยู่ที่การเดินอย่างมีสติ (แนวทางเวชปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายการออกกำลังกายในพระสงฆ์. 2552) ซึ่งการออกกำลังกายนั้น พระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างบุคคลธรรมดาทั่วไป อาทิเช่น การวิ่งซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมากมีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลา การที่พระสงฆ์จะปฏิบัติเช่นนั้นย่อมเกิดความไม่เหมาะสม ไม่มีความสำรวมและขัดต่อพระธรรมวินัยของสงฆ์ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าพระธรรมวินัยย่อมมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในกลุ่มของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรงพยาบาลสงฆ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (tertiary level) ที่มีจำนวนเตียงทั้งหมด 279 เตียง และให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพเป็นพระภิกษุสงฆ์จากทั่วประเทศ พบว่า พระภิกษุสงฆ์มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวนมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 3,412 ราย ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 4,037 ราย ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 4,093 ราย และปี พ.ศ. 2554 จำนวน 5,797 ราย ยิ่งไปกว่านั้น พระภิกษุสงฆ์ที่มารับบริการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานอยู่ในอันดับ 2 โดยปี พ.ศ. 2551 มีจำนวนผู้ป่วยในโรคเบาหวาน 658 ราย ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 652 ราย ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 644 ราย และในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวนผู้ป่วยในโรคเบาหวาน 643 ราย (รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลสงฆ์ปีงบประมาณ. 2551- 2554) นอกจากนี้ พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการเมื่อ ปี พ.ศ. 2551 มีภาวะแทรกซ้อนทุกระบบ ร้อยละ 20.53 เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ขึ้นจอบุคคลมากที่สุด ร้อยละ 9 (ขวัญใจ ฤมยามงคล และคณะ. 2552 ; รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลสงฆ์ปีงบประมาณ. 2551) ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยนั้นสามารถที่จะจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นกลวิธีหนึ่งที่นิยมใช้ในการควบคุม และรักษาเบาหวาน เพราะเป็นกลวิธีที่ช่วยสร้างเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดพิจารณา

ตัดสินใจ และลงมือกระทำในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ซึ่งนอกจากเป็นการพัฒนาศักยภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองแล้ว ยังลดผลกระทบของความเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ (Brownson et al. 2009) รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการจัดการตนเองพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ดีขึ้น (กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา. 2553 ; Fan and Sidani. 2009) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลง (กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา. 2553 ; สุชาติดา คงหาญ. 2553 ; อุษาศรี แสงสง่า. 2555 ; Fan and Sidani. 2009) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดี (จินตนา ทองเพชร และคณะ. 2550 ; อนุรักษ์ บำรุงพันธ์ และคณะ. 2554 ; Brownson et al. 2009) และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนทางด้านสุขภาพโดยรวมได้ (Brownson et al. 2009) พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่ดีที่มีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลจัดการความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ดังนั้นองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเกี่ยวกับเบาหวานที่ดีเพียงพอ โดยเฉพาะองค์ความรู้ที่มาจากมุมมองของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นทั้งนี้เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม และการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป ซึ่งมีหลากหลายวิธี อาทิเช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (อุษาศรี แสงสง่า. 2555 ; Toobert et al. 2000 ; Wattanakul. 2012 ; Weijman et al. 2005 ; Zhong et al. 2011) แรงสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมและมีสุขภาพดี (สมทรง รักษ์เผ่า และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2540 ; Caplan. 1976) สำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพระภิกษุสงฆ์ยังมีจำนวนน้อยอยู่ อาทิเช่น การศึกษาของ ขวัญใจ ฤมยามงคล และคณะ (2552) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของพระภิกษุสงฆ์โรคเบาหวาน พบว่า พระภิกษุสงฆ์มีวิธีการดูแลตนเอง คือ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ได้แก่ การควบคุมอาหาร การฉีดยา การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพระภิกษุสงฆ์ยังคงมีความสำคัญที่จะต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ ทั้งนี้ เนื่องจากลักษณะวิถีการดำเนินชีวิตของพระภิกษุสงฆ์มีความเฉพาะเจาะจง และต้องอยู่ภายใต้บริบทของพระธรรมวินัยของสงฆ์ในการประพฤติปฏิบัติ อันประกอบด้วยเรื่อง การฉันอาหาร การออกกำลังกาย และการสวมรองเท้า เป็นต้น อีกทั้งบริบททางสังคมและวัฒนธรรมอื่น ๆ ของพระภิกษุสงฆ์ยังส่งผลกระทบต่อการศึกษา การใช้จ่าย และการรักษาอื่น ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแลพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่

คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ เนื่องจากโรคเบาหวานยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในระดับต้น ๆ ของโรงพยาบาล อีกทั้งยังเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขไทย ยิ่งไปกว่านั้น ยังพบว่าจำนวนของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานที่มารับบริการของโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีที่สำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทราบปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้สามารถนำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นต่อพระภิกษุสงฆ์ได้อย่างครอบคลุม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้ดีขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์
2. เพื่อศึกษาเงื่อนไขหรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ ตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ และจำพรรษาอยู่ที่วัดในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ต่อเนื่องมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี และมีผลระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ตั้งแต่ 6.5% ถึง 12.5% โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ชนิดพรรณนา (descriptive qualitative research) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556

1.4 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1. พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ พระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร
2. การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ความสามารถของพระภิกษุสงฆ์ในการจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี โดยการควบคุมหรือจัดการเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา

ให้เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์และ/ หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทั้งนี้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมถึงการเฝ้าระวังอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

3. เจ็อนไซหรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง สถานการณ์ที่พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถตัดสินใจในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม หรือการตัดสินใจนั้นตกอยู่ในภาวะที่เป็นไปด้วยความลำบากเนื่องจากปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จึงเป็นสาเหตุที่พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การนำข้อค้นพบที่ได้มาเป็นแนวทางในการถวญความรู้ให้มีความสอดคล้อง และเหมาะสมกับวิถีชีวิตของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. การนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานที่ 2 โดยไม่ขัดต่อพระธรรมวินัยของสงฆ์

1.6 คำถามของการวิจัย

1. การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์เป็นอย่างไร

2. เจ็อนไซหรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นอย่างไร

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ ในมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นพระภิกษุสงฆ์ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเนื้อหา ดังต่อไปนี้

2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.1.1 ความหมาย พยาธิสรีรวิทยา และอาการของโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.1.2 การวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.1.3 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.2 แนวทางในการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.2.1 แนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.2.2 แนวทางในการดูแลรักษาพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.2.3 บทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.3 พระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

2.4.1 ความหมายของการจัดการตนเอง

2.4.2 องค์ประกอบของการจัดการตนเอง

2.4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง

2.4.4 ผลลัพธ์ของการจัดการตนเอง

2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.1.1 ความหมาย พยาธิสรีรวิทยา และอาการของโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (diabetes type 2) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้มักมีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และคนที่อ้วนมากเกินไปจะเกิดโรคนี้อย่างง่ายดาย นอกจากนี้กรรมพันธุ์ ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอย่างมาก ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะมีญาติสายตรง เป็นโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานชนิดนี้ได้มากด้วย (ชนิกา สุระสิงห์ชัยเดช อ่างถึงใน เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2552 : 40)

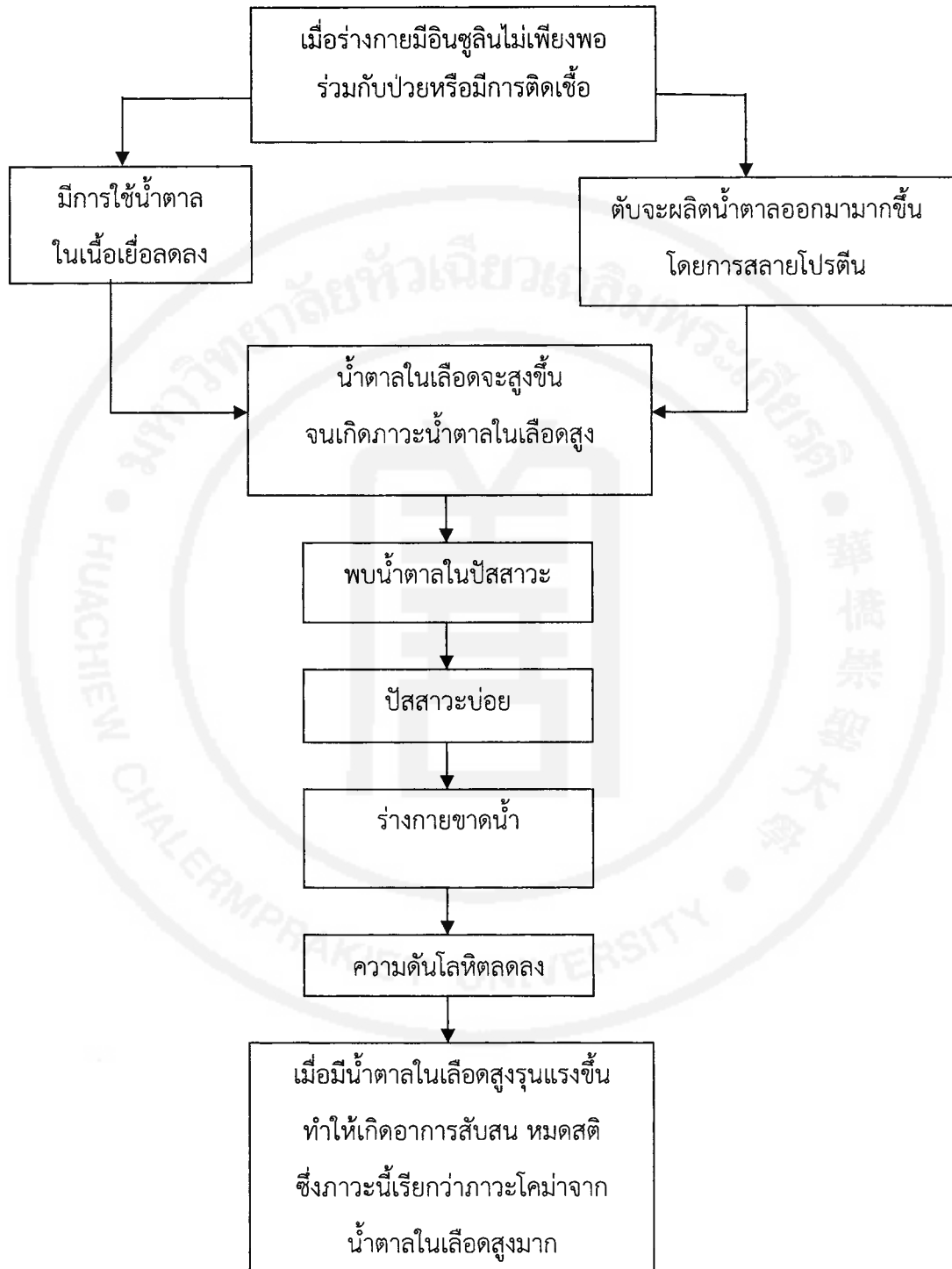
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (diabetes) หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ หรือร่างกายเกิดภาวะดื้ออินซูลิน อันส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2554)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ทำให้ร่างกายจะไม่สามารถตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งเรียกว่า insulin resistance ซึ่งหมายความว่า เซลล์ไขมัน เซลล์ตับ และกล้ามเนื้อไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินในร่างกาย จึงทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติได้

พยาธิสรีรวิทยา การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากความผิดปกติของเบต้าเซลล์ ที่อยู่บริเวณฮิสเลต ออฟ แลนเกอร์แฮน ในตับอ่อนทำให้เกิดการหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรืออินซูลินมีมากเพียงพอแต่ไม่สามารถออกฤทธิ์ต่อเนื้อเยื่อได้ร่างกายจึงไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ในภาวะปกติ ซึ่งพยาธิสรีรวิทยา การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เสนอวางแผนภูมิต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 1 การเกิดภาวะโคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูงมากในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2



ที่มา: ชนิกา สุระสิงห์ชัยเดช อ้างถึงใน เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2552 : 41

อาการ และอาการแสดงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

อาการ และอาการแสดงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน มีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการเลย แต่ตรวจพบโดยบังเอิญหรือมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปจนถึงขั้นแสดงอาการรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจะมีอาการสำคัญที่พบ ดังต่อไปนี้ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2554)

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าขีดจำกัดของไต คือ 180 มก./ดล. ร่างกายจะขับถ่ายออกทางปัสสาวะ ทำให้เกิดภาวะออสโมติกไดยูรีซิส (osmotic diuresis) บริเวณท่อไต (renal tubule) น้ำจึงเข้ามาบริเวณนี้มาก ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก และบ่อยครั้ง

2. ตื่นน้ำมาก (polydipsia) เมื่อร่างกายเสียน้ำจำนวนมากศูนย์ควบคุมความกระหายน้ำ (thirst center) จะถูกกระตุ้นทำให้รู้สึกกระหายน้ำมาก จึงต้องดื่มน้ำเพิ่มขึ้น

3. รับประทานอาหารจุ (polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ได้อย่างปกติจึงสลายเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้เป็นพลังงานขดเซยภาวะนี้ทำให้มีอาการหิวบ่อย รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลด

4. น้ำหนักลด (weight Loss) เมื่อร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ จะสลายโปรตีนและไขมันมาใช้เป็นพลังงาน ร่วมกับภาวะขาดน้ำจึงทำให้น้ำหนักลด

นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการแสดงอื่น ๆ ในรายที่เป็นโรคเบาหวานมานาน แต่ผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อน อาจมาด้วยอาการแทรกซ้อน เช่น ตาพร่ามัว เป็นแผลเรื้อรัง เป็นฝีบ่อย มีผื่นคันหรือเชื้อราตามซอก อักเสบของร่างกาย ชาหรือปวดแสบปวดร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้า (เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2554)

2.1.2 การวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้นส่วนใหญ่เกิดในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และการที่จะวินิจฉัยว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นเบาหวานหรือไม่ ให้พิจารณาดังนี้ (แนวเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน. 2554) คือ ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเกณฑ์เดิมถือว่าวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าได้มากกว่า 140 มิลลิกรัม / เดซิลิตร 2 ครั้ง หรือหากพบน้ำตาลในเลือดไม่ว่าเวลาใดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตรเพียงครั้งเดียว (สุนทรี นาคะเสถียร อ้างถึงใน เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2552 : 31)

ปัจจุบันสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐ อเมริกา (American Diabetes Association. ADA 2010) มีความเห็นว่าบุคคลบางกลุ่มที่แม้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงมากแต่มีโรคแทรกซ้อนได้ เช่นเดียวกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานจึงปรับค่าการวินิจฉัยให้ต่ำลงคือถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าตั้งแต่ 126 มิลลิกรัม / เดซิลิตร ขึ้นไปหรือหลังรับประทานอาหารแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม / เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการของเบาหวานดังกล่าวข้างต้น ให้ถือว่าเป็นเบาหวานได้เลย (สุนทรี นาคะเสถียร อ้างถึงใน เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2552 : 31)

2.1.3 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ทุกระบบ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบนนั้นจะประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อนประเภทเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนประเภทเรื้อรัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (แนวเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน. 2554 ; สมบุญ วงศ์ธีรภัค อ้างถึงใน เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2552 : 43)

1. ภาวะแทรกซ้อนประเภทเฉียบพลัน

1.1 โรคติดเชื้อ เมื่อน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ร่างกายต่อต้านเชื้อโรคน้อยลงเม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ ทำให้เกิดภาวะโรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ได้แก่ ระบบไต กรวยไต ระบบการหายใจโดยเฉพาะวัณโรคปอด เป็นต้น

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เพราะได้รับอินซูลินหรือยาลดน้ำตาลที่ออกฤทธิ์นานเกินไป การไม่ได้รับประทานอาหารตามเวลา และการออกกำลังกายมากเกินไป อาการที่แสดงได้แก่ หัวใจสั่น เป็นลม เหงื่อออก อ่อนเพลีย วิงเวียน ปวดศีรษะ อาจมีอาการชักหรือหมดสติได้

1.3 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) พบได้บ่อยในคนที่ไม่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวานมาก่อนหรือพบในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ควบคุมอาหารและชาตยา อาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ตื่นน้ำมาก ปัสสาวะมาก ความดันเลือดต่ำ แขนขาช้ำกระดูก เมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้น อาจทำให้หมดสติถึงขั้นเสียชีวิตได้

2. ภาวะแทรกซ้อนประเภทระยะยาว

ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นเวลานานจะเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ (แนวเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน. 2554) ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบหลอดเลือดที่อวัยวะนั้น ๆ ได้แก่

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงน้ำตาลจะไปเกาะที่เม็ดเลือดแดง (Glycosylated Hemoglobin) ทำให้การปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อต่ำลงส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน และเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงทั้งหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (macroangiopathy) และหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (microangiopathy) อาจเกิดการอุดตันโป่งพองหรือสร้างหลอดเลือดที่ไม่แข็งแรงขึ้นใหม่ ทำให้เกิดปัญหาที่ตา (diabetic retinopathy) ที่ไต (nephropathy) นอกจากนี้ โรคเบาหวานทำให้มีภาวะไขมันผิดปกติ คือระดับกรดไขมันอิสระและไตรกรีเซอไรด์สูง ไขมันชนิด HDL (High Density Lipoprotein) ต่ำลงและ LDL <Low Density Lipoprotein> สูงขึ้น ระดับโคเลสเตอรอลอาจผิดปกติ หรือ สูงระดับไขมันที่สูงขึ้นมีผลต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ทำให้เกิดปัญหาผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) โรคความดันโลหิตสูง โรค

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ (สมบุญ วงศ์ธีรภัค อ้างถึงใน เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2552 : 49)

ระบบประสาท

ระบบประสาทส่วนปลายประกอบด้วยระบบประสาทรับความรู้สึก (sensory nerves) และระบบประสาทมอเตอร์ (motor nerves) ระบบประสาทรับความรู้สึกจะส่งสัญญาณประสาทไปที่ไขสันหลังและสมอง มีหน้าที่รับความรู้สึก ร้อน เย็น การสัมผัส การสัมผัสเสียดสี และความปวด ระบบประสาทมอเตอร์ส่งกระแสประสาทจากสมอง และไขสันหลังไปยังกล้ามเนื้อ ควบคุมเกี่ยวกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหว ระบบประสาทส่วนปลายประกอบด้วยแอกซอน (axon) ที่หุ้มด้วยเยื่อไมยลลิน (myelin sheaths) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย การนำกระแสประสาทช้ากว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีปัญหาสูญเสียการรับความรู้สึก ชาตามปลายมือ ปลายเท้า ปวดตามแขน ขา มีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณขาและเท้า เจ็บปวดเหมือนเข็มแทง อาการมักจะเป็นรุนแรงในเวลากลางคืน และการลงน้ำหนักของเท้าผ่านกระดูกในขณะที่มีอาการชา ทำให้เกิดแผลขอบแข็งที่ตรงฝ่าเท้าได้ ถ้าระบบประสาทมอเตอร์ (motor nerves) ถูกทำลายจะทำให้กล้ามเนื้อขนาดเล็กบริเวณฝ่าเท้าฝ่อ เกิดการเสียสมดุลของการยืดและหดตัวของกล้ามเนื้อที่ฝ่าเท้า การลงน้ำหนักผิดปกติ ในระยะยาวทำให้เกิดเท้าผิดรูป บางรายมีอาการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีปัญหาเรื่องอาหารไม่ย่อย ท้องผูก หรือถ่ายอุจจาระบ่อย ระบบประสาทที่กระเพาะปัสสาวะเสื่อม (neurogenic bladder) ทำให้ไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติได้ ไม่มีความรู้สึกทางเพศ (สมบุญ วงศ์ธีรภัค อ้างถึงใน เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2552 : 46)

ภาวะแทรกซ้อนทางตา

การเกิดจอประสาทตาเสื่อมส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในจอตาเป็นสาเหตุให้ตาบอด สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าจอประสาทตาเสื่อมร้อยละ 3 - 4 เมื่อเป็นโรคเบาหวานนาน 2 - 3 ปี และร้อยละ 15 - 20 เมื่อเป็นโรคเบาหวานนาน 15 ปี (สุวิชรรัตนศิริทรพร อ่างถึงใน เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2552 : 54)

ระบบไต

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นปกติแล้ว จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบไต เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กรวยไต (glomeruli) เกิดปัญหาที่เรียกว่า diabetic nephropathy มีโปรตีนขนาดเล็กที่รั่วออกมากับปัสสาวะ โปรตีนจะรั่วออกมาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และขนาดใหญ่ขึ้น อัตราการกรองลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการบวม มีของเสียคั่ง โปรตีนในเลือดต่ำจนในที่สุดเกิดภาวะไตวาย (สมบุญ วงศ์ธีรภัค อ้างถึงใน เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2552 : 45) ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานาน จะพบว่าหลอดเลือดแดงที่ไตแข็ง (arteriosclerosis) นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ ภาวะระดับ

น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารโปรตีนสูง บังคับทางพันธุกรรม เชื้อชาติ และระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน (แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า). 2553)

ระบบเลือด

ผู้ป่วยเบาหวานจะมีความต้านทานโรคต่ำ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิดพอลิเมอร์โฟนิวเคลียร์ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี การทำหน้าที่จับกินเชื้อโรคเสื่อมลง ลิมโฟไซด์ (lymphocyte) ที่ทำหน้าที่กำจัดสิ่งแปลกปลอมในกระแสเลือดทำหน้าที่เสื่อมลง ผู้ป่วยจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนทั่วไป การติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อที่ช่องคลอด การติดเชื้อที่ผิวหนังบริเวณขาหนีบ ไตรัววมซึ่งมักติดเชื้อรา การติดเชื้อแบคทีเรียที่แผล การเกิดเซลล์อักเสบ (cellulitis) การติดเชื้อในกระแสเลือด และการติดเชื้อวัณโรคเป็นต้น (แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า). 2553)

2.2 แนวทางในการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.2.1 แนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่าย ประกอบด้วยผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแล อาทิ เช่น แพทย์ พยาบาล โภชนากรและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันและรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน และป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางตา ไต ระบบประสาทส่วนปลาย และยังคงภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด นอกจากนี้ควรให้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดด้วย เช่น ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ลดน้ำหนัก และงดสูบบุหรี่ ซึ่งแนวทางในการดูแลรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายระดับการควบคุมให้เหมาะสม และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554)

การตั้งเป้าหมายระดับการควบคุมให้เหมาะสม

ในการตั้งเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากจะตั้งเป้าหมายสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสมกับอายุและสภาวะของผู้ป่วยแล้ว ยังต้องตั้งเป้าหมายควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การควบคุมระดับน้ำตาล	เป้าหมาย		
	ควบคุมเข้มงวดมาก	ควบคุมเข้มงวด	ควบคุมไม่เข้มงวด
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อน อาหารเช้า(ขณะอดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง)	70-110 มก./ดล.	90 - <130 มก./ดล.	ใกล้เคียง 130 มก./ดล.
ระดับน้ำตาลในเลือดหลัง อาหาร 2 ชั่วโมง	< 140 มก./ดล.	-	< 180 มก./ดล.
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุด หลังอาหาร	-	< 180 มก./ดล.	-
น้ำตาลสะสมเฉลี่ย(HbA1C) (% of total hemoglobin)	< 6.5%	< 7.0%	< 7.0-8.0%

ที่มา: แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. 2554 : 40

การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต

การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตถือว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพร่างกายมากกว่าบุคคลทั่วไปเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้นได้ (แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554 : 13) ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา (เฉลาศรี เสงี่ยม. 2554 : 141-142) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกราย เพื่อประกอบการรักษาโรคเบาหวานให้ได้เกณฑ์ตามเป้าหมายมากที่สุดโดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ความสำคัญของการควบคุมอาหารช่วยให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ลดลงประมาณ ร้อยละ 1-2 โดยจะเห็นผลภายในระยะเวลา 3-6 เดือน (แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. 2554) แม้ผู้ป่วยจะรับการรักษาด้วยการรับประทานยาหรือการฉีดยาอินซูลินก็จำเป็นต้องควบคุมอาหารร่วมด้วย โดยที่ผู้ป่วยเบาหวานยังคงรับประทานอาหารต่างๆ ได้เหมือนคนปกติ เพียงแต่ดัดแปลงอาหารบางชนิดให้เหมาะสมและควรรับประทานอาหารให้ตรงตามเวลาและปริมาณที่กำหนดไม่ควรงดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง เพราะอาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ และเกิดหมดสติได้ (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. 2554)

ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับอาหารทุกประเภทให้ครบถ้วน ซึ่งรวมถึงอาหารประเภทโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ การแบ่งสัดส่วนของอาหารแต่ละประเภทจะต้องคำนึงถึงน้ำหนัก สภาพการทำงาน เพศ อายุ และนอกจากนั้นยังควรคำนึงถึงสภาพความเป็นจริงว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อยู่ด้วยหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดควรได้รับอาหารโปรตีนมากขึ้น แต่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตควรลดอาหารจำพวกโปรตีนลงประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน โปรตีนจากเนื้อปลาและถั่วเหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จำนวนอาหารประเภท คาร์โบไฮเดรตที่ผู้ป่วยควรจะได้รับขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวของผู้ป่วยแต่ละราย ในการกำหนดอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 1) พลังงานในอาหารที่ได้รับให้น้อยลง โดยรับประทานข้าว ก๋วยเตี๋ยวให้น้อยลง 2) รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ 3) หลีกเลี่ยงอาหารทอดทุกชนิด 4) รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และใช้วิธี ต้ม นึ่ง ปิ้ง ย่าง แทนการทอด 5) ลดการเติมน้ำตาลในอาหารและเครื่องดื่ม 6) งดขนมหวาน น้ำหวาน ผลไม้หวานจัด 7) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 8) รับประทานผักใบเขียวให้มากขึ้นทุกมื้อ 9) รับประทานผลไม้ที่ไม่หวานตามปริมาณที่กำหนด (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554)

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคนเพื่อที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเพราะนอกจากจะช่วยให้มีสุขภาพดีแล้ว การออกกำลังกายยังช่วยรักษาโรคเบาหวานอีกด้วย เพราะการออกกำลังกายมีปฏิกิริยาค้ำกับอินซูลินสามารถทำให้น้ำตาลในเลือดลดลงโดยการออกซิไดซิงค์ (Oxidizing-carbohydrate) ซึ่งการออกกำลังกาย คือ การใช้กล้ามเนื้อทำกิจกรรมหรือออกแรงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที ดังนั้น การทำกิจกรรมออกแรงหรือการเล่นกีฬาใด ๆ เป็นระยะเวลาต่อเนื่องและนานพอ จึงนับได้ว่าเป็นการออกกำลังกาย (วรณี นิธิยานันท์. 2548) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สามารถควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ช่วยลดน้ำหนักตัว และการรักษาน้ำหนักตัวให้คงที่ได้ดี ช่วยทำให้ อินซูลินทำงานได้เร็วขึ้น เพิ่มระดับ HDL ในเลือด ลดระดับไตรกลีเซอไรด์ ลดความดันโลหิต และลดความกดดันหรือภาวะเครียดลงได้ (ADA. 2010 ; วิทยา ศรีตมา. 2543) อย่างไรก็ตามสิ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานควรตระหนักถึงเกี่ยวกับการออกกำลังกายคือ ขณะที่ออกกำลังกายอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ดังนั้น ก่อนการออกกำลังกายผู้ป่วยควรรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดจำนวนอินซูลินลง แต่แพทย์โดยทั่วไปมีความเห็นว่าควรจะให้อินซูลินในขนาดเดิม แต่เพิ่มจำนวนแคลอรีของอาหารขึ้น ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค เดินวิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำและกระโดดเชือก เป็นต้น (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. 2554)

หลักเกณฑ์การออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีดังนี้

1. ความหนักพอ หมายถึง การออกกำลังกายที่มีความหนักพอจนทำให้ปอดและหัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพียงพอที่จะเห็นการบริหารปอด หัวใจ และร่างกายให้แข็งแรง (วรรณิ นิธิยานันท์. 2548)
2. ความนานพอ หมายถึง ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที ในคนที่เพิ่งเริ่มออกกำลังกาย ควรจะออกกำลังกายเพียง 6 นาทีก่อนแล้วค่อยเพิ่มเวลาขึ้น (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. 2554)
3. ความต่อเนื่อง หมายถึง การออกกำลังกายต้องทำติดต่อกันตลอดเวลาของการออกกำลังกาย จะมีช่วงหยุดสั้น ๆ บ้างไม่เกิน 30-60 วินาที (วรรณิ นิธิยานันท์. 2548)
4. ความถี่ หมายถึง ความบ่อยของการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายทุกวัน หรืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วรรณิ นิธิยานันท์. 2548)

3. การใช้ยา

ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องทราบฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยา ตลอดจนสามารถเข้าใจถูกวิธี และปลอดภัย โดยยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทาน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

3.1 กลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea) ได้แก่ ไกลเบนคลาไมด์ (Glibenclamide) คลอโพรพามาไมด์ (Chlorpropamide) โทลบูตามาไมด์ (Tolbutamide) จะออกฤทธิ์โดยการไปกระตุ้นให้ตับอ่อนหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น และช่วยให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดี ช่วยลดการเกาะกันของเกล็ดเลือดรวมทั้งยับยั้งการสร้างน้ำตาลและปลดปล่อยน้ำตาลโดยตับ ยาในกลุ่มนี้จะดูดซึมน้ำตาลได้ดีเมื่อรับประทานก่อนอาหาร และควรรับประทานก่อนอาหารประมาณ 30 นาที

3.2 กลุ่มยาไบกัวไนด์ (Biguanides) ได้แก่ เมตฟอर्मิน (Metformin) จะออกฤทธิ์โดยการเพิ่มการใช้น้ำตาลกลูโคสที่กล้ามเนื้อต่าง ๆ ลดการดูดซึมน้ำตาลจากทางเดินอาหารและช่วยให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้มากขึ้น รวมทั้งลดการสร้างน้ำตาลจากตับ ยานี้อาจใช้ร่วมกับอินซูลินหรือยากกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียได้ ออกฤทธิ์ได้นานถึง 8-12 ชั่วโมง ยานี้อาจทำให้เกิดการคั่งของกรดแลคติกได้ จึงไม่ควรใช้ในผู้ที่มีความผิดปกติที่ตับ ไต หรือปอดเรื้อรัง ซ็อก มะเร็งเม็ดโลหิตขาว โรคพิษสุราเรื้อรัง นอกจากนี้กลุ่มยาไบกัวไนด์ เมื่อใช้นาน ๆ จะมีอาการข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียได้ ยาประเภทนี้จะใช้ได้ผลดีเมื่อรับประทานหลังอาหาร ดังนั้นจึงควรรับประทานพร้อมอาหาร หรือหลังอาหารทันที

3.3 กลุ่มอัลฟา กลูโคซิเดส อินฮิบิเตอร์ (Alpha-glucosidase inhibitors) ยากลุ่มนี้ทำให้การดูดซึมน้ำตาลลดลงและช้าลง ผลข้างเคียงที่สำคัญและพบได้บ่อยคือ ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้อง ถ่ายเหลว จะออกฤทธิ์เฉพาะในลำไส้โดยจับกับเอนไซม์อัลฟาไกลูโคซิเดส ทำหน้าที่ย่อยสลายสารอาหารจำพวกแป้งให้เป็นน้ำตาลโมเลกุลเล็ก เพื่อร่างกายจะได้ดูดซึมนำไปใช้ เมื่อยาจับกับเอนไซม์อัลฟาไกลูโคซิเดสจึงทำให้การย่อยสลายสารอาหารจำพวกแป้งน้อยลง การดูดซึมน้ำตาลจากลำไส้เข้าสู่กระแสเลือดก็จะน้อยลงด้วย ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงจึงควรรับประทานยานี้พร้อมกับอาหาร

3.4 ยากลุ่มไทอะโซลิดินโดโอเนส ยานี้ออกฤทธิ์ลดภาวะความทนทานต่ออินซูลิน (Insulin resistance) โดยช่วยให้เซลล์บริเวณเนื้อเยื่อปลายทางตอบสนองต่ออินซูลินดีขึ้น ช่วยลดการหลั่งน้ำตาลกลูโคสจากตับและเพิ่มประสิทธิภาพของน้ำตาลกลูโคสในกล้ามเนื้อ (แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. 2554)

2.2.2 แนวทางในการดูแลรักษาพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สำหรับแนวทางในการดูแลรักษาพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทางโรงพยาบาลสงฆ์ ได้ดำเนินการตามแนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554 ซึ่งออกโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยมีรายละเอียดในการปฏิบัติดังนี้

1. พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธรายใหม่ ที่ได้รับคำวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน กรณีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อปรับระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จากนั้นกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานที่อยู่ประจำที่คลินิกเบาหวานเรื่อง การดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่อ) อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (โดยนักกำหนดอาหารของโรงพยาบาลสงฆ์) การออกกำลังกาย (โดยนักกายภาพบำบัด) รวมถึงการได้รับตรวจตาและตรวจเท้า ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม

2. กรณีพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานรายเก่าที่มาตรวจตามนัดแล้วพบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อปรับระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และจะได้รับการดูแลเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ แต่สำหรับการตรวจตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องได้รับการตรวจตาปีละครั้ง

3. กรณีพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงแต่ไม่ประสงค์ที่จะนอนโรงพยาบาล แพทย์จะให้ยาไปฉันทที่วัด และนัดมาตรวจอีก 2 สัปดาห์

4. กรณีพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานที่มาตรวจตามนัดและตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์จะให้ยาไปฉันทที่วัดแล้วนัดมาตรวจอีกครั้ง 1 เดือน หรือ 2 เดือน แล้วแต่แพทย์จะพิจารณา จากการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในแต่ละราย

5. การได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรในเรื่องการใช้ยา เนื่องจากพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานมีวิธีการดำเนินที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ดังนั้นในเรื่องการใช้ยาจึงต้องมีความระมัดระวัง และต้องปรับให้เข้ากับบริบทของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของการใช้ยา ตัวอย่างเช่น ยาลดน้ำตาลในเลือดที่จะต้องฉันทก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง ด้วยบริบทของพระภิกษุสงฆ์ จะต้องมีการออกมารับบิณฑบาตในตอนเช้า ดังนั้นพระภิกษุสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานจะต้องได้คำแนะนำว่าตอนเช้าให้รับบิณฑบาตเสร็จแล้วจึงมารับประทานยา ก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง จากนั้นก็ให้ฉันทได้ตามปกติ เพราะถ้าฉันทยาก่อนออกมารับบิณฑบาตอาจทำให้ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้

เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาดัวในโรงพยาบาลและมีอาการดีขึ้นสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากนั้นจะมีการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วยทำให้ความรู้อ่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับวัด การจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ อาการเหงื่อออก ตัวเย็นใจสั่นเป็นต้นพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานจะต้องรู้ว่าจัดการกับอาการดังกล่าวอย่างไรเพื่อให้ตนเองปลอดภัย จากอาการที่เกิดขึ้น การเลือกฉันทอาหารที่ไม่ขัดต่อโรคเบาหวาน และ วิธีการออกกำลังกาย ที่ไม่ขัดต่อพระธรรมวินัยของสงฆ์ซึ่งได้แก่ การยืดเหยียด การกวาดลานวัด และการเดินจงกรม ทั้งนี้การกวาดลานวัด และการเดินจงกรม ก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกาย (ขวัญใจ ถมยามงคล และคณะ. 2552) การใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานพระภิกษุสงฆ์ทุกรูปจะได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาจากเภสัชกร เพื่อให้พระให้พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

จากที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นรูปแบบในการดูแลพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งมีแนวปฏิบัติในการดูแลที่ชัดเจน มีการถวายเป็นความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถที่จะดูแลสุขภาพร่างกายตนเองได้ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับพระภิกษุสงฆ์ต่อไป

2.2.3 บทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้นได้โดยใช้บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงต่อกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย (direct care)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นปัญหาซับซ้อน ต่อภาวะสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาวพยาบาลผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นอีกสมรรถนะหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ควรกระทำ เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ (สมจิต หนูเจริญ และคณะ. 2553) ดังนั้น บทบาทนี้พยาบาลจะต้องมีการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมุ่งเน้นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Safety patient goal) และสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลสงฆ์ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีอาการและการเปลี่ยนแปลงของโรคอยู่ตลอดเวลา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้นอย่างมาก พระภิกษุสงฆ์บางรูปมีภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น มีแผลที่เท้าและมีการลุกลามของแผล ทำให้ต้องมีการตัดขา ผลที่ตามมาคือทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง เกิดความอับอาย การดำเนินชีวิตก็เปลี่ยนแปลงไป ผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการเกิดภาวะซึมเศร้า หากไม่ได้รับการจัดการกับตนเองที่ดีพอ ดังนั้นในบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง (Direct care) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะต้องมีความรอบรู้อย่างกว้างขวางรู้ในเชิงลึก และเข้าใจ

สภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย การประเมินสภาพปัญหา การซักประวัติตรวจร่างกาย การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (general risk) เพื่อการวินิจฉัยปัญหาวางแผนดูแลผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาของพระภิกษุแต่ละรูป เพื่อการจัดการตนเองได้ถูกต้อง

2. ด้านการสอนหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ (Educator)

บทบาทของการสอนและการให้ความรู้ (Educator) เป็นสมรรถนะที่ 4 ของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. 2553) ซึ่งมีบทบาทให้ความรู้รวมถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจกับพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และสามารถจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้สอนและให้ความรู้ ได้ทำกิจกรรมการให้ความรู้การเสริมสร้างสุขภาพพร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม ศัลยแพทย์ จิตแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพ และพยาบาล ซึ่งจะทำการสอนและให้ความรู้กับผู้ป่วยในวันอังคาร เวลา 13.00-15.00 น. ซึ่งการถวายเป็นความรู้ครั้งนี้จะมีทั้งกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มเสี่ยงที่อาจจะเป็นเบาหวาน และกลุ่มญาติของพระภิกษุสงฆ์ที่มาเยี่ยม ซึ่งทั้งหมดนี้จะได้เข้ารับการอบรมเรื่องโรคเบาหวานที่ห้องพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสงฆ์ ในกระบวนการถวายเป็นความรู้แก่พระภิกษุสงฆ์มีอยู่ 2 แบบ คือ

1. การถวายเป็นความรู้เฉพาะราย (individual management) พยาบาลประเมินจากความต้องการหรือความพร้อม โดยที่พยาบาลจะให้ความรู้ สอนเรื่องอาหาร สาธิตวิธีการฉีดยา กรณีที่ผู้ป่วยต้องให้ฉีดอินซูลิน สอนวิธีการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง เพื่อประเมินการควบคุมเบาหวาน วิธีการเลือกฉันทาอาหารที่ไม่ขัดต่อโรค การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

2. การถวายเป็นความรู้แบบกลุ่ม (group management) มีการจัดอบรมถวายเป็นความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มพระภิกษุที่เป็นโรคเบาหวานด้วยกัน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ นักโภชนาการ พยาบาล นักกายภาพบำบัด จะมีการแบ่งเนื้อหาการถวายเป็นความรู้ของแต่ละวิชาชีพ ในส่วนของพยาบาลจะเน้นในเรื่องการดูแลตนเอง และการจัดการตนเองของพระภิกษุอาพาธโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ท่านสามารถจัดการกับตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

หลังจากที่มีการถวายเป็นความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติการจัดการตนเองแล้วบทบาทของพยาบาลอีกอย่างหนึ่งคือการติดตามผล พยาบาลผู้ให้การดูแล จะต้องมีการวางแผนการจำหน่ายล่วงหน้า เช่น การเสริมความรู้ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับวัดในเรื่องโรคเบาหวานและการจัดการตนเอง การติดต่อประสานงานกับทีมเวชกรรมสังคม เพื่อมิให้มีการดูแลต่อเนื่องที่วัด ดังนั้นการติดตามผลอาจจะประเมินได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วยในเรื่องระดับน้ำตาลในเลือด หรือการมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลสงฆ์อีกครั้ง

พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หากมีการจัดการตนเองไม่ประสบความสำเร็จ หรือไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การกลับมาได้รับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อปัญหานี้เกิดขึ้น พยาบาลผู้ให้การดูแลจะต้องมีการประเมินปัญหาซ้ำอีกครั้ง และหาแนวทางการแก้ไขร่วมกันกับพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ท่านสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้ถูกต้อง อาจจะต้องมีการเสริมแรงบวกเข้าไป เช่น คำชมเชย การให้กำลังใจ เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์คงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ในการจัดการตนเอง จะเกิดความสำเร็จนั้นต้องอาศัยความร่วมมือกันทั้งพยาบาลและตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้น พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะต้องทราบปัญหา และรับรู้ถึงปัญหาของตนเองคืออะไร เพื่อที่ได้นำปัญหานั้น มาเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอย่างมีเป้าหมาย เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของตนเองได้

3. ด้านการเป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง (consultator)

ในบทบาทนี้ ผู้วิจัยได้เป็นที่ปรึกษาให้กับ บุคลากรในหน่วยงานที่มาปฏิบัติงานใหม่ ในหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน และเป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอายุรกรรมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

4. ด้านการวิจัยและการใช้ผลงานวิจัย (researcher and research utilization)

ในบทบาทนี้ ผู้วิจัยได้มองเห็นความสำคัญของการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน จึงได้พัฒนาการทำงานประจำสู่งานวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน และศึกษาพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับการสวมรองเท้า ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาออกมาในรูปแบบของการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าสำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

5. ด้านการเป็นผู้นำวิชาชีพและผู้นำการเปลี่ยนแปลง (administrator & Chang agent)

ในบทบาทนี้ ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาบทบาทของผู้นำ ในเรื่องการจัดระบบการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธเกิดความมั่นใจ และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

6. ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ และพัฒนานวัตกรรม

เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดี ผู้วิจัยได้มีการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และมาตรฐานการดูแลดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้รับทราบ และถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการรับบริการ

จากที่กล่าวมาพบว่า สมรรถนะของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่สามารถแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งยังป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้นได้

2.3 พระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

พระธรรมวินัยพระไตรปิฎก ฉบับมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ปี พ.ศ 2551 ได้อธิบายเรื่องพระธรรมวินัยเพื่อไว้ใช้สำหรับผู้ศึกษาพระปริยัติธรรมได้เข้าใจถึงพระธรรมวินัยของพระภิกษุสงฆ์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและสรุปสาระของพระธรรมวินัยซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

พระวินัย หมายถึง ข้อที่พระพุทธเจ้าทรงห้าม และข้อที่พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้พระสงฆ์ปฏิบัติ อาศัยอำนาจประโยชน์ 10 ประการ (พระไตรปิฎกแก่นธรรม. 2551)

1. เพื่อความรับว่าดีแห่งสงฆ์
2. เพื่อความสำราญแห่งสงฆ์
3. เพื่อข่มบุคคลผู้เก้อยาก
4. เพื่ออยู่สำราญแห่งภิกษุผู้มีศีลเป็นที่รัก
5. เพื่อป้องกันอาสวะอันจะบังเกิดในปัจจุบัน
6. เพื่อกำจัดอาสวะอันจักเกิดในอนาคต
7. เพื่อเลื่อมใสของชุมชนที่เลื่อมใสแล้ว
8. เพื่อความเลื่อมใสยิ่งของชุมชนที่เลื่อมใสแล้ว
9. เพื่อความตั้งมั่นของพระสัตถธรรม
10. เพื่อถือตามพระวินัย

พระวินัยหรือศีลทั้งหมดของพระภิกษุ มี 227 ลีขาท สามเณร มี 10 ลีขาท การสำรวมกายวาจาให้เรียบร้อย เรียกว่าศีล การล่วงลีขาท มีความเสียหายเกิดขึ้นยิ่งหย่อนกว่ากัน ผู้วิจัยได้ศึกษาสาระเฉพาะที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพดังนี้

วินัยบัญญัติพระสงฆ์

พระสงฆ์ถือเป็นบุคคลอีกประเภทหนึ่งในสังคม หน้าที่อันสำคัญของพระสงฆ์คือการเป็นผู้สืบทอด และเผยแผ่พระพุทธศาสนา เพื่อความสงบสุขของมนุษยโลก เป็นผู้นำทางด้านจิตใจ อยู่ในฐานะเป็นที่เคารพสักการะด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ ความบริสุทธิ์ ความเสียสละ และความเป็นผู้นำทางสติปัญญา (พระวินัยปิฎกแก่นธรรม. 2551)

พระพุทธเจ้าทรงวางหลักไว้ว่าพระสงฆ์ต้องศึกษาไตรสิกขา 3 ประการ

1. ศีล คือ ความสำรวมกาย วาจา ให้เรียบร้อย
2. สมาธิ คือ การรักษาใจให้มั่น
3. ปัญญา คือ ความรอบรู้ในกองสังขาร

หน้าที่ของพระสงฆ์โดยพระธรรมวินัย

หน้าที่ของพระสงฆ์โดยพระธรรมวินัยสามารถแบ่งออกเป็น 7 ข้อ (พระวินัยปิฎกแก่นธรรม. 2551) ดังนี้

1. รักษาศีลให้บริสุทธิ์ คือ จาตุปาริสุทธิศีล ได้แก่ ความสำรวมในพุทธบัญญัติ (ปาฏิโมกขสังวรศีล) ความสำรวมในอินทริย์ ไมยินดี ยินร้าย เมื่อเห็นรูป ฟังเสียง ดมกลิ่น ลิ้มรส สัมผัสด้วยกาย และรู้ อารมณ์ด้วยใจ (อินทริยสังวรศีล) ความบริสุทธิ์ในอาชีพ ด้วยการอยู่ตามวิธีที่พระพุทธเจ้าทรงอนุญาต (อาชีวนิยปาฏิโมกขศีล) และการดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยปัจจัย 4 (ปัจจัยสันนิสิตศีล)

2. ทำกิจวัตรต่าง ๆ ให้ครบถ้วน เช่น การบิณฑบาต ทำวัตรเช้า – เย็น การรักษาความสะอาดของเครื่องนุ่งห่ม และเสนาสนะ การทำความสะอาดลานวัด การศึกษาเล่าเรียน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีข้อปฏิบัติที่กระทำเป็นประจำคร่าว เช่น การลงอุโบสถ การรับกฐิน เป็นต้น

3. ศึกษาไตรสิกขา อันได้แก่ ศีลสิกขา จิตสิกขา และปัญญาสิกขา ศีลสิกขา คือการรักษากายวาจาให้เรียบร้อย จิตสิกขา คือการทำจิตให้สงบ ระวังกิเลส ปัญญาสิกขา คือการใช้ปัญญา ในการแก้ไขปัญหาให้ลุล่วง และสร้างสรรค์ประโยชน์ต่าง ๆ

4. บริหารคณะสงฆ์ตามตำแหน่งหน้าที่ เช่น พระภิกษุที่อุปสมบทมาแล้วหลายพรรษาประกอบกับมีความรู้พระธรรมวินัยพอสมควร เมื่อได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้บริหารวัด ก็ต้องปฏิบัติหน้าที่ของคณะสงฆ์ สงเคราะห์พระภิกษุสามเณร ติดต่อประสานงานกับทางราชการ และอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน

5. เผยแผ่พระพุทธศาสนาให้กว้างขวางออกไป กระทำได้ทั้งภายในวัด และนอกวัด เช่น การเผยแผ่ภายในวัด จัดให้มีพระธรรมเทศนาในวันธรรมสวนะ บรรยายธรรมในวันอาทิตย์ ตั้งโรงเรียนพระพุทธศาสนาวันอาทิตย์ เป็นต้น การเผยแผ่นอกวัด จัดการสนทนาธรรมตามบ้านในโอกาสสมควร การแสดงพระธรรมเทศนาเมื่อมีกิจนิมนต์ เป็นต้น

6. ปฏิสังขรณ์เสนาสนะ และปูชนียสถานภายในวัด ถือเป็นหน้าที่ของพระสงฆ์ในวัดนั้น ๆ จะต้องซ่อมแซมบูรณปฏิสังขรณ์ ให้คงสภาพเดิม หรือดีกว่าเดิม มีการก่อสร้างเสนาสนะใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นตามเหตุอันควร

7. สืบต่อพระพุทธศาสนา โดยการครองสมณะเพศตลอดชีวิต หรือครองอยู่หลายพรรษา ก่อนลาสิกขา พร้อมทั้งรับกุลบุตรผู้เลื่อมใสศรัทธาเข้ามาบรรพชาอุปสมบทในโอกาสอันสมควร

พฤติกรรมสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์

พฤติกรรมสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควรปฏิบัติ โดยไม่ขัดต่อพระธรรมวินัยในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การฉันอาหารของพระภิกษุสงฆ์การใช้หลักพุทธธรรม การมีสติดำรงชีวิตไม่ประมาท และการเดินจงกรมเพื่อสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การฉันอาหารของพระภิกษุสงฆ์

การบริโภคอาหารของพระภิกษุสงฆ์ ในทางพุทธศาสนาเรียกว่า การฉัน พระพุทธเจ้าตรัสไว้เป็นข้อบัญญัติดังนี้

อาหารที่ทรงอนุญาต เป็นการอนุญาตที่มีเงื่อนไข คือต้องฉันภายในเวลาที่กำหนด ได้แก่ โภชนะ 5 ชนิด ดังนี้ (พระไตรปิฎกแก่นธรรม. 2551)

1. ข้าวสุก ได้แก่ ธัญพืชทุกชนิดที่หุงสุกแล้ว เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวฟ่าง เป็นต้น
2. กุมมาส ได้แก่ ขนมสดชนิดต่าง ๆ ที่จะบุดได้เมื่อเลยเวลาอันสมควร เช่น ขนมตาล
ขนมกล้วย เป็นต้น
3. สัตตุ ได้แก่ ขนมแห้งชนิดต่าง ๆ ที่ไม่บุด เช่น ขนมฝิง ขนมปังกรอบ เป็นต้น
4. ปลา ได้รวมสัตว์น้ำชนิดอื่นที่ใช้เป็นอาหารเข้าไว้ด้วย
5. เนื้อ ได้แก่ เนื้อสัตว์บก และนกบางชนิดที่ใช้เป็นอาหาร

ส่วนผลไม้ชนิดต่าง ๆ และพืชผักทั้งที่มีเหง้า และไม่มีเหง้า เช่น เผือก มัน เป็นต้น ของขบเคี้ยว ไม่นับเป็นโภชนะแต่ก็จัดเป็นอาหารเหมือนกัน ต้องฉันภายในเวลาตั้งแต่เช้าถึงเที่ยงวัน หรือฉันได้เพียงมือเช้า กับมือกลางวัน ถ้าภิกษุใด ฉันของเคี้ยว (ขาพนิยะ) ในเวลาวิกาล คือตั้งแต่เที่ยงวันไปแล้ว จนถึงวันใหม่ต้องอาบัติปาจิตตีย์ สิกขาบทที่ 6 โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์ (พระไตรปิฎกแก่นธรรม. 2551)

อาหารที่ขึ้นกับกาลเรียกว่า กาลิก คืออาหารที่อนุญาตให้พระสงฆ์เก็บไว้และฉันได้ในเวลาที่กำหนดมี 4 อย่าง ดังนี้ (พระไตรปิฎกแก่นธรรม. 2551)

1. ยาวกาลิก คืออาหารและผลไม้ที่รับประเคนไว้และเคี้ยวกินได้ในที่จำกัดเวลาคือช่วงเวลาเช้าถึงเที่ยงวัน เช่น ข้าวสุก น้ำแกง กับข้าว เป็นต้น

2. ยามกาลิก คืออาหารชนิดที่รับประเคนและสามารถเก็บไว้ฉันได้หนึ่งวันกับคืนหนึ่งก่อนวันใหม่ เช่น น้ำผลไม้ 8 อย่าง อัญฐปานะ ได้แก่ น้ำมะม่วง น้ำชมพูหรือน้ำหว่า น้ำกล้วยมีเม็ดหรือไม่มีเม็ด น้ำมะขาง น้ำลูกจันทร์หรือน้ำองุ่น น้ำเงาะอบล น้ำมะปราง หรือลิ้นจี่ ที่ทรงอนุญาตไว้

3. สัตตทากาลิก คืออาหารที่รับประเคนและเก็บไว้ฉันได้ภายใน 7 วัน เช่น เกสัชทั้ง 5 คือเนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย (รวมถึงน้ำตาลทราย น้ำตาลปีบ น้ำตาลปึก)

4. ยาวชีวิก คืออาหารที่รับประเคนแล้วสามารถเก็บไว้ฉันได้ตลอดชีวิต เช่นยารักษาโรคต่าง ๆ

กาลิกทั้ง 4 ถ้าฉันปนกันจะนับอายุตามกำหนดเวลาของกาลิกที่มีอายุสั้น เช่น น้ำอัญฐปานะ ปนกับอาหารก็ฉันได้ตอนเช้าถึงเที่ยงวัน น้ำผึ้งปนกับน้ำอัญฐปานะ จะฉันได้ภายในหนึ่งคืนก่อนพระอาทิตย์ขึ้น สำหรับอาหารที่เป็นยาวกาลิก ทรงอนุญาตให้ฉันเพื่อบำบัดความหิว ภิกษุฉันอาหารเกินเที่ยงวันต้องอาบัติปาจิตตีย์ (พระไตรปิฎกแก่นธรรม. 2551) น้ำอัญฐปานะ รวมทั้งน้ำผลไม้สังเคราะห์ ภิกษุฉันได้เพื่อแก้กระหาย และเพื่ออนุเคราะห์แก่ทายกผู้ปรารถนาจะทำทานในเวลาวิกาล อัญฐปานทาน สามารถถวายได้ทั้งกลางวันและกลางคืน “เกสัช 5” ภิกษุจะฉันได้ต่อเมื่ออาพาธเป็นโรคผอมเหลือง ฉันอาหารไม่ได้ หรืออ่อนเพลียไม่มีแรง ถ้าไม่มีเหตุดังกล่าวภิกษุฉันจะต้องอาบัติทุกกฏ ภิกษุใดไม่ได้เป็นผู้อาพาธขออาหารอันประณีต คือข้าวสุกผสมเนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย ปลา เนื้อ นมสด นมส้ม ต่อคฤหัสถ์ที่ไม่ใช่ญาติ ไม่ใช่ปวารณา เอามาบริโภคนต้องอาบัติปาจิตตีย์ สิกขาบทที่ 9 โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์ (พระไตรปิฎกแก่นธรรม. 2551)

อาหารในทางพุทธศาสนาสอนว่าเป็นเครื่องมือสำหรับการหลุดพ้นจากความทุกข์ การกินเพื่อความอร่อย และเพื่อสนับสนุนความยึดติดในอาหารไม่ถือว่าดำเนินไปตามหลักทางสายกลาง

(พระไตรปิฎกแก่นธรรม. 2551) สิ่งที่เหมาะสมคือเมื่อหิวก็นั่งพัก เมื่อมีแรงก็เดินทางต่อเพื่อให้ถึงที่หมาย จะเห็นว่าพระพุทธองค์ทรงให้พิจารณาก่อนการฉันอาหารทุกครั้งหรือหลังจากการฉันแล้ว โดยมีหลักคือ การฉันนั้นต้องเป็นไปเพื่อการดำรงอยู่ได้ และเพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ การได้รับอาหารมาฉันต้องเป็นไปอย่างบริสุทธิ์ พระภิกษุจะต้องเป็นผู้เลี้ยงง่าย มีสติในการฉันทุกครั้ง ต้องรู้คุณค่าแท้ของอาหารนั้นว่าเพื่อหล่อเลี้ยงร่างกาย ไม่เกิดโทษต่อตนเอง ข้อปฏิบัติในการฉันอาหารที่แตกต่างจากคฤหัสถ์คือ พระภิกษุไม่สามารถประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเองได้ ไม่สามารถฉันในยามวิกาลได้ ความเป็นอยู่จึงขึ้นอยู่กับญาติโยมเป็นสำคัญ

การใช้หลักพุทธธรรม

องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพของโลกตะวันออกที่มีพื้นฐานสำคัญอยู่ที่การเรียนรู้ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับชีวิตมนุษย์ การขาดความสมดุลของธาตุตามธรรมชาติเป็นเหตุให้ร่างกายอ่อนแอ และเป็นบ่อเกิดแห่งโรค การดูแลสุขภาพก็คือ การทำให้ร่างกายได้สมดุล ซึ่งมีการพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การงดอาหารในบางครั้งบางคราว การงดเว้นจากของแสลงที่ทำให้ร่างกายเสียดุล การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค การทำบุญเพื่อทำให้จิตใจมีความบริสุทธิ์อื่นจะเป็นสาเหตุให้สุขภาพจิตดี การสวดมนต์ เพื่อเพิ่มกำลังใจ และวิธีอื่น ๆ อีกมากมายที่ส่งเสริมให้สุขภาพกาย สุขภาพจิตดีเป็นหลัก (พระไตรปิฎกแก่นธรรม. 2551)

การมีสติดำรงชีวิตไม่ประมาท

โรคภัยไข้เจ็บหลาย ๆ เรื่องมีสาเหตุมาจากการดำรงชีวิตอย่างประมาท ขาดสติทำสิ่งต่าง ๆ ลงไปอย่างขาดความยั้งคิด โคร่ครวญ สุดท้ายลงเอยก็กลับมาทำลายสุขภาพ แต่การดำเนินชีวิตอย่างปกติ หากขาดสติ โอกาสที่จะมีปัญหาสุขภาพก็ตามมา เช่น การกิน การดื่ม ถ้ากินหรือดื่มอย่างขาดสติ หากทำไปเพื่อตอบสนองกิเลส ความอยากของตนเป็นหลัก แต่การบริโภค การเสพ สูด ดื่ม ก็ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมได้ (พระไตรปิฎกแก่นธรรม. 2551) การรู้จักประมาณในการบริโภค จึงเป็นการบริโภค เพื่อตอบสนองความจำเป็น อาหารที่จะกิน เลือกไม่ได้แม้แต่จะกินผักก็ไม่สามารถมาเก็บจากต้นมาปรุงเองได้ ห้ามพรากสิ่งมีชีวิตออกจากกัน คณะญาติโยมต้องนำมาถวายให้เอง ของทุกอย่างคณะศรัทธาเอามาถวายควรจะรับไว้ ไม่ควรดิ้นนินทา หากจะกินอาหารอย่างไหนก็ควรพิจารณาเอาเอง

การเดินจงกรมเพื่อสุขภาพ

การเดินจงกรมอันได้แก่ การที่พระภิกษุเดินด้วยการกำหนดสติอยู่ที่การเดินในทุกย่างก้าวจะเดินเร็วหรือช้าไม่เป็นประมาณ แต่สิ่งสำคัญอยู่ที่การเดินอย่างมีสติ การเดินจงกรมจะเดินไปเดินมาในที่ไม้ไกลนัก โดยจัดสถานที่เดินให้เรียบร้อย เดินสะดวกเป็นการออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไปตามธรรมชาติ ความอบอุ่นหรือความร้อนใจที่ได้จากการเดินจงกรมจึงเป็นความร้อนที่ออกมาอย่างสมดุล (แนวทางเวชปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายการออกกำลังกายในพระสงฆ์. 2552)

โดยบริบทของพระภิกษุสงฆ์แล้วการมีพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องย่อมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น กิจวัตรประจำวันพระภิกษุสงฆ์ ได้แก่ การฉันอาหาร การใช้หลักพุทธธรรม การมีสติดำรงชีวิต

ไม่ประมาท และการเดินจงกรม ซึ่งพฤติกรรมที่กล่าวมาจะส่งผลโดยตรงต่อการจัดการตนเองของ พระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เป็นอย่างดี

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่หลายสาขาวิชาชีพได้นำมาใช้ ภายใต้อายัดและคความหมายที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละสาขาวิชา (Omisakin and Ncama. 2011) จึงเป็นเรื่องยากที่จะให้ความหมายการจัดการตนเองได้อย่างครอบคลุม ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่ความหมายการจัดการตนเองทุกสาขาวิชา ก็มีนัยยะหรือคุณลักษณะที่สำคัญบางประการร่วมกันอยู่ (Omisakin and Ncama. 2011 ; Richard and Shea. 2011 ; Wilkinson and Whitehead. 2009) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.4.1 ความหมายของการจัดการตนเอง

ความหมายการจัดการตนเองมีผู้ให้คำจำกัดความไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

บาร์โทโลมิว พาร์เซล และ ชิชีวซาคี (Bartholomew, Parcel and Czyzewski. 1993) กล่าวถึงการจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการการที่ได้กระทำเพื่อคงสภาวะสุขภาพที่ดีไว้ และลดผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยนั้น รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

แครียร์ (Creer. 2000) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นการใช้ทักษะทางพฤติกรรมในการควบคุมความเจ็บป่วยของตนเอง โดยอาศัยความรู้และความสามารถในการฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต เป็นกระบวนการพลวัตและต่อเนื่องของการควบคุมตนเอง (Self-regulation)

บาร์โลว (Barlow et al. 2002) กล่าวว่า การจัดการตนเอง คือ ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษา ผลที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง

วิลคินสัน และ ไวท์เฮด (Wilkinson and Whitehead. 2009) ได้นิยามการจัดการตนเองว่า คือ ความสามารถของบุคคลร่วมกับครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ในการจัดการกับอาการ การรักษา และผลกระทบของความเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่ออยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังในระยะยาวได้อย่างประสบความสำเร็จ

ไรอัน (Ryan. 2009) ได้กล่าวว่า ทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวว่าครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญในการจัดการตนเองในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ จุดมุ่งหมายที่สำคัญในการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวคือการคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดี ถือว่าเป็นหน้าที่สำคัญ โดยไม่มีข้อจำกัด บุคคลและ

ครอบครัวจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกัน หรือช่วยบรรเทาความเจ็บป่วยให้น้อยลง การบริหารจัดการภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนจะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมของแต่ละบุคคลและครอบครัวซึ่งความเชื่อนี้จะมีความหมายในตัวเอง

จากความหมายของการจัดการตนเองสามารถสรุปได้ว่า การจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลที่จะจัดการตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีโดยทั้งนี้การจัดการตนเองจะต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่ดีให้การดูแลเพื่อลดผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของร่างกาย และสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างปกติสุข

2.4.2 องค์ประกอบของการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า องค์ประกอบของการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย กระบวนการจัดการตนเอง และมิติการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กระบวนการจัดการตนเอง

เครียร์ (Creer. 2000) กล่าวถึงการจัดการตนเองว่าเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง เพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนย่อย คือ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผล แต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) คือ การกำหนดพฤติกรรมหรือสิ่งที่คาดหวังจะให้เกิดขึ้นในอนาคต โดยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพควรร่วมกันตั้งเป้าหมาย ด้วยการปรึกษา ตอรอง และกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมา การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งควรมีความเฉพาะเจาะจงสามารถวัดได้ จากนั้นเขียนเป็นแผนการปฏิบัติ เช่น การตั้งเป้าหมายในการควบคุมอาหาร จะไม่รับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง เป็นต้น การตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย โดยจะออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งนานครั้งละอย่างน้อย 30 นาที เป็นต้น การที่ผู้ป่วยจะสามารถตั้งเป้าหมายได้ ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และทักษะในการจัดการกับโรคที่ตนเองเจ็บป่วย ข้อดีของการตั้งเป้าหมาย คือ เป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นการเพิ่มข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2. การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเฝ้าระวังตนเอง (Self-monitoring) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 2 อย่าง คือ การสังเกตอาการตนเอง (Self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-recording) การเฝ้าระวังตนเองเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้บรรลุตามเป้าหมาย และจัดการตนเองได้สำเร็จ ซึ่งมีแนวทางในการเฝ้าระวังตนเอง 3 ประการคือ

- 2.1 ควรเฝ้าระวังเฉพาะอาการที่กำหนดไว้เป็นพฤติกรรมเป้าหมาย เพราะหากทำการเฝ้าระวังอาการต่างๆมากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้าได้

2.2 ควรกำหนดวัตถุประสงค์ที่สามารถวัดได้ เช่น การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานจะออกกำลังกายโดยวิธีการวิ่ง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ นานครั้งละอย่างน้อย 30 นาที เป็นต้น

2.3 ควรสังเกตและบันทึกข้อมูล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยควรสังเกตและบันทึกข้อมูลในช่วงเวลาที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่มีสุขภาพกำหนดไว้ เช่น การชั่งน้ำหนักตัวทุกเช้า ก่อนรับประทานอาหาร และก่อนรับประทานอาหาร เป็นต้น

3. การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) คือการนำข้อมูลที่รวบรวมมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นค่ามาตรฐานสากล หรือค่าเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น น้ำหนักของผู้ป่วยควรลดลง 5-10% ของน้ำหนักตัว เป็นต้น ซึ่งมีแนวทางในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูล 5 ประการ คือ

3.1 ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง การวิเคราะห์ และประเมินข้อมูลที่ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกเป็นสิ่งที่ไม่ยาก หากเป็นการรวบรวมที่สามารถวัดได้ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องน้ำหนัก หากให้ผู้ป่วยทำการเฝ้าระวังและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เป็น เช่น อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ-สูงจะเป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องสามารถรับรู้ถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติหรือจากระดับที่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยอาการปกติหรือระดับที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันไป ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่รับรู้ได้ ดังนั้นจึงต้องมีการให้ความรู้ มีการกำหนดเป้าหมาย และฝึกทักษะในการเฝ้าระวังเฉพาะอาการที่เป็นเป้าหมายเท่านั้น

3.2 การมีแบบบันทึกหรือประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน และมีมาตรฐานแน่นอน เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินตนเองและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ตัวอย่างเช่น แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบบันทึกค่าอัตราการไหลของอากาศสำหรับผู้ป่วยโรคหอบหืด และแบบบันทึกค่าความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3.3 ผู้ป่วยสามารถประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่รวบรวม สามารถตัดสินใจได้ง่ายตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดได้กับค่ามาตรฐาน หากสูงมากกว่าค่ามาตรฐานแสดงว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูง แต่ในรายที่เป็นการเปรียบเทียบอาการอาจทำได้ยาก ผู้ป่วยอาจมีความคลุมเครือ จึงต้องสอนให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับอาการสำคัญของโรค และวิธีการสังเกตตนเอง เช่น สอนผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับอาการที่แสดงว่าอาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น หน้ามืด เวลาหิว เป็นต้น และอาการดังกล่าวดีขึ้นเมื่อได้รับประทานน้ำตาลประมาณครึ่งแก้ว หรืออมลูกอม

3.4 ผู้ป่วยต้องเรียนรู้การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอาการนำ และสามารถแก้ไขอาการเปลี่ยนแปลงนั้นด้วยตนเอง การวิเคราะห์อาการนำ พฤติกรรมที่ทำให้เกิด และผลที่เกิดตามมาจากการกระทำนั้น เป็นการเตรียมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับตัดสินใจเลือกแนวทางที่ดีที่สุด

3.5 ผู้ป่วยควรพิจารณาการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง ควรคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อม เช่น ความสะดวกในการปฏิบัติ การเรียนรู้วิธีการและพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ความเชื่อและค่านิยม มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4. การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากผู้รวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลของตนเอง เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐาน การตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นแก่นของความสำเร็จในการจัดการตนเอง

5. การปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จได้ต้องมีอิสระในการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ตามแนวทางที่วางแผนไว้สำหรับตนเอง และยังขึ้นอยู่กับตัวแปรแวดล้อม เช่น ความสะดวก หรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อการใช้ทักษะการจัดการด้วยตนเอง เครียร์ (Creer. 2000) กล่าวว่าเทคนิคการสอนตนเอง (Self-instruction) มีความสำคัญต่อการจัดการตนเอง 2 ทาง คือ 1) การควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นผู้ป่วยต้องกระทำด้วยตนเอง และวิธีการนั้นผู้ป่วยเคยทำมาแล้วได้ผล 2) การสอนตนเองอาจเป็นการกระตุ้นให้เริ่มวิธีการใหม่ ๆ สำหรับจัดการกับความเจ็บป่วย เช่นการมุ่งแก้ปัญหา การควบคุมสิ่งเร้า และการจัดการกับอารมณ์

6. การประเมินผล (Self-reaction) หมายถึง การประเมินผลการปฏิบัติของตนเองจากการประเมินนี้บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ผู้ป่วยเรื้อรังควรทราบถึงข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ และการประเมินตนเองยังช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่

กระบวนการจัดการตนเองของเครียร์ (Creer. 2000) ได้มีผู้นำไปศึกษาในการดูแลผู้ป่วย เช่น ชดช้อย วัฒนา (2006) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยชาวไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 147 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 72 ราย และกลุ่มทดลอง 75 ราย เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การอภิปรายร่วมกันของกลุ่มตัวอย่าง และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้คู่มือ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงสู่ระดับปกติ และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง และการประเมินผล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการจัดการตนเองประกอบด้วย การให้

ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง การอภิปรายร่วมกัน และการประเมินผล ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค สามารถควบคุมอาการของโรคได้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

นอกจากนี้ การศึกษาของ มูเซอร์ (Moser et al. 2003) เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระดับลึกผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และเข้ารับการรักษาที่หน่วยงานที่พยาบาลเป็นผู้ดูแลหลัก ประยุกต์ใช้การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ (constant comparative analysis) วิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูงอายุ เป็นกระบวนการทางพุทธิปัญญาในการคิดได้ตรง และกระทำในทิศทางที่ได้ตัดสินใจ กล่าวคือ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้กระบวนการจัดการตนเองใน 3 มิติ คือ 1) กิจวัตรประจำวัน 2) ความไม่เป็นระเบียบ และ 3) การป้องกัน

1. การจัดการตนเองประจำวัน (daily activities) คือ การกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานเป็นประจำทุกวัน เช่น การบริหารอินซูลิน การออกกำลังกายและการพักผ่อน กิจกรรมดังกล่าวรวมเอากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทั่วไป โดยการจัดการตนเองประจำวันประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย คือ 1) การยึดมั่นกับการรักษาที่เจ้าหน้าที่สุขภาพวิชาชีพกำหนดไว้ (adhering) 2) การปรับตัวต่อการรักษาที่กำหนดไว้ (adapting) และ 3) การกระทำจนเป็นกิจวัตรประจำ (acting routinely)

2. การจัดการกับความไม่เป็นระเบียบ (Off-course) เป็นการตอบสนองของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์และปัญหาเบาหวานที่เกิดขึ้น และบ่อยครั้งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ เช่น การที่ระดับน้ำตาลไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ต่ำหรือสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยก็จะตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งการจัดการกับความไม่เป็นระเบียบที่เกิดขึ้น ก็จะประกอบด้วย 5 ขั้นตอนย่อย คือ 1) การตระหนัก (becoming aware) 2) การให้เหตุผล (reasoning) 3) การตัดสินใจ (deciding) 4) การลงมือกระทำ (acting) และ 5) การประเมินผล (evaluating)

3. การจัดการเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ (preventive) เป็นการกระทำบางสิ่งบางอย่างของผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น ทั้งปัญหาภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานระยะสั้น เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น การสูญเสียการมองเห็น เป็นต้น การจัดการตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพ ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนย่อย คือ 1) มีประสบการณ์ (experiencing) 2) เรียนรู้ (learning) 3) มีความระมัดระวัง (Being cautious) และ 5) ลงมือปฏิบัติ (putting into practice)

ซึ่งขั้นตอนย่อยของกระบวนการจัดการทั้งหมดเหล่านี้ ต่างมีความเชื่อมโยงเกี่ยวพันกันและกันและเกิดซ้ำ ๆ ตลอดเวลา

มิติการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า มีลักษณะการจัดการตนเองเฉพาะ เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเข้มงวด ครอบคลุมการจัดการเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และการส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเอง ตามแผนการรักษาที่ได้รับจากสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ (Moser et al. 2003 ; Lynch et al. 2012 ; Rothenberger. 2011 ; Siriwatanamethanon and Buatee. 2013) ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ โรเทนเบอร์เจอร์ (Rothenberger. 2011) เกี่ยวกับวิเคราะห์ห้มนทัศน์ (concept analysis) การจัดการตนเองพบว่า การจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน (prediabetes) มีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. การทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตอย่างเข้มข้น ได้แก่ การลดน้ำหนักลงประมาณ 5-10% การลดพลังงานและไขมันในอาหารที่รับประทานเข้าไป และการออกกำลังกายระดับปานกลาง ประมาณ 150 นาที / สัปดาห์

2. การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลอย่างเป็นจริง

3. การเตือนตนเอง มีการกำหนดดัชนีที่ต้องเฝ้าสังเกต เช่น น้ำหนักตัว จำนวนแคลอรีและไขมันที่รับประทาน และการออกกำลังกาย เป็นต้น

4. ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพระดับวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ในการให้คำปรึกษาในการรักษาและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การเฝ้าระวังอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และการป้องกันปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การบริโภคอาหาร

การปรับเปลี่ยนวิถีการบริโภคอาหาร เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญประการหนึ่ง มีเป้าหมายเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ วิธีการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารที่สำคัญคือการควบคุมปริมาณแคลอรีและหมวดหมู่ของอาหารที่รับประทานให้สอดคล้องกับความต้องการของร่างกาย จากการศึกษาของ ลินซ์ (Lynch et al. 2012) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารด้วยการลดปริมาณอาหารที่รับประทานแต่ละวันลดลง และรับประทานผักและผลไม้ให้มาก (แนวทางเวชปฏิบัติการให้โภชนบำบัดในพระสงฆ์ อาพาธโรคเบาหวาน. 2552)

4.2 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย ในผู้ป่วยเบาหวานเชื่อว่าการออกกำลังกายจะทำให้ระดับน้ำตาลลดลง และจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ปกติ (Rothenberger. 2011) การรักษาโรคเบาหวานนอกจากมุ่งเน้นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือดให้อยู่ในปริมาณที่เหมาะสม ยังต้องมีการ

ออกกำลังกายที่เหมาะสมร่วมด้วยเพราะจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการตอบสนองต่ออินซูลินดีขึ้น (แนวทางเวชปฏิบัติการให้โภชนบำบัดในพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน. 2552)

4.3 การใช้ยา

การรับประทานยา ผู้ป่วยชาวแอฟริกัน-อเมริกันได้แสดงความสงสัยเกี่ยวกับการกินยา ในขณะที่ผู้ป่วยชาวเม็กซิกัน-อเมริกันจะอภิปรายเกี่ยวกับอุปสรรคของการได้รับยาและการใช้สมุนไพร ด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยชาวเม็กซิกัน-อเมริกันจะเน้นใช้กลวิธีการออกกำลังกายเป็นเวลานาน ในขณะที่ผู้ป่วยชาวแอฟริกัน-อเมริกันเน้นการออกกำลังกายในการดำรงชีวิตประจำวัน (Rothenberger. 2011) ผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่มไม่ได้เน้นความสำคัญของการจัดการตนเองในเรื่องการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดและการลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในเบาหวาน

การเฝ้าระวังอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

การเฝ้าระวังอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าจัดการกับอาการเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันจะทำให้ตนเองปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และทำให้มีสุขภาพที่ดี (จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และสุพัตรา บัวที. 2556)

การป้องกันปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดขึ้น

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นการกระทำบางสิ่งเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพไม่ให้เกิดขึ้น ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในระยะสั้น เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว เช่น การสูญเสียการมองเห็น (Moser et al. 2003)

จากมิติการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สรุปได้ว่ามิติการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นกระบวนการทักษะและความสามารถทางปัญญา รวมถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมและจัดการกับวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง ด้านมิติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และ/ หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมถึงการเฝ้าระวังอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้นทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การดูแลรักษา

2.4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อมูลข่าวสาร/ หรือความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม

1. ข้อมูลข่าวสาร/ หรือความรู้ (Information/ or knowledge)

ข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผลของการเจ็บป่วยต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต การรักษา และการดูแลรักษาที่ได้รับอยู่ มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย

(Rothenberger. 2011 ; Udlis. 2011) จากการศึกษาของโรดิเกส เกี่ยวกับปัจจัยภายในและภายนอก ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลเกี่ยวข้องต่อการจัดการตนเองซึ่งผล การศึกษา พบว่า ความรู้ซึ่งเป็นปัจจัยภายในมีผลต่อการจัดการตนเองในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการดูแลตนเอง Wattanakul (2012) ที่พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการ จัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ทูเบิร์ต และคณะ (Toobert et al. 2000) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการ ตนเองของคนจีนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การสื่อสารทางด้านความรู้ การได้รับข้อมูลการฟัง วิทยุ และการดูทีวีที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นปัจจัยทางอ้อมที่มีผลกระทบต่อจัดการตนเองของ โรคเบาหวาน และการศึกษาของ ซองส์ และคณะ (Zhong et al. 2011) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ ให้ความรู้และแนวทางในการปฏิบัติการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัย ในเขตฮานอวู ของประเทศจีน และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ที่มีการจัดการ ตนเองได้ดีจะได้รับอิทธิพลมาจากการได้รับความรู้ 2) ประสิทธิภาพของการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบา ชนิดที่ 2 ที่ประสบความสำเร็จคือระดับความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานไปในทางบวก

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)

มีการศึกษาจำนวนมาก พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งหมายถึง การรับรู้หรือความ เชื่อของบุคคลต่อความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีผลโดยตรงต่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน (Al-Khawaldeha, Al-Hassanb and Froelicher. 2012 ; Rothenberger. 2011 ; Toober et al. 2000; Udlis. 2011 ; Weijman et al. 2005 ; Zulman et al. 2011) ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Al-Khawaldeha, Al-Hassanb and Froelicher (2012) เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ ตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่ศูนย์เบาหวานแห่งชาติอัมมาน ประเทศจอร์แดน ก็พบว่า การรับรู้ สมรรถนะแห่งตนระดับดีมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การเจาะ น้ำตาล และการรับประทานยาที่ดี ซึ่งจากการศึกษานี้ยังสามารถทำนายระดับน้ำตาลในเลือดจากการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เนล สันและคณะ (Nelson, McFarland and Reiber. 2007) ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง โรคเบาหวานในทหารที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับ โรคเบาหวานที่ดีจะมีความยึดมั่นในเรื่องการใช้จ่ายเบาหวานเป็นอย่างดี และปฏิบัติตามคำแนะนำของ แพทย์ทุกครั้งในการใช้จ่ายเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ

3. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

แรงสนับสนุนของสังคม (ครอบครัว และด้านอารมณ์ รวมทั้งการสนับสนุนและการ ร่วมมือกับจากวิชาชีพทางสุขภาพ) ซึ่งหมายถึง การได้รับความเกื้อกูล ความช่วยเหลือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ และเป็นผลให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ปฏิบัติหรือ

แสดงออกทางพฤติกรรมและมีสุขภาพดีมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้ป่วยตามความต้องการ(Caplan. 1976) ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ ซองส์ และคณะ (Zhong et al. 2011) ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้ความรู้ และแนวทางในการปฏิบัติการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในเขตชานอูย ประเทศจีน และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ เวจแมน และคณะ (Weijman et al. 2005) ที่พบว่า ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความถี่ของการจัดการตนเองด้านอาหาร โดยการศึกษาของโทเบิร์ท และคณะ (Toobert et al. 2000) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อเป็นโรคเบาหวานถือว่าเป็นปัจจัยทางอ้อมที่มีผลต่อการจัดการตนเอง โดยผ่านทางความเชื่อและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการศึกษาของ อุษาศรี แสงสง่า (2555) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกรุงเทพมหานคร พบว่า บุคลากร ผู้ให้บริการทางด้านกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4.4 ผลลัพธ์ของการจัดการตนเอง (Consequences)

ผลลัพธ์เบื้องต้นของการจัดการตนเองก่อนที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคเบาหวานที่สำคัญคือ ระดับน้ำตาลปกติ หรือมีความก้าวหน้าในการเป็นโรคเบาหวานช้าลงบุคคลที่มีความเสี่ยงใกล้จะเป็นเบาหวานพบว่าการลดน้ำหนักเป็นปัจจัยทำนายเบื้องต้นของการป้องกันเบาหวาน ดังนั้นนักวิจัยบางท่านจึงวัดการลดน้ำหนักเป็นผลลัพธ์ของการจัดการภาวะก่อนเป็นเบาหวาน

1 ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น (Improved clinical outcome)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น เป็นผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ประสบความสำเร็จ ตัวอย่าง เช่น ระดับของ ฮีโมโกลบิน A_{1c} ระดับน้ำตาลที่ผู้ป่วยเฝ้าติดตาม การกินยาต่อเนื่อง และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

จากการศึกษาของบราวน์สัน และคณะ (Brownson et al. 2009) ได้ศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนระดับต้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่าประสิทธิผลของการเข้าโปรแกรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรคในระยะยาวได้

สุชาติดา คงหาญ (2553) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรสินันท์ เลิศสกุลจินดา (2553) ได้ทำการศึกษา ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองโดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ซึ่งเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของวันที่ 2 และวันที่ 3 ลดลงจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากผลการศึกษานี้ได้ยืนยันการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองให้ปกติมากที่สุด

ขวัญใจ ถมยามงคล และคณะ (2552) ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของพระสงฆ์โรคเบาหวาน ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ปกติ จะมีวิธีการดูแลตนเอง คือการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ได้แก่ การควบคุมอาหาร การฉีดยา การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด

จากที่กล่าวมาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้โปรแกรมในการจัดการตนเองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ และยังป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้นได้ อีกทั้ง ยังเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. การลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ (Reduced healthcare expenditures)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ได้แก่ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปพบแพทย์ การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล การใช้บริการ การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน เช่น การตรวจเยี่ยมของแพทย์ลดลง ลดค่าบริการในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค

บราวน์สัน และคณะ (Brownson et al. 2009) ได้ศึกษาต้นทุน ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนระดับต้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการเข้าโปรแกรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการมีระบบการดูแลสุขภาพที่ดีมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้นเป็น 39,563 \$ / QALY ซึ่งต่ำกว่าค่ามาตรฐานทั่วไปของ \$ 50,000 / QALY

3. คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Improved quality of life)

จากการทบทวนวรรณกรรม คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดการตนเอง ได้แก่ ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น รู้สึกอิสระ มีความผาสุก และมีการปรับตัวที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดียังรวมถึงการมีความผาสุกทั้งทางกายและจิตสังคม

บราวน์สัน และคณะ (Brownson et al.2009) ได้ศึกษาต้นทุน ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนระดับต้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการเข้า

โปรแกรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้น

จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และสุพัตรา บัวที (2556) ได้ศึกษาการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด 2 ที่อาศัยอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดความสุขเกิดความสุขสบายใจ คือ การทำความดี การทำบุญ การปล่อยวาง การทำสมาธิ และการสวดมนต์ไหว้พระ เพื่อให้จิตใจให้สงบสุข ไม่คิดฟุ้งซ่านเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

อนัญญา บำรุงพันธุ์ (2554) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น หลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการตนเอง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สุชาดา คงหาญ (2553) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .053

จินตนา ทองเพชร และคณะ (2550) ได้ทำการศึกษา ผลของการส่งเสริมศักยภาพในการจัดการตนเองที่มีต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest –Posttest Control group design) ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากที่กล่าวมาจะพบว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหมายถึงเป็นความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานที่จะจัดการตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและที่สำคัญของการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ การจัดการด้านอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย หากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี ก็จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ปกติช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้นเช่นภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดและหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีความรู้ ความสามารถที่จะจัดการกับอาการที่อาจเกิดขึ้นเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยจะมีอาการซีม เพื่อย เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่นนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องรู้ว่าจะปฏิบัติอย่างไรกับอาการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ตนเองปลอดภัย เช่นการดื่มน้ำหวานเมื่อเริ่มมีอาการ ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องมี

การวางเป้าหมายร่วมกันทั้งตัวของผู้ป่วยและทีมผู้เชี่ยวชาญที่ให้การดูแลด้านสุขภาพ ทั้งนี้ การได้รับข้อมูลสาร การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ แรงสนับสนุน จากครอบครัว ชุมชน สังคม มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดพลังอำนาจในตนเอง มีความมั่นใจในการจัดการตนเองได้อย่างสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการในการรักษาพยาบาล

ดังนั้นในการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภายใต้บริบทของพระภิกษุสงฆ์ที่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง โดยไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย ทั้งนี้ในการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสุขภาพที่ให้การดูแล เช่น การให้ความรู้ และการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสงฆ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้มองเห็นภาพชัดเจนว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีวิธีการจัดการตนเองที่แตกต่างกัน แต่มีเป้าหมายเดียวกันคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ที่สำคัญในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การจะเข้าถึงข้อมูลต้องอาศัยการตีความจากพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ได้คำอธิบายที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งในบทนี้จะกล่าวถึงการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดพรรณนา (descriptive Qualitative research) เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ ผู้วิจัยได้ใช้พื้นที่ในการศึกษาคือโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ให้การดูแลสุขภาพ พระภิกษุสงฆ์ และสามเณรทั่วประเทศแบบองค์รวม มีจำนวนเตียงผู้ป่วยที่ให้บริการขนาด 279 เตียง ประกอบด้วยหน่วยงานผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยในจำนวน 11 หอผู้ป่วย รวมถึงหน่วยงานพิเศษ และหน่วยงานสนับสนุนต่าง ๆ มีเขตพื้นที่ ตั้งอยู่บริเวณถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

ปรัชญาการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการศึกษาความเป็นจริงทางสังคมโดยมีเป้าหมายที่จะศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งเป็นการศึกษาในสิ่งที่ไม่สามารถวัดได้ ทั้งนี้ เพื่อที่จะบรรยายและเข้าใจแก่นแท้เหล่านั้น โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ ประเด็นทางสังคมวัฒนธรรมมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจ เป็นการศึกษาเพื่อเข้าใจความหมาย และการตีความของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์หรืออยู่ในสังคมนั้น ๆ ดังนั้น นักวิจัยจึงถือเป็นเครื่องมือวิจัย ที่ต้องสามารถรับรู้ความเชื่อ ระบบความคิดและความหมายที่เป็นของผู้ให้ข้อมูล แล้วอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์ต่างๆออกมาตามความจริงนั้น (ศิริพร จิรวรรณกุล. 2555)

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าใจปรากฏการณ์ในการจัดการตนเองและเงื่อนไขหรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3.2 ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ คือพระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2556 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2556 จำนวนทั้งสิ้น 12 รูป โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. เป็นพระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2
2. ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์
3. อายุมากกว่า หรือเท่ากับ 20 ปี และอยู่ในสมณเพศอย่างน้อย 1 ปี อีกทั้งต้องจำพรรษาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล ต่อเนื่องมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี หากมีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น โรคเหล่านั้นต้องอยู่ในระยะที่ควบคุมได้
4. มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

3.3 สถานที่ศึกษา

การศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาและเก็บข้อมูลโรงพยาบาลสงฆ์ มีจำนวนเตียงทั้งหมด 279 เตียง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (tertiary level) ที่ให้บริการการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธแบบองค์รวม และมีสมณะภาพเป็นพระภิกษุสงฆ์จากทั่วประเทศ มีหน่วยงานที่ให้บริการดังนี้ หน่วยงานผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยในจำนวน 11 หอผู้ป่วย รวมถึงหน่วยงานพิเศษ และหน่วยงานสนับสนุนต่าง ๆ มีเขตพื้นที่ตั้งอยู่บริเวณถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร มีการคมนาคมอย่างสะดวก

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งวิธีการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นจริงของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กล่าวคือ พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการจัดการตนเองจากการอาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงและตรงตามประสบการณ์ของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลนั้น นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยยังประกอบ

ด้วย ผู้วิจัย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และเทปบันทึกเสียง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 ผู้วิจัย

ผู้วิจัยถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล ในการเก็บข้อมูลนั้นผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เจาะลึกและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเตรียมความพร้อมของตนเองก่อนทำการวิจัยดังนี้

1. การเตรียมตัวด้านวิธีการวิจัย ผู้วิจัยได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการวิจัยเชิงคุณภาพ (NG 8193) ของคณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2553 ซึ่งในรายวิชานี้ได้ให้นักศึกษาทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ 1 เรื่อง มีการเก็บข้อมูลจริงโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และนำเสนอผลงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้ศึกษาร่วมด้วย ยิ่งไปกว่านั้นผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพ และทำความเข้าใจจากการอ่านเอกสารตำราเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้ฝึกเทคนิคการสัมภาษณ์เจาะลึก การเก็บรวบรวมข้อมูลชนิดต่าง ๆ วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในหลักการของการวิจัยเชิงคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2. การเตรียมตัวด้านเนื้อหา ผู้วิจัยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่ศึกษา เพื่อเพิ่มความไว (sensitivity) ของผู้วิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองทางด้านเนื้อหา โดยการศึกษาจากเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของพระภิกษุอาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยพยาธิสรีรวิทยาของโรคเบาหวาน การรักษา ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลรักษาปัญหาและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงแนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3.4.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยอายุ จำนวนพรรษาของการบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ ระยะเวลาของการอาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C)

3.4.3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก

ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึกจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารทางวิชาการ ตำรา งานวิจัย รวมถึงวารสารทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน การควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานตลอดจนภาวะเครียดหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นนั้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งแนวคำถามนั้นจะเป็นแนวคำถามปลายเปิดชนิดกึ่งโครงสร้าง ซึ่งแนวคำถามในการสัมภาษณ์ได้แก่ พระคุณเจ้ามีความคิดเห็นอย่างไรต่อการอาพาธด้วยโรคเบาหวาน พระคุณเจ้าช่วยเหลือประสบการณ์ในการจัดการสุขภาพของตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวาน และพระคุณเจ้ามีอุปสรรคอะไรบ้างในการจัดการสุขภาพของตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

ซึ่งแนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบต่อมไร้ท่อ 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน และ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน

3.4.4 แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation)

การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นการสังเกตที่ผู้สังเกตไม่ได้เข้าไปร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ แต่คอยเฝ้าดูอยู่ห่าง ๆ สามารถที่จะจดบันทึกรายละเอียดของสิ่งที่ต้องการสังเกตได้ วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างหนึ่ง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สังเกต สีหน้าท่าทาง น้ำเสียง รวมทั้งพฤติกรรมของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล ลักษณะบุคลิกภาพ อาการและอาการแสดงสัมพันธ์ภาพ ลักษณะการติดต่อสื่อสารด้วยการใช้ภาษาท่าทาง และสภาพแวดล้อมในขณะที่ทำการสัมภาษณ์

3.4.5 เทปบันทึกเสียง

เทปบันทึกเสียงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสัมภาษณ์สำหรับผู้วิจัย ซึ่งเทปบันทึกเสียงนี้ผู้วิจัยใช้ในการบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล เครื่องบันทึกเสียงจะช่วยให้ได้ข้อมูลสนทนาที่ครบถ้วน และยังแสดงให้เห็นถึงน้ำเสียง อารมณ์ ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.5.1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตศึกษาวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ ก่อนทำการเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2556 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2556 เป็นระยะเวลา 4 เดือน ในจำนวนพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 รูป ผู้วิจัย

ได้ใช้สถานที่ใช้ในการสัมภาษณ์ คือ คลินิกเบาหวาน ห้องรอตรวจอายุรกรรมที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนหอผู้ป่วยในนั้น ได้ทำการสัมภาษณ์ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งกระบวนการทำงานของผู้วิจัยได้มีทั้งหมด 4 ระยะ คือ 1) ระยะสำรวจข้อมูล 2) ระยะสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ 3) ระยะดำเนินการเก็บข้อมูล และ 4) ระยะข้อมูลอิ่มตัว ซึ่งสามารถอธิบายแต่ละระยะได้ดังนี้

1. ระยะการสำรวจข้อมูล

ผู้วิจัยได้เข้าสำรวจข้อมูล และคัดเลือกพระภิกษุสงฆ์ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากสมุดเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

2. ระยะการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ

การสร้าง ความไว้วางใจและความสัมพันธ์อันดีกับพระภิกษุสงฆ์ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้าไปสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวและทำความรู้จักกับพระภิกษุสงฆ์อาพาธ โดยการกล่าวทักทาย นมัสการพระคุณเจ้า (นมัสการเป็นคำกล่าวที่ใช้กับพระภิกษุสงฆ์ซึ่ง หมายถึง สวัสดิ์) และแนะนำตัวว่า ผู้วิจัยเป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ซึ่งกำลังศึกษาวิจัยวิทยานิพนธ์ เรื่อง การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายให้พระภิกษุสงฆ์ให้ข้อมูลทราบถึงขั้นตอนต่าง ๆ ในการสัมภาษณ์และหากไม่ประสงค์ที่จะตอบคำถามหรือให้ข้อมูลใด ๆ สามารถหยุดการสัมภาษณ์ได้ทุกช่วงเวลา จากนั้นผู้วิจัยได้พร้อมสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และทำการนัดหมายวันและเวลาที่จะสัมภาษณ์

3. ระยะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลนั้นได้จากการสัมภาษณ์อย่างมีเป้าหมาย และมีความเฉพาะเจาะจงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกมีความยืดหยุ่นสูง ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถซักถามและหารายละเอียดของประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาได้อย่างลุ่มลึกมากขึ้น การขออนุญาตพระภิกษุสงฆ์ให้ข้อมูลในการบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เบื้องต้นในสนามเพื่อตรวจสอบข้อมูลว่า ข้อมูลที่ได้มามีความเพียงพอ ข้อมูลที่ได้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้หรือไม่ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรึกษาและนำเสนอรายงานความก้าวหน้ากับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นระยะ เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลที่จะได้มาประกอบในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษานี้ ในการพบกันครั้งแรกผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจให้เกิดขึ้น หลังจากนั้นขออนุญาตในการสัมภาษณ์ แจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัยอย่างชัดเจน รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในเรื่อง

การรักษาความลับของข้อมูล สร้างความกระจ่างแก่ผู้ให้ข้อมูลก่อน โดยการตอบข้อซักถาม ข้อเสนอแนะ ให้เกิดความยินยอมพร้อมใจของผู้ให้ข้อมูลก่อนที่จะสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์เจาะลึกนี้ ผู้วิจัย สัมภาษณ์พระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ถึงมุมมองของการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยจะขออนุญาตฉบับที่ 1 และบันทึกเทปประกอบ เมื่อพบประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนจะขออนุญาต ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์อีกครั้ง เพื่อความสมบูรณ์ของเนื้อหาสาระของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยไม่กำหนดตายตัว ขึ้นอยู่กับสถานการณ์เป็นหลัก ก่อนยุติการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะสรุปความเพื่อให้พระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตรวจสอบความตรงตามของ เนื้อหาที่ได้ให้สัมภาษณ์ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมก่อนจบการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง หลังจากการ สัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเบื้องต้นใน สนามเป็นระยะ ๆ เพื่อจะได้ประเมินข้อมูลที่ได้อีก หากพบว่าข้อมูลที่ได้มา ยังขาดความต่อเนื่องชัดเจน ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนกระทั่งไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่ม

4. ระยะข้อมูลอิ่มตัว

เมื่อข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล มีความอิ่มตัว กล่าวคือ คำอธิบายเริ่มซ้ำและไม่พบข้อมูล ใหม่ ในขณะเดียวกันผู้วิจัยจะตรวจสอบข้อมูลที่ได้อีกโดยกลับไปหาพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล เพื่อยืนยันกับพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายว่าตรงตามที่พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลบอกกล่าว และมีข้อมูลอะไรที่พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลต้องการเพิ่มเติม เมื่อข้อมูลที่ได้อีกเริ่มมีแบบแผนชัดเจนขึ้นและไม่พบข้อมูลใหม่ ผู้วิจัยเตรียมการที่จะออกจากสนามโดยบอกกับพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลทราบเมื่อเวลา นั้นสิ้นสุดลง ผู้วิจัยจะพบเพื่อกล่าวอำลาและขอบคุณพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลที่ได้อีกโอกาสผู้วิจัยได้ เรียนรู้ในครั้งนี้

3.5.2 วิธีที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นวิธีการที่ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นทัศนะของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงใน สถานการณ์ธรรมชาติ คือ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึก ภาคสนาม ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การสัมภาษณ์เจาะลึก (in - depth interview)

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึกโดยใช้คำถามปลายเปิด และเป็นคำถามกึ่งโครงสร้างที่ ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก (ภาคผนวก ข) ซึ่งระยะเวลาใน การสัมภาษณ์ประมาณ 30- 45 นาที ต่อรูป พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล 8 รูป ให้ข้อมูลสมบูรณ์ จึงได้ทำ การสัมภาษณ์ จำนวน 1 ครั้ง ส่วนพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล 4 รูปที่เหลือ ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการ สัมภาษณ์ครั้งแรก ผู้วิจัยจึงได้ขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีก 1 ครั้ง เพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากขึ้น

ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งก่อนยุติการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะสรุปความเพื่อให้พระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตรวจสอบความตรงตามของเนื้อหาที่ได้ให้สัมภาษณ์

2. แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation)

ผู้วิจัยได้ทำการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในขณะที่พระภิกษุสงฆ์นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรม โดยการสังเกตจะสังเกตพฤติกรรมของพระภิกษุสงฆ์ให้ข้อมูลในกิจวัตรประจำวัน อาทิเช่น การฉันอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย การดูแลเท้า การฉันยาเบาหวาน การสวดมนต์ไหว้พระ การนั่งสมาธิตรงมุขธรรมะที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้ และการเดินจงกรมในบริเวณหอผู้ป่วย ทั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ แต่คอยเฝ้าดูพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นของพระภิกษุสงฆ์ให้ข้อมูล

3. การบันทึกภาคสนาม

ผู้วิจัยจะใช้วิธีการบันทึกภาคสนามโดยการจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ภายหลังจากการสัมภาษณ์ และการสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ซึ่งในการบันทึกภาคสนามนั้น ผู้วิจัยได้บันทึกสิ่งแวดล้อม สถานที่ เหตุการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนข้อคิดเห็นของพระภิกษุสงฆ์ผู้สงฆ์ให้ข้อมูล ข้อมูลส่วนนี้ไม่มีความตีความโดยผู้วิจัย ทำให้สามารถนำข้อมูลส่วนนี้ไปใช้ร่วมกับข้อมูลส่วนอื่นในการวิเคราะห์ภายหลัง

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น มีเป้าหมายเพื่อจัดระบบของข้อมูล เป็นกระบวนการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชื่อมโยง หาข้อสรุป และตีความหมายเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งในมุมมองของคน (emic view) ซึ่งเป็นมุมมองของผู้ให้ข้อมูล สามารถตรวจสอบได้และเชื่อถือได้ โดยประยุกต์การวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1978) ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาของการศึกษา โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลหลังจากเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 12 ราย

โดยประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ของ Colaizzi (1978) ซึ่งได้มีการอธิบายการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดเป็นขั้นตอน หากได้ข้อมูลแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำดัชนีให้เป็นประเด็นย่อย (sub theme) เมื่อพบประเด็นซ้ำกันบ่อย ๆ จึงยกระดับขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก (theme) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก มาถอดเทปคำต่อคำ (transcribe verbatim) เพื่อความครอบคลุมเนื้อหาสาระของข้อมูลให้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์มาอ่านและทำความเข้าใจข้อความ หรือถ้อยคำต่างๆที่ปรากฏในบันทึก เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 โดยเฉพาะความรู้ที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้น ๆ ของผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยเริ่มที่จะตั้งคำ หรือประโยค ที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา ออกมาให้ได้มากที่สุด กำหนดความหมายให้กับคำ ประโยค หรือย่อหน้าที่คิดว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงเกี่ยวกับการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และตรงประเด็นที่ศึกษามากที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 จัดกลุ่มข้อมูล แยกแยะจัดกลุ่มข้อมูล รวมทั้งเชื่อมโยงข้อมูลที่สามารถจับกลุ่ม สาระ หรือแนวคิดได้

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาจัดกลุ่มเป็นประเด็นต่าง ๆ ถ้าเป็นประเด็นในเรื่องเดียวกันก็จะเก็บรวบรวมไว้ด้วยกัน (categories) โดยยังไม่ต้องพิจารณาว่าประเด็นใดเป็นประเด็นหลัก และประเด็นใดเป็นประเด็นย่อย ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยต้องตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วย โดยนำข้อมูลที่ดึงออกมากลับไปตรวจสอบกับข้อความในต้นฉบับ

ขั้นตอนที่ 5 เชื่อมโยงแนวคิดต่าง ๆ เข้าด้วยกันเพื่อหาแบบแผนความสัมพันธ์หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ โดยนำข้อมูลที่แยกไว้เป็นหมวดหมู่ มาวิเคราะห์เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับประเด็นเหล่านั้นว่าข้อความใดควรเป็นประเด็นหลัก และข้อความใดควรเป็นประเด็นย่อยที่อยู่ภายใต้ประเด็นหลัก เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ตรงประเด็น เรื่องการจัดการตนเองของพระภิกษุอาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อได้ประเด็นต่าง ๆ จำนวนมาก และไม่มีประเด็นใหม่ ๆ เพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงยุติการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 6 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์หาตีความและหาความหมาย หรือคำอธิบายของแบบแผนความสัมพันธ์ ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยตีความหมายออกมาจากข้อมูลที่มีอยู่ เริ่มจากการหาความเชื่อมโยงของข้อมูล ดูความสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่ปรากฏเพื่อให้ได้สมมติฐานที่เป็นคำถาม แล้วรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อมาพิสูจน์และหาข้อสรุปที่ประเด็นนั้น ๆ เพื่อสามารถตอบคำถามการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขั้นตอนที่ 7 เมื่อผ่านกระบวนการตีความ และได้ข้อสรุปย่อยจากข้อมูลชุดต่าง ๆ ผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบเหล่านั้นมาเป็นข้อสรุปใหญ่ที่เป็นการตอบคำถามงานวิจัย และนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม หรือการสัมภาษณ์มาประกอบการยืนยันข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3.7 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ ลินคอล์น และกูบา (Lincoln and Guba. 1989 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี. 2553) ในความน่าเชื่อถือของข้อมูลไว้ 4 ประการ ซึ่งประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการถ่ายโอน ความสามารถในการฟังพาและความสามารถในการยืนยัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.7.1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

ความน่าเชื่อถือเป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปลผลของข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจะแสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล มีการระบุและอธิบายอย่างถูกต้องซึ่งในการศึกษาการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แสดงถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนการได้มาและเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด ตรวจสอบได้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมาย ผู้วิจัยทำการถอดเทป การสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) และตรวจสอบความถูกต้องและบทสัมภาษณ์ โดยการฟังเทปซ้ำ รวมถึงการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

2. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย (good rapport) โดยผู้วิจัยมีการนัดหมายเวลาล่วงหน้าก่อนการสัมภาษณ์ เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมในการสนทนา ผู้วิจัยจะเริ่มสนทนาด้วยประเด็นทั่ว ๆ ไป วิถีชีวิตความเป็นอยู่เพื่อสร้างความคุ้นเคย ใช้ภาษาที่เหมาะสม เรียบง่ายฟังแล้วเข้าใจ และใช้ท่าทางแสดงออกที่เป็นมิตร แต่ครั้งที่ทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องเป็นผู้รับฟังที่ดีให้พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและแสดงออกได้เต็มที่ รวมทั้งถามย้ำเป็นการสะท้อนข้อมูล เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้วิจัย และพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลตลอดการสัมภาษณ์

3. การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) เมื่อผู้วิจัยได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ให้พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบ ขณะที่พักรับการรักษาในโรงพยาบาล 4 รูป และส่งทางไปรษณีย์ให้อีกจำนวน 8 รูป เพื่อแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่มาจากประสบการณ์ของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลจริง ๆ

3.7.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เขียนวิธีการศึกษาวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้บรรยายบริบทที่ทำการศึกษาอย่างละเอียด ชัดเจนมากพอที่

ผู้ศึกษาจะนำผลการวิจัยไปใช้กับบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน สำหรับการนำไปใช้ ผู้วิจัยได้บรรยาย ข้อมูลพื้นฐานต่างๆที่เป็นรายละเอียดของลักษณะพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลได้ชัดเจน มากพอที่ผู้ศึกษาจะ นำการศึกษาวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีบริบทที่มีความคล้ายกัน

3.7.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability)

เป็นเกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพที่สามารถติดตามเรื่องราวได้อย่าง เข้าใจ ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้อธิบายให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการดำเนินการวิจัยอย่างเป็น ขั้นตอน และนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วน ครอบคลุม ทำให้ผู้อ่านงานวิจัยสามารถติดตาม กระบวนการในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลได้

3.7.4 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)

ความสามารถในการยืนยันจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อการวิจัยนั้นผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้านแล้ว เกณฑ์ ดังกล่าวคือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) และ ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) เมื่อผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 นี้แล้วผู้วิจัยจะดำเนินการในการ ที่จะยืนยันข้อมูลที่ได้มาให้ตรงกับความเป็นจริง (Lincon and Guba, 1989 อ้างใน อารีวรรณ อ่วมธานี, 2553) โดยการตรวจสอบจากข้อมูลดิบ จากการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ การถอดความแบบ คำต่อคำ บันทึกการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ถึงความสอดคล้อง การอ้างคำพูด (Direct Quotes) ของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ รวมถึงมีการใช้ถ้อยคำของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ ข้อมูลในการให้รหัส และมีกระบวนการตรวจสอบข้อสรุป เช่น ข้อความที่สำคัญ ประเด็นที่ได้จากการ วิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล และนำรหัสกลับไปตรวจสอบกับข้อมูลดิบในบันทึกการ ถอดเทปสัมภาษณ์เป็นระยะ

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมของการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณา หัวข้อและจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติตามการ อนุมัติ เลขที่รับรอง อ. 151/2556 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ เลขที่ 3/2556 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ก่อนผู้วิจัยจะดำเนินการ ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพจริยธรรมและจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงมากที่สุด โดยยึดหลักการทางจริยธรรมที่สำคัญ 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักยุติธรรม (สมทรง ณ นคร และวีระชัย โค้วสุวรรณ, 2547) สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยให้ความเคารพต่อการตัดสินใจ และการตระหนักในสิทธิของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้สอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยและความสามารถในการให้ข้อมูล อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัว แจงรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลรับทราบ ถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการเก็บข้อมูลขณะอยู่ที่ในโรงพยาบาล โดยมีการนัดหมายล่วงหน้าทุกครั้ง เพื่อความพร้อมของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้อธิบายให้พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า การสัมภาษณ์จำเป็นต้องใช้เทปบันทึกเสียงทุกครั้ง ดังนั้น ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเทป เพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล และการเก็บเทปบันทึกเสียงไว้เป็นความลับ มีการทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการศึกษา รวมถึงการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ซึ่งการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้จะไม่มีผลกระทบต่อพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล

3. การใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งผู้วิจัยได้แจ้งให้พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลทราบ โดยตกลงร่วมกันและเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ได้และพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อหากพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลต้องการโดยไม่ต้องให้เหตุผลกับผู้วิจัย

4. เมื่อพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล ยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ให้ลงนามในแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ ซึ่งการให้เกียรติพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลนี้ผู้วิจัยได้แสดงตลอดเวลาว่าผู้วิจัยมีความจริงใจ มีความเชื่อและเข้าใจพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล ไม่เร่งรัดที่จะซักถาม ยึดหยุ่นตามสถานการณ์ตามความต้องการของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล ความลับของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผยโดยการวิจัยหรือโดยกระบวนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

5. การได้ข้อมูลที่มีความเป็นจริง การไม่บิดเบือนข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มาถือว่าเป็นกฎแห่งความยุติธรรม (principle of justice) ที่ผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะต้องนำเสนอข้อมูลที่ได้ให้ข้อมูลที่ให้กับพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบความเชื่อถือและยืนยันสิ่งที่ค้นพบตลอดทุกระยะของการศึกษา

บทที่ 4

ผลการศึกษา และการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดพรรณนา เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองและศึกษาเงื่อนไขหรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากแพทย์ และมารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลสงฆ์ การนำเสนอผลการศึกษาดังกล่าว ดังนี้

4.1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

4.2 ผลของการวิเคราะห์เชิงคุณภาพของการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

4.3 เงื่อนไข หรือ สภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

4.1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษาการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ในครั้งนี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพระภิกษุสงฆ์ทั้งสิ้น 12 รูป โดยมีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี จำนวน 3 รูป (ร้อยละ 25.00) อายุ 51 - 60 ปี จำนวน 6 รูป (ร้อยละ 50.00) อายุ 61 - 70 ปี จำนวน 2 รูป (ร้อยละ 16.66) และอายุ มากกว่า 70 ปี จำนวน 1 รูป (ร้อยละ 8.34)

ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพระภิกษุสงฆ์ที่มีพรรษาของการบวชประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ พรรษาของการบวช 5-10 พรรษา จำนวน 6 รูป (ร้อยละ 50.00) พรรษาของการบวช 11-15 พรรษา จำนวน 2 รูป (ร้อยละ 16.66) พรรษาของการบวช 16-20 พรรษา จำนวน 1 รูป (ร้อยละ 8.34) และพรรษาของการบวช มากกว่า 20 พรรษา จำนวน 3 รูป (ร้อยละ 25.00)

ระยะเวลาของการอาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีดังนี้คือระยะเวลาตั้งแต่ 1-5 ปี จำนวน 3 รูป (ร้อยละ 25.00) ระยะเวลา 6-10 ปี จำนวน 5 รูป (ร้อยละ 41.66) ระยะเวลา 11-15 ปี จำนวน 2 รูป (ร้อยละ 16.66) ระยะเวลา 16-20 ปี จำนวน 1 รูป (ร้อยละ 8.34) และระยะเวลา มากกว่า 20 ปี จำนวน 1 รูป (ร้อยละ 8.34)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพระภิกษุสงฆ์ทั้งสิ้น 12 รูปพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนทุกรูป ดังต่อไปนี้ ภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 6 รูป (ร้อยละ 50.00) ภาวะแทรกซ้อนที่พบตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปได้แก่ โรคหัวใจ ไชมันในเลือดสูง โรคไต และโรคจอประสาทตา

ตาเสื่อม จำนวน 4 รูป (ร้อยละ 33.34) และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่มีโรคอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร และต่อมลูกหมากโต จำนวน 2 รูป (ร้อยละ 16.66)

สำหรับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในกระแสเลือด หรือที่เรียกว่าผล HbA1C ของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพระภิกษุสงฆ์จำนวนทั้งสิ้น 12 รูป มีรายละเอียดดังนี้คือ ระดับ HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 7 จำนวน 2 รูป (ร้อยละ 16.66) ระดับ HbA1C ร้อยละ 7.0 - 7.9 จำนวน 3 รูป (ร้อยละ 25.00) และระดับ HbA1C มากกว่าร้อยละ 8 จำนวน 7 รูป (ร้อยละ 58.34)

4.2 ผลของการวิเคราะห์เชิงคุณภาพของการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาข้อมูลพบว่าการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ จากมุมมองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธ ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลักดังนี้คือ

ประเด็นหลักที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ประเด็นหลักที่ 2 การจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ซึ่งทั้ง 2 ประเด็นหลักสามารถแบ่งออกเป็นประเด็นรอง และประเด็นย่อย ดังการนำเสนอในตารางที่ 2 ต่อไปนี้

ตารางที่ 2 การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ จำแนกตามประเด็นหลัก ประเด็นรอง และประเด็นย่อย

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง	ประเด็นย่อย
1.การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2	1.1 เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง 1.2 การรับรู้ข้อมูลของโรคเบาหวาน 1.3 การรับรู้อาการของโรคเบาหวาน	
2.การจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	2.1 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ	2.1.1 การมีสติพิจารณาอาหารก่อนฉัน 2.1.2 การจำกัดอาหาร 2.1.3 การบริหารยาากินและยาฉีด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง	ประเด็นย่อย
		2.1.4 การบริหารร่างกาย 2.1.5 การปฏิบัติตามหลักธรรม
	2.2 การดูแลเท้า	2.2.1 การทำความสะอาดเท้า 2.2.2 การนวดเท้า 2.2.3 การระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้า 2.2.4 การดูแลเท้าเมื่อมีแผล
	2.3 การรักษาต่อเนื่อง	2.3.1 การมาตรวจตามนัด 2.3.2 การมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ

ประเด็นหลักที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต ระบบหลอดเลือดหัวใจ และอาจทำให้เกิดแผลที่เท้า ยิ่งไปกว่านั้น พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลยังรับรู้อีกว่า ถ้าเป็นโรคเบาหวานแล้วจะมีอาการปัสสาวะบ่อย เหนื่อยง่าย และอ่อนเพลีย จากที่กล่าวมาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งในการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานนี้ ประกอบด้วย 3 ประเด็นรอง คือ เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง การรับรู้ข้อมูลของโรคเบาหวาน และการรับรู้อาการของโรคเบาหวาน

1.1 เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง

พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานว่าเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ต้องฉีดยา หรือฉีดยาไปตลอดชีวิต และยังคงต้องมารับการรักษาต่อเนื่องทุกครั้ง ที่แพทย์นัด ซึ่งตัวอย่างมุมมองของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลที่มองว่าเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

พระภิกษุสงฆ์ อายุ 47 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 7 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 25 พรรษา HbA1C 8.7 mg% ได้บรรยายถึงโรคเบาหวาน ว่าเป็นโรคเรื้อรังดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....สำหรับเรื่องโรคเบาหวานก็เป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายหรือกโยม ต้องกินยา ฉีดยาตลอดชีวิต ต้องเที่ยวมาหาหมอตามนัดทุกครั้งเพื่อ มารับยาเป็นแล้วเดี๋ยวก็มีโรคนั้น โรคนี้ตามมาเยอะ รักษาไม่หายหรือก ก็แค่คุมไว้เท่านั้นเอง.....” (P05)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์อายุ 62 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 5 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ ได้ 40 พรรษา ระดับผล HbA1C 7.9 mg% ได้กล่าวถึงโรคเบาหวาน ว่าเป็นโรคเรื้อรังดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....คิดว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย เป็นแล้วเป็นเลย ต้องกินยา ดูแลตัวเองตลอดชีวิต.....” (P06)

สำหรับ พระภิกษุสงฆ์อายุ 55 ปีอาพาธด้วยโรคเบาหวาน 9 ปีบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 10 พรรษา ระดับผล HbA1C 12.9 mg% ได้เล่าถึงโรคเบาหวาน ดังต่อไปนี้

“.....โรคเบาหวานเป็นแล้วหายยาก มันเป็นโรคที่เรื้อรังนะอาตมา ว่าเป็นแล้วต้องดูแลตัวเองหลาย อาหารก็กินไม่เหมือนคนอื่นกินหวาน ไม่ได้ เพราะเป็นเบาหวานอยู่แล้ว.....” (P10)

1.2 การรับรู้ข้อมูลของโรคเบาหวาน

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่า การรับรู้ข้อมูลของโรคเบาหวานมีหลายวิธี เช่น การศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หรือการศึกษาจากงานวิจัย สื่อแผ่นพับ เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การฟังข้อมูลจากสื่อวิทยุ ทีวี หรือแม้กระทั่งการอบรม การให้ความรู้ที่ได้จากทางโรงพยาบาลจัดทำขึ้นสำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวาน ขณะทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลรูปหนึ่งมีหนังสือเรื่องการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานวางอยู่ข้างเตียง แสดงว่าพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความสนใจในการที่จะแสวงหาความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อให้ตนเองสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าถึงการรับรู้ข้อมูลของโรคเบาหวานดังคำกล่าวต่อไปนี้

พระภิกษุสงฆ์อายุ 40 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 9 ปีบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 2 พรรษาระดับผล HbA1C 8.5 mg% กล่าวถึงการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากการเข้าร่วมฟัง

ประชุมวิชาการประจำปีเรื่อง การดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ไทยที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานที่ทาง
โรงพยาบาลสงฆ์จัดขึ้นเมื่อปี พ.ศ 2556 ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....อาตมาก็ที่โรงพยาบาลแห่งนี้แหละเคยมาครั้งหนึ่งที่เค้าประชุม
กันข้างบนนะเข้ากลุ่มกันมาให้ความรู้มากันเยอะเลยมีหอมมาพูด
เรื่องโรคเบาหวาน มีพาทอกกำลังกายขา ยกแขน และมีพูดเรื่อง
อาหารฉ้นอาหารอย่างไรให้ร่างกายแข็งแรง เค้าบอกไม่ให้ฉ้นหวานๆ
ให้ฉ้นข้าวให้ 2 ทัพพีฉ้นพวกผักพวกปลาได้เยอะไม่เป็นไร”

(P07)

พระภิกษุสงฆ์อายุ 56 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 10 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้
5 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.9 mg% ได้กล่าวถึงการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานดังคำกล่าว
ต่อไปนี้

“.....อาตมาก็มาที่โรงพยาบาลนี่อะนะก็มีคุณ พยาบาลที่คอยดูแลให้
คำแนะนำการฉ้นอาหารแล้วก็มีสมุดคู่มือโรคเบาหวานเล็ก ๆ ไว้
ให้อ่านแล้วก็มีเจ้าหน้าที่ เค้าพูดเรื่องอาหาร เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับ
เรื่องอาหารเบาหวาน.....” (P01)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์อายุ 62 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 5 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้
40 พรรษา ระดับผล HbA1C 7.9 mg% กล่าวถึงการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานดังคำกล่าว
ต่อไปนี้

“.....อาตมาก็เคย ๆ ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารโภชนาการแหละ
ที่โรงพยาบาลสงฆ์อาตมาก็เคยมานั่งฟัง เคยมาดูเกี่ยวกับอาหาร
ว่าอาหารไหนมีน้ำตาลมาก อาหารไหนมีน้อยเราจะได้อะไรโยม
ดีไม่ดีจะได้เลือกเอา.....” (P06)

สำหรับ พระภิกษุสงฆ์อายุ 76 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 6 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 46 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.5 mg% กล่าวถึงการศึกษาหาความรู้จากการอ่านงานวิจัยดังกล่าวนี้

“.....หลวงพ่อกเคยอ่านวิจัยนะเขาบอกว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังนะโยมแม้แต่ว่าองการณนามัยโลกเขายังวิจารณ์มาแล้วว่าปี ๆ ตายไปไม่รู้เท่าไร่ประมาณ 300 ล้านตอนนี้รัฐบาลเขาก็ทุ่มเงินมามากเกี่ยวกับสุขภาพสาธารณสุขเยอะนะ หลวงพ่อกเคยอ่านวิจัยของโรงพยาบาลรามาเบาหวานนะเค้าก็ให้ควบคุมอยู่ 3 อ. 1.อาหาร 2.ออกกำลังกาย 3. อารมณ์ อาหารเราก็คอยควบคุมเรื่องของหวานส่วนเรื่องของความปกติอาตมาก็ฉันทอาหารมังสวิรัตอยู่แล้วมันก็ทุ่มไปเยอะ เลยนะ” (P12)

1.3 การรับรู้อาการของโรคเบาหวาน

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะรับรู้อาการของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้น เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย ใจสั่นหวิว ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการแสดงถึงการมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนั้น พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลจึงมีการจัดการตนเองตามอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เกิดขึ้นโดยการฉันทน้ำหวานหรือ อมลูกอมทันทีที่มีอาการ ดังเช่นคำกล่าวต่อไปนี้

พระภิกษุสงฆ์อายุ 60 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 10 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 22 พรรษา ระดับผล HbA1C 7.5 mg% ได้กล่าวถึงการรับรู้อาการของโรคเบาหวานดังต่อไปนี้

“.....อาตมาเคยเป็นนะเวลาน้ำตาลลด จะมีอาการเพลีย ๆ ใจสั่นหวิว มีอัสัน เหงื่อออก คล้าย ๆ จะวูบ ถ้ามีอาการแบบนี้โยม กินน้ำหวานที่ดีที่สุด สักพักก็ดีขึ้น.....” (P02)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์อายุ 55 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 9 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 10 พรรษา ระดับผล HbA1C 12.9 mg% ได้เล่าถึงการรับรู้อาการของโรคเบาหวานดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“....เราก็ไม่มีเครื่องเจาะน้ำตาล ต้องคอยสังเกตตัวเอง ถ้ามันลดมากๆ จะเท้าชา ตีนขาจะเดินหวิว ๆ เดินลอย ๆ มีใจสั่น เท้าชา มือชาแล้วก็

แห่งนี้จะออกเป็ยกตัว รู้ว่าต่ำแล้วเราก็อหอะไร ฉันทพวกของหวาน ๆ
พวกน้ำเฮลบลูบอยอะไรแบบนี้" (P10)

นอกจากนี้ พระภิกษุสงฆ์ อายุ 52 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 15 ปี บวชเป็น
พระภิกษุสงฆ์ 15 พรรษา ระดับผล HbA1C 6.4 mg% ได้กล่าวถึงการรับรู้อาการของ
โรคเบาหวานดังกล่าวต่อไปนี้

".....อาการของเบาหวานนะถ้าน้ำตาลมันขึ้นมาก ๆ มันจะหนักหัว
แล้วก็จะมึนงงนะ ตาลาย พุดคล้าย ๆ เบลอ ๆ ไข้ไหมต้องนอนพัก
ทันที ถ้าเบาหวานลดมาก ๆ มันจะใจสั้นทวิว เห่งออกซิมตามตัว
นะโยม แล้วเพลียไม่มีแรงเลย ถ้าอาการแบบนี้ะโยมอาตมาจะกิน
น้ำหวานก่อนเลยกันตัวเองไว้ก่อน หรือลูกอมหวาน ๆ ก็ได้ มีแรงขึ้น
ทันทีเลยละ....." (P11)

ประเด็นหลักที่ 2 การจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองการจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ว่าเป็นการ
กระทำที่มีความสำคัญในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของตนเอง เพื่อให้
พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธนั้นมีสุขภาพที่ดี ชะลอความเสื่อมของร่างกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ
โรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่าการจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติด้วย การดูแลเท้า
และการรักษาต่อเนื่อง ดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

2.1 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ เป็น
กระทำของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กระทำขึ้นเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือด
ให้เป็นปกติ และปราศจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป โดยที่ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร
เช้า (ขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) จะต้องควบคุมให้อยู่ในระดับ 90 - < 130 มก./ดล. หรือ
น้ำตาลสะสมเฉลี่ย (HemoglobinA_{1c}) < 7.0% (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. 2554)
ดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์ อายุ 52 ปีอาพาธด้วยโรคเบาหวาน 12 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 10
พรรษา ระดับผล HbA1C 6.4 mg% ได้กล่าวถึงการควบคุมอาหารเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลใน
เลือดให้เป็นปกติ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“.....เราก็อยากจะหาย ต้องควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ต้อย่ำให้สูงมาก และต่ำมากไปหมอบอกว่า ถ้าให้ต้อย่ำให้น้ำตาลมากกว่า 7 % น้ำตาลที่วานี ที่หมอบอกตรวจทุก 3 เดือนนั้นแนโยม ส่วนอาหาร เราต้องควบคุมด้วยตนเอง เค้าทำอาหารมาประเคนถวายเราก็เลือก ฉั้นเอาอาหารที่มัน ๆ ทอด ๆ ก็ไม่ฉั้นมาก” (P03)

สำหรับประเด็นรองของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ นั้น ประกอบด้วย 5 ประเด็นย่อย คือ การมีสติพิจารณาอาหารก่อนฉั้น การจำกัดอาหาร การบริหารยา กินและยาฉีดยา การบริหารร่างกาย และการปฏิบัติตามหลักธรรม

2.1.1 การมีสติพิจารณาอาหารก่อนฉั้น

ด้วยบริบทของพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถที่จะประกอบอาหารฉั้นเอง อาหารนั้นได้มาจากญาติโยมถวาย หรือจากการรับบิณฑบาต ซึ่งอาหารที่ได้มานั้นมีความหลากหลาย ดังนั้นพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่า พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรพิจารณาอาหารอย่างมีสติ ก่อนที่จะฉั้นอาหารทุกครั้ง ดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์ อายุ 52 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 12 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 10 พรรษา ระดับผล HbA1C 6.4 mg% ได้กล่าวถึง การมีสติพิจารณาอาหารก่อนฉั้นที่ได้อาหารมาจากการรับบิณฑบาตดังนี้

“.....ทุกครั้งที่ได้อาหารมาจากการรับ บิณฑบาต อาหารนั้น เยอะ มากนะโยมแต่อดมาจะมองก่อนว่า อะไรที่ฉั้นได้ อะไรที่ฉั้นไม่ได้ เพราะเราเป็นเบาหวานฉั้นอะไรต้องระวัง ต้องมีสติในการเลือกอาหาร ที่จะฉั้น เพื่อไม่ให้ น้ำตาลมันขึ้นก็ทำแบบนี้ทุกครั้งนะ” (P03)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์ อายุ 47 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 7 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 25 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.7 mg% ได้กล่าวถึงการควบคุมอาหารอย่างมีสติสำหรับพระภิกษุสงฆ์ ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังคำกล่าวดังนี้

“.....มันเป็นสิ่งที่ทำได้ยากนะโยม ในเรื่องของคุณอาหารกับพระสงฆ์ นั้น เพราะว่าเราเป็นพระอาหารส่วนใหญ่ก็ได้มาจากการทำบุญ การรับ บิณฑบาต เพราะเราทำกินเองไม่ได้อาหารส่วนใหญ่ก็มีทั้งของคาว ของหวาน แต่ที่สำคัญเราต้องมีสติในการเลือกฉั้นไม่อย่างนั้นมันคุมยาก

.....” (P05)

2.1.2 การจำกัดอาหาร

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้ให้ความสำคัญในการจำกัดอาหารด้วยตนเอง โดยการรับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งได้แก่ การจำกัดอาหารและการลดอาหารจำพวกแป้ง ดังเช่นคำกล่าวต่อไปนี้

พระภิกษุสงฆ์ อายุ 52 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 12 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 10 พรรษา ระดับผล HbA1C 6.4 mg% ได้กล่าวถึงการจำกัดอาหารดังกล่าวต่อไปนี้

“.....อาตมาฉันข้าวครึ่งละ 2 ทัพพีบ้าง 3 ทัพพีบ้างแล้วแต่นะ และก็ไม่ฉันเกินนี้อีกอย่างก็ฉันพวกผักพวกปลาได้เยอะไม่เป็นไร ส่วนกาแฟฉันแล้วใจสั้น ยิ่งน้ำอัดลมอย่าไปฉันเพราะทำให้น้ำตาลขึ้น.....” (P03)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์ อายุ 40 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 9 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 2 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.5 mg% ได้กล่าวถึงการจำกัดอาหารดังกล่าวต่อไปนี้

“.....ส่วนโรคเบาหวานเป็นมา 2 ปีดูแลตัวเอง ก็จำกัดอาหารเวลาฉัน เช่น อย่างข้าวนี้ให้ฉันไม่เกิน 3-4 ทัพพี เราก็ปฏิบัติมาตลอด.....” (P07)

นอกจากนี้ พระภิกษุสงฆ์ อายุ 47 ปี อาพาธด้วยโรคเป็นเบาหวาน 7 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 25 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.7 mg% ได้กล่าวถึงการลดอาหารจำพวกแป้ง โดยมีคำกล่าวต่อไปนี้

“.....อาตมาพยายามลดอาหารพวกแป้งก็คือ พวกที่เป็นข้าว ฉันแล้วมันหวาน ๆ นะคือฉันให้น้อยลง งดเว้นอาหารที่เป็นของหวาน.....” (P05)

2.1.3 การบริหารยากินและยาฉีด

การบริหารยาเบาหวานในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีการบริหารยาแตกต่างกันไป เนื่องจากกิจของพระสงฆ์เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่พระภิกษุสงฆ์จะมีวิธีการบริหารการใช้ยาเพื่อให้เหมาะสมกับตนเองเช่นการบริหารยา กิน พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล มองว่าการรับประทานยาเบาหวาน หากเป็นยาก่อนอาหารเช้าควรฉีกก่อนที่ท่านจะลงจากกุฏิในตอนเช้าเพื่อไปรับบิณฑบาตตามหน้าที่ของพระสงฆ์ เหตุผลที่พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติเช่นนั้นคือ ช่วงระยะเวลาของการรับบิณฑบาตประมาณครึ่งชั่วโมง ซึ่งเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับยาก่อนอาหารเช้า เมื่อท่านรับบิณฑบาตเสร็จ จากนั้นท่านสามารถที่จะฉีกอาหารเช้าได้เลยตามปกติโดยไม่ต้องมารอให้ยาออกฤทธิ์ ดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์อายุ 62 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 5 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 40 พรรษา ระดับผล HbA1C 7.9 mg% ได้เล่าถึงการบริหารเวลาสำหรับการใช้ยาชนิดรับประทานของท่านเองดังต่อไปนี้

“..... เรื่องยานี้เอามาใช้ชนิดยาเม็ด แล้วก็ฉีกในช่วงเช้า ก่อนอาหาร 2 เม็ด จากนั้นก็ไปบิณฑบาตเดินไม้ไกลแถวตลาดนิละ อีกสักประมาณครึ่งชั่วโมงก็กลับวัดแล้ว กลับมาวัดก็ฉีกข้าวพอดีสักพักก็กินยาเบาหวานเม็ดใหญ่ ๆ สีขาว ๆ อีก 1 เม็ด” (P06)

ส่วน การบริหารยาฉีดพระภิกษุสงฆ์ที่ใช้ยาเบาหวานชนิดฉีด จะมีวิธีการบริหารฉีดเบาหวานที่แตกต่างจากยาชนิดรับประทาน ซึ่งพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล มองว่าการใช้ยาฉีดเบาหวานจะทำให้ยาออกฤทธิ์เร็ว หากฉีดก่อนไปรับบิณฑบาตอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ดังนั้นท่านจะมีวิธีการบริหารเวลาให้เหมาะสม กับการใช้ยาฉีดเบาหวานคือ ท่านจะนำยาเบาหวานชนิดฉีดเป็นลักษณะแบบปากกา มีความสะดวกต่อการใช้งาน ติดตัวไว้โดยใส่อังสะ (เครื่องนุ่งห่มของพระสงฆ์ที่เป็นลักษณะคล้ายเสื้อมีกระเป๋าสี้อยู่ด้านใน) ช่วงที่เสร็จจากการบิณฑบาต ท่านจะใช้วิธีการกะเวลาฉีดยาเบาหวาน โดยอีกประมาณครึ่งชั่วโมงก่อนที่จะเดินถึงวัด ท่านจะฉีดยาเบาหวานด้วยตนเองตามจำนวนที่แพทย์สั่ง แล้วเดินกลับวัดเพื่อให้เวลาในการออกฤทธิ์ของยาได้เหมาะสม หากถึงวัดแล้ว ท่านสามารถที่จะฉีกอาหารเช้าได้ปกติ แต่บางรายอาจจะฉีดยาเบาหวานก่อนที่จะไปรับบิณฑบาตตอนเช้า ซึ่งถือว่าเป็นการจัดการตนเองในส่วนแต่ละบุคคล ที่มีความเหมาะสมกับตนเอง ดังนั้น พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการการบริหารเวลาในการใช้ยาเบาหวานของตนเองที่แตกต่างกันดังกล่าวต่อไปนี้

พระภิกษุสงฆ์อายุ 57 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 15 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 7 พรรษา ระดับผล HbA1C 11.6 mg% ท่านได้เล่ากล่าวถึงการบริหารเวลาสำหรับการใช้ยาฉีด

ของตัวท่านเองว่ามีการเจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้วด้วยตนเอง และฉีดยาเบาหวาน ก่อนที่ไปรับอุบัติเหตุ ตอนเข้าดั่งคำกล่าวต่อไปนี้

“.....เรื่องยาฉีดนะโยมอาตมาก็ฉีมน้ำตาลก่อนเลยนะว่ามันขึ้นเท่าไร ถ้าเกิดมันขึ้น 200 ขึ้นก็ฉีดซักไม่ถึง 40 ยูนิต บางทีก็ไม่ถึงก็แค่ 20-30 ยูนิต แล้วแต่ว่าน้ำตาลจะขึ้นมากขึ้นน้อยถ้าขึ้นเกิน 300 ก็ต้องฉีด 40 ยูนิต แล้วออกไปอุบัติเหตุเกือบๆ อีก 20 นาที จะ 8 โมง ยังไม่ได้กินอะไรเลยเราก็เจาะเลือดใหม่อีกจากที่ว่าน้ำตาลขึ้น 300 กว่า พอเจาะใหม่เจาะปั๊บน้ำตาล 98-99 ลดทันทีเลยแล้วก็ ฉินข้าวต่อ.....” (P08)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์อายุ 52 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 15 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 15 พรรษา ระดับผล HbA1C 6.4 mg% ท่านได้เล่าเรื่องการบริหารเวลาสำหรับการใช้ยาฉีดเบาหวานของตัวท่านเอง ว่ามีการนำยาฉีดเบาหวานไป และไปนั่งฉีดที่ร้านค้า ดังคำกล่าวเล่าต่อไปนี้

“..... ส่วนมากยาฉีดอินซูลินจะฉีดตอนไปรับอุบัติเหตุเลยนะพกติดตัวไปเพราะยานี้มันพกได้ใช้ใหม่ ไม่ต้องแช่เย็นแอลกอฮอล์ขวดเล็ก ๆ ไป ใส่ยามไปสมมุติ 7 โมงกว่า เตรียมตัวใช้ใหม่ ไปถึงที่อุบัติเหตุ 7 โมงครึ่ง เราเคยไปนั่งร้านค้าเราก็ไปขอเวลาเขาฉีดยาถ้าฉีดก่อนออกจากวัดนี้ ถ้าน้ำตาลมันจะต่ำใช้ใหม่ต้องกะเวลา อาตมาก็ทำอย่างนี้แหละทุกวัน” (P11)

สำหรับการเปลี่ยนตำแหน่งที่ฉีดยาพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล มองว่า การฉีดอินซูลินสามารถฉีดได้หลายตำแหน่งดังเช่น พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 รูป ที่กล่าวถึงตำแหน่งของการฉีดอินซูลินว่าตำแหน่งที่ฉีดอินซูลินให้ได้ผลดี คือ บริเวณหน้าท้อง รองลงมา คือ หน้าขาส่วนบน และแขนตามลำดับ ขณะที่ทำการสัมภาษณ์พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 รายและเป็นช่วงเวลาที่ต้องฉีดอินซูลินในตอนเย็น สิ่งที่ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นจากการฉีดอินซูลินด้วยตนเองของท่าน พบว่าท่านสามารถฉีดอินซูลินบริเวณหน้าท้องของตนเองได้อย่างถูกต้องพร้อมกับการซักถามถึงการเปลี่ยนที่ฉีดอินซูลินในตอนเช้า นั้น โดยพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลได้บอกว่าสลับมาฉีดอีกข้างดังคำกล่าวต่อไปนี้

พระภิกษุสงฆ์ อายุ 55 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 15 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 15 พรรษา ระดับผล HbA1C 6.4 mg% ใช้เบาหวานชนิดฉีดมา 5 ปี ปัจจุบันฉีด Humulin

70/30 ช่วงเช้าฉีดยาประมาณ 36 ยูนิต ช่วงเย็นฉีดยาประมาณ 18 ยูนิต ได้บอกเล่าถึงการเปลี่ยนตำแหน่งที่ฉีดอินซูลินดังกล่าวต่อไปนี้

“..... ส่วนยาฉีดก็ฉีดตอนเช้า ตอนเริ่มใหม่ๆ เมื่อก่อนก็ฉีดตอนเช้า บางทีก็ฉีดกลางวัน ฉีดเย็น ฉีดต้นแขน 2 ข้างสลับกันบ้างแต่ฉีดต้นแขน มันไม่ค่อยถนัดนะโยม อยู่วัดอาตมาก็จะให้พระที่วัดช่วยฉีดให้พอเปลี่ยนที่ฉีดมั้ง เปลี่ยนบริเวณที่ฉีดใหม่เช่นจะฉีดต้นแขนอาตมาก็จะให้พระด้วยกันฉีดให้ ก็ถ้าฉีดหน้าท้องอาตมาจะฉีดเองสลับกันไป.....” (P11)

2.1.4 การบริหารร่างกาย

การบริหารร่างกายในทางพระพุทธศาสนาใช้คำว่า “บริขันธ์” (แนวทางเวชปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายการออกกำลังกายในพระสงฆ์. 2552) การบริหารร่างกายเพื่อให้ขันธ์ดำเนินไปได้ ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพพระพุทธเจ้าทรง ใช้วิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสมณะเพศเป็นอย่างยิ่ง ทรงยึดหลักการปรับเปลี่ยนอิริยาบถทั้ง 4 ยืน เดิน นั่ง นอน ให้มีความสมดุล โดยเฉพาะอิริยาบถเดิน ได้แก่ การเดินบิณฑบาต รวมทั้งการเดินทางไปเพื่อเผยแผ่พระพุทธศาสนาของพระอริยสาวก ก็ถือว่าเป็นการบริหารร่างกายไปด้วย (บัญญัติไว้ในหนังสือพระไตรปิฎกภาษาไทยฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พุทธศักราช 2539) ทางพุทธศาสนาจึงถือว่า การเดินบิณฑบาต กวาดวัด การทำงานภายในวัด เป็นสิ่งที่พระภิกษุสงฆ์ได้ปฏิบัติเป็นประจำเพื่อบริหารขันธ์ ดังนั้นพระสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่า การบริหารร่างกายของพระสงฆ์ภิกษุสงฆ์สามารถปฏิบัติได้ แต่ทั้งนี้วิธีการบริหารร่างกายต้องมีความเหมาะสมโดยจะต้องไม่ขัดกับพระธรรมวินัยของสงฆ์ ดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์ อายุ 62 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 5 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 40 พรรษา ระดับผล HbA1C 7.9 mg% ได้ยกตัวอย่างการเดินของท่านว่าเป็นการบริหารร่างกายดังกล่าวดังนี้

“..... อาตมาออกกำลังกาย เมื่อก่อนนะจะเดินรอบโบสถ์หลาย ๆ รอบประมาณสักกิโลเลยนะ เดินธรรมมาเดินไปเรื่อย ๆ ก็ได้ทำ ไม่ทุกวันหรอกนะอาทิตย์ละ 3 - 4 วันทำแล้วก็ทำให้เหงื่อออก.....” (P06)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์อายุ 40 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 9 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์มา 2 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.5 mg% ได้อธิบายกิจกรรมที่พระภิกษุสงฆ์ปฏิบัติ ซึ่งได้แก่ การเดินบิณฑบาตดังกล่าวต่อไปนี้

“.....ในส่วนกิจของสงฆ์ที่อาตมาทำประจำคือ การเดินบิณฑบาต อาตมาคิดว่าเป็นการออกกำลังกายแบบหนึ่งพยายามเดินไปบิณฑบาต อย่างนี้ก็ได้อีกก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกาย.....” (P07)

สำหรับ พระภิกษุสงฆ์อายุ 57 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 15 ปีบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ มา 7 พรรษา ระดับผล HbA1C 11.6 mg% ได้เล่าถึงกิจของสงฆ์ที่ท่านปฏิบัติซึ่ง ได้แก่ การกวาดลานก็เป็นการบริหารกายดังกล่าวต่อไปนี้

“.....การออกกำลังกายที่ทำ คือ กวาดวัดก็ทำประจำอยู่แล้ว หรือ เดินในรอบวัดก็เป็นพื้นที่ประมาณ 4-5 กิโลเมตร แบบนี้ก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกายนะ” (P08)

นอกจากนี้ การบริหารร่างกายยังสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพ ดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์ อายุ 55 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 9 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 10 พรรษาระดับผล HbA1C 12.9 mg% ประสบกับปัญหาเกี่ยวกับอาการขาที่ปลายมือ ปลายเท้าและท่านได้เล่าถึงวิธีการบริหารมือ แขน ขา เพื่อลดอาการขาและทำให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกดังกล่าวต่อไปนี้

“.....เรื่องขามือ ก็พยายามกำ แบ ไม่กำหนด เพราะบางทีก็ทำช้า บางทีก็ทำเร็วก็หมอเขา แนะนำให้ยกมือซ้ายมือขวาก็กำ ๆ เมื่อก่อนเราทำเอาดินน้ำมันมาขยำเล่นให้มันออกกำลังนิ้ว และที่มันเป็นสปริง เป็นง่ามเหมือนง่ามหนังสติ๊กเราก็เอามาตีมันก็ทำให้เลือดไหลเวียนดี หายเหน็บชา มันก็เลยดีนะ กำไป บ้างอะไรบ้างส่วนการออกกำลังกาย ก็ธรรมดาทั่วไป ยกแขนยกขา เอี้ยวตัวซ้ายแล้วก็ขวาบิดตัวอะไร แค่นั้น.....” (P10)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์อายุ 56 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 10 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 10 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.9 mg% เคยมีประสบการณ์ขาอ่อนแรง และได้ทำกายภาพจนอาการดีขึ้น ภายหลังจากสุขภาพร่างกายแข็งแรงจึงอธิบายการออกกำลังกายของท่านโดยการแกว่งแขนดังกล่าวต่อไปนี้

“..... ช่วงที่มีอาการขาอ่อนแรง 3 ปีที่แล้วนะ อาตมา เคยนอนรักษาที่นั่นแหละแล้วก็มึนๆกายภาพนะเค้ามาให้เราแกว่งแขนบ้าง แขนก็เริ่มมีแรงขึ้นและเราก็กระดิกเท้าเองได้ เดินเองได้ แล้วดีมากๆ ก็พยายามทำทุกวันนะ ตอนนี่ยังทำอยู่แกว่งแขนวันละ 20-30 ครั้ง ยังทำอยู่.....” (P01)

2.1.5 การปฏิบัติตามหลักธรรม

ในทางพุทธศาสนา เรียกธรรมว่าพระธรรม คือหลักความเป็นจริง เน้นความจริงที่เกิดขึ้นกับโลก การเกิด ดับ ไม่มุ่งเน้นความสบาย ทุกอย่างล้วนเกี่ยวข้องกับธรรมชาติ ซึ่งพระสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงการปฏิบัติตามหลักธรรม โดยยึดหลักพุทธบำบัด และธรรมบำบัด โดยที่พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงหลักพุทธบำบัดว่าเป็น การเจริญสมาธิ การบำบัดโรคภัยต่างๆตามธรรมชาติ โดยใช้แนวทางของพุทธศาสนา เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การนั่งสมาธิ การทำจิตใจให้สงบ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

พระภิกษุสงฆ์ อายุ 52 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 12 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 10 พรรษา ระดับผล HbA1C 6.4 mg% ได้เล่าถึงการจัดการตนเองด้วยการปฏิบัติตามหลักธรรมดัง คำกล่าวต่อไปนี้

“.....อาตมาก็นั่งสมาธิทำทุกวัน ใช้พุทธบำบัดมาบำบัดจิตใจของเรา ดูแลใจเราให้ดีและธรรมบำบัดเพื่อในการรักษาจิตใจตนเอง เช่น การอ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ ไหว้พระ เดินจงกรม มันจะช่วยทำให้จิตใจปลอดโปร่ง ปล่อยให้ทุกอย่างเป็นไปตามธรรมชาติของมัน ถ้าคิดมากไปมันก็จะทำให้เราเสียสุขภาพจิต.....” (PO3)

2.2 การดูแลเท้า

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 รูป ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลเท้าเป็นอย่างยิ่ง พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการดูแลเท้าด้วยตนเองเป็นประจำทุกวันด้วยการทำความสะอาดเท้า

ล้างเท้าด้วยน้ำเปล่า เช็ดเท้าให้แห้ง เช็ดตามซอกเท้าให้สะอาด ตรวจสอบความผิดปกติของเท้า การเลือกสวมใส่รองเท้าควรให้พอดีกับเท้าดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลอายุ 40 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 9 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 2 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.5 mg% ไม่เคยมีประสบการณ์ของการเป็นแผลที่เท้า ได้เล่าถึงวิธีการดูแลเท้าดังต่อไปนี้

“.....อยู่ที่วัดอาตมาก็ดูแลเท้าแบบนี้คืออย่าให้รองเท้ากัด ถ้าเท้าเปียกน้ำให้เช็ดให้แห้งอาตมาก็คอยดูว่าเป็นแผลหรือเปล่าและระวังอย่าเดินเท้าเปล่า ตรวจสอบเท้าแล้วเค้าบอกไม่เป็นไร....” (P07)

สำหรับการดูแลเท้าในพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยการทำความสะอาดเท้า การนวดเท้า การระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้า และการดูแลเท้าเมื่อมีแผล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 การทำความสะอาดเท้า

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล มองว่า การทำความสะอาดเท้าจะช่วยป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้โดยทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่า วิธีการทำความสะอาดเท้าด้วยการล้างเท้าด้วยน้ำเปล่า การถูสบู่ที่เท้า เช็ดเท้าให้แห้ง และเช็ดตามซอกเท้า จากนั้นผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายการทำความสะอาดเท้าดังตัวอย่างของ พระภิกษุสงฆ์อายุ 62 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 5 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 40 พรรษา ระดับผลHbA1C 7.9 mg% ได้อธิบายถึงวิธีการทำความสะอาดเท้าดังคำกล่าวต่อไปนี้

“..... อาตมาจะล้างเท้าหลังไปบิณฑบาตกลับมา คือแบบว่า เช็ดทำความสะอาดเท้าทุกวันและช่วงสงฆ์น้ำตอนเย็นก็ถูสบู่อ่อนที่เท้า และฝ่าเท้าแล้วล้างออกด้วยน้ำเปล่าธรรมดาสุดท้ายเช็ดตามซอกให้สะอาด.....” (P06)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์อีกรายหนึ่งอายุ 55 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 9 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 10 พรรษา ระดับผล HbA1C 12.9 mg% ได้บรรยายถึงการทำความสะอาดเท้าดังคำกล่าวต่อไปนี้

“..... อาตมาก็ทำความสะอาดเท้าปกติก็ล้างเท้าด้วยน้ำธรรมดาน้ำเปล่า เนี่ยแหละเราก็ล้างๆ เช็ดถูให้แห้ง แหละเราก็ล้างๆ ดีคือดูแลแบบให้สะอาด.....” (P10)

2.2.2 การนวดเท้า

พระภิกษุสงฆ์ให้ข้อมูล มอง การนวดเท้าว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลเท้า ทั้งนี้การนวดเท้าทำให้การไหลเวียนเลือดสู่ขั้วกระดูกปลายเท้าได้ดีขึ้น ส่งผลให้การรับความรู้สึกที่ปลายเท้ามีมากขึ้น ลดอาการชาและป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ ดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์อายุ 76 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 6 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 46 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.5 mg% ได้เล่าถึงการนวดเท้าของท่านดังกล่าวต่อไปนี้

“..... อาตมาก็ทำทุกวันนะ นวดเท้าเนี่ย นวดเบาๆ นั้งเล่นก็นวดไปด้วย นวดเท้าบ้าง ฝ่าเท้าบ้าง อาการชาก็ดีขึ้น”

(P12)

ส่วนพระภิกษุสงฆ์อีกรูปหนึ่งอายุ 48 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 8 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 9 พรรษา ระดับผล HbA1C 9.4 mg% ได้อธิบายการนวดเท้าที่ท่านปฏิบัติ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....แต่เท้านี้มันชา และขาปลายมือปลายเท้า เวลาอยู่ที่วัด อาตมาก็จะคอยนวดเท้าตนเอง นวดมือเองเบาๆ และหมุนข้อเท้า สะบัดเท้า ทำเท่าที่ทำได้นะโยม.....” (P04)

2.2.3 การระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้า

พระภิกษุสงฆ์ให้ข้อมูลมองว่า การระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลเท้า พระภิกษุสงฆ์ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้า ด้วยวิธีการต่าง ๆ อันได้แก่ การใส่รองเท้าที่มีขนาดพอดีกับเท้า การสังเกตเท้าของตนเองทุกครั้งในขณะทำความสะอาดเท้า ดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์อายุ 40 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 9 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 2 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.5 mg% ยังไม่เคยมีแผลที่เท้าได้บอกเล่าถึงการระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้าไว้ดังนี้

“..... เรื่องการดูแลไม่ให้เกิดแผลที่เท้า ส่วนใหญ่แล้วอาตมาจะดูแลฝ่าเท้าเป็นพิเศษระวังมากไม่ให้เป็นแผล ใส่รองเท้าที่มันไม่กัดเท้า ถ้าขาเปียกน้ำต้องเช็ดให้แห้ง.....” (P07)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์ อายุ 52 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 12 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 10 พรรษา ระดับผล HbA1C 6.4 mg% ได้กล่าวถึงการระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้าดังกล่าวต่อไปนี้

“..... เรื่องเท้านี้ต้องดูแลดี ๆ อย่าให้มีแผล สังเกตเท้าตัวเองบ่อย ๆ ล้างบ่อย ๆ เอน้ำธรรมดาเรานี่ล้างไปเลย แล้วก็เช็ดตามซอก ให้เรียบร้อย เพราะเราเป็นพระไม่ใส่รองเท้าอยู่แล้วเป็นแผลขึ้นมา ลำบาก รักษายาก” (PO3)

2.2.4 การดูแลเท้าเมื่อมีแผล

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลแผลที่เท้า โดยทั้งนี้มีพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 รูป เคยมีประสบการณ์การเป็นแผลที่เท้า ได้บรรยายถึงการดูแลแผลที่เท้าและมีจัดการตนเองเกี่ยวกับแผลที่เท้าในขณะนั้นว่า ต้องดูแลแผลอย่างดีเพื่อไม่ให้แผลเกิดการติดเชื้อ ซึ่งสิ่งที่ได้กระทำขณะนั้น คือการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำแผล เพื่อทำแผลด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายว่าแผลที่เท้าต้องหายเป็นปกติ และแผลที่เท้าต้องไม่มีการติดเชื้อ ถึงแม้การรักษาแผลที่เท้าจะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างนาน แต่พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลยังสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลแผลที่เท้าได้ถูกต้องและมีความเหมาะสม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้ต่อไปนี้

พระภิกษุสงฆ์อายุ 56 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 10 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 5 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.9 mg% ได้บรรยายถึงประสบการณ์ในการดูแลแผลที่เท้าในช่วงเวลาที่เท้าเป็นแผลดังกล่าวต่อไปนี้

“..... แผลที่จะเกิดขึ้นบริเวณปลายเท้า คือเรารักษาเองเราก็รักษา หายตลอดนะครั้งแรกที่เป็นที่ตรงข้าง ตาตุ่มข้างซ้ายเหมือนกับแผล กดทับแผลนิดเดียวรักษาถึง 8 เดือนเลยรักษาเอง แค่ทำแผล อย่างเดียวแล้วก็เอาเบต้าดีนล้างแผล ไม่ให้แผลโดนเชื้อโรค ตอนหลังนะเรารู้วิธีว่าประมาณเดือนนึงแผลก็จะแห้ง.....” (PO1)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์อายุ 55 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 9 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 10 พรรษา ระดับผล HbA1C 12.9 mg% ได้อธิบายการดูแลแผลที่เท้าด้วยตนเองดัง คำกล่าวต่อไปนี้

“..... สมัยอยู่ที่วัดเดิม ตอนที่ยังไม่มาอยู่ในวัดที่กรุงเทพมหานคร

วัดที่อาตมาเคยอยู่ประจำมันห่าง อนามัยเป็นกิโงไปหาหมอก็ก
 ลำบาก ไม่มีรถ มีแผลที่เท้าเท้าวงกลมเหรียญห้าบาทนะ
 อาตมาก็เลยขออุปกรณ์เขามาทำแผลเอง เค้าให้มาก็มีสำลีขาว
 น้ำยาล้างแผลแล้วก็ผ้าปิดแผลเท่านั้นเอง ตอนนั้นรักษานาน
 เกือบ 3 เดือนเลยแต่แผลก็หายนะโยมดูแลเองตัวเองมาตลอด
” (P10)

2.3 การรักษาต่อเนื่อง

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล มองว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องฉินยา
 ตลอดชีวิต หากตนเองอาหารด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นี้แล้วจะต้องรับการรักษาต่อเนื่อง เพื่อควบคุม
 ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และที่
 สำคัญคือเพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมือนบุคคลทั่วไปที่เป็นโรคเบาหวาน พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้
 ข้อมูลมองว่าการมารับการรักษาต่อเนื่องคือ การมาตรวจตามนัด พร้อมกับการมารับยาต่อเนื่อง อีกทั้ง
 เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น หากได้รับการแก้ไขแล้วไม่ดีขึ้นควรรีบมาพบแพทย์ทันที พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้
 ข้อมูลได้เล่าถึงการรับการรักษาต่อเนื่องดังกล่าวต่อไปนี้

พระภิกษุสงฆ์ อายุ 47 ปีป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 7 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์
 25 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.7 mg% ท่านได้เล่าถึงการรักษาต่อเนื่องของตัวเองดังกล่าว
 ต่อไปนี้

“..... ตอนแรกก็ไม่รู้สึกระไรก็ใช้ชีวิตตามปกติเห็นเค้าบอกว่า
 เบาหวานอยู่ที่ 160 นะก็อยู่ ระดับนี้มา 2 ปีแล้ว อาตมาก็มารักษา
 ตัวที่โรงพยาบาลสงฆ์ตลอด มารับยาบ้างมา เจาะเลือดบ้างแล้วแต่
 หมอนัด ตอนนี้อยู่หมอนัดอาตมา 2 เดือนมาที ก็เรารักษาตลอด
 มันถึงไม่เป็นไรโยม” (P05)

2.3.1 การมาตรวจตามนัด

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่า การมาตรวจตามนัดเป็นเรื่องปกติ ที่มีความสำคัญอย่าง
 ยิ่งในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองที่ต้องกระทำอยู่แล้ว และทำให้ตนเองได้รู้ว่าขณะนี้ภาวะสุขภาพ
 เป็นอย่างไรพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่า การมาตรวจตามนัดทำให้ได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ
 สุขภาพมากขึ้นจากทีมสุขภาพที่ให้การดูแล ผู้วิจัยได้สังเกตในเวชระเบียนของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล
 นั้นพบว่าส่วนใหญ่แล้ว พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลได้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง หากไม่สามารถมาตรวจได้ก็

โทรมาเลื่อนนัดและมารับการตรวจรักษาในวันถัดไป ในการมาตรวจตามนัดพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล บอกเล่ากันว่า เวลามาตรวจแพทย์จะให้เจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หากผลเลือดผิดปกติ แพทย์จะรับไว้รักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เพื่อปรับระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แล้วจึงให้ กลับวัด หากผลเลือดที่เจาะไปนั้นปกติแพทย์จะให้รับยากลับไปฉันที่วัดต่อเนื่อง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

พระภิกษุสงฆ์ อายุ 68 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 5 ปีบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 5 พรรษา ระดับผล HbA1C 7.3 mg% กล่าวถึงการมาตรวจตามนัดของตัวเอง แล้วได้ความรู้ จากทีมสุขภาพดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....อาตมานะเวลาหมอเค้านัดมาตรวจก็หาหมอ ทุกครั้ง
ยังไม่เคยขาดนัด มาแล้วหมอสอนแนะนำ เรื่องดูแลตัวเองยังงี้
อาหารการกิน ดูแลเท่า พวกนี้ละก็ย้าให้เราบ่อย ๆ มันก็ทำให้
เรารู้มากขึ้น วัดอาตมาก็ไม่ไกลมาก มาได้สะดวกมาตรวจเหมือน
เดิมเป็นปกติ ๆ อย่างนี้ตลอดเลย” (P09)

ส่วนพระภิกษุสงฆ์อายุ 76 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 6 ปีบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 46 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.5 mg% กล่าวถึงการมาตรวจตามนัดดังกล่าวดังนี้

“..... พอถึงเวลานัดไข้ใหม่ 56 วัน เนี่ยมาพัก เอาใบนัดมา เขาก็งดน้ำ
งดอาหารหลังเที่ยงคืนเหมือนที่ นางพยาบาล แนะนำไปนะ เพื่อมา
เจาะเลือดตอนเช้าพอมาถึงเขาก็เอาประวัติของเรามาเนี่ย วันนี้เจาะ
น้ำตาลไม่ขึ้น หมอว่าดีอยู่ ดูแลหมอก็ให้ยาไปฉันต่อเนื่องถ้าคุณน้ำตาล
ได้หมอก็ให้กลับบ้าน ถ้าไม่ดี หมอจะให้นอนโรงพยาบาลก่อน วัน สอง
วันตามนั้นนะ.....” (P12)

นอกจากนี้ พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่าการมาตรวจตามนัดเป็นการจัดการตนเองที่ ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ตนเองได้มีสุขภาพดี สิ่งที่พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลของกล่าวถึงการมา ตรวจตามนัด คือการมารับยาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นอีกประเด็นที่สำคัญดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์ อายุ 47 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 7 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 25 ปี HbA1C 8.7 mg% ได้กล่าวถึง การมารับยาต่อเนื่องซึ่งเป็นยาชนิดรับประทานของท่านดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....อาตมาใช้ยาชนิดกิน ฉับ 1 เม็ดเช้าก่อนอาหาร และอีก 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และเพล ถ้ายาใกล้หมดก็มาตรวจมารับที่นี้แหละ มาถึงหมอก็ให้เจาะเลือดก่อน เจาะเลือดเสร็จก็ไปฉับเช้าที่หอฉัน ของโรงบาลจัดไว้สำหรับพระนะ พอหมอตตรวจเสร็จ อาตมาก็กลับวัด เลย หมอนัดอีกที 2 เดือน มันก็สะดวก ดีนะโยม” (P05)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์ อายุ 60 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 10 ปี บวชเป็นพระภิกษุ สงฆ์ 22 ปี HbA1C 7.5 mg% เล่าถึงการใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทาน ของท่านดังกล่าว ต่อไปนี้

“.....อาตมาฉับยาเม็ดอย่างเดียว ไม่ยอมฉีดยาเบาหวาน ยาใกล้ หมดก็มารับแต่ทุกครั้งยังไม่หมดนะยาจะเหลือกินอยู่ประมาณ วัน สองวันหมอค้ำกัณฑ์มาตรวจแล้ว เราก็พอกุมน้ำตาลได้ เห็น หมอบอกไตยังดีอยู่นะโยม อาตมากินยาเม็ดก็ได้ แต่เน้นให้ เราดูแลสุขภาพร่างกายให้มันดี คุมอาหารให้ได้เท่านั้นแหละโยม” (P02)

2.3.2 การมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล มองว่าการมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ ถือว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการตนเอง หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย และได้รับการแก้ไข เบื้องต้นแล้วแต่อาการไม่ดีขึ้น สิ่งที่พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลกระทำคือ การมาพบแพทย์ทันทีเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้น พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่า หากมีอาการมีนศิริชะ บ่อยครั้ง ฉับข้าวได้น้อย คุ่ออ่อนเพลียก็เป็นอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถมาพบแพทย์ ก่อนนัดได้

พระภิกษุสงฆ์อายุ 40 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 9 ปีบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 12 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.5 mg% ได้กล่าวถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้วตัวท่านเองมาพบ แพทย์ก่อนนัดดังกล่าวต่อไปนี้

“.....บางทีมันมีอาการมีนหิวไม่รู้จะเป็นบ่อย ก็ยังไม่รู้ไม่ทราบ เหมือนกันว่าเป็นโรมาพักหลัง ๆ นอกจากมีนหิวแล้วยังมีคลื่นไส้ด้วย นะโยม ฉับข้าวไม่ได้ เพลียมาก ๆ รู้สึกว่าอาการไม่ดีแล้วอาตมา

เลยคิดว่าไปหาหมอดีกว่า หมอไม่ได้นัดหอกแต่ดูอาการแล้วมัน
ไม่ไหวจริง ๆ ก็เลยมาโรงพยาบาล.....” (P07)

ส่วนพระภิกษุสงฆ์อายุ 55 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 9 ปีบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์
10 พรรษา ระดับผล HbA1C 12.9 mg% มีอาการฉันทข้าวได้น้อย อ่อนเพลียจึงได้ตัดสินใจมา
โรงพยาบาลดังกล่าวต่อไปนี้

“.....อาตมามีอาการเหนื่อยกับเบาบ่อยเป็นมาหลายวัน ฉันทข้าวก็ได้น้อย
เราไม่รู้ก็เลยไปตรวจ น้ำตาลขึ้นเลย 400 กว่ายังไม่รู้ก็ตอนนั้น มีอาการ
เหนื่อยแล้วก็เบาบ่อยแต่ที่สังเกตดูเราไปเบาเนี่ยอะนะ มดจะขึ้นเราก็กังสย
ก็เลยไปตรวจ” (P10)

4.3 เงื่อนไข หรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

ด้วยบริบทของพระภิกษุสงฆ์และวิถีชีวิตที่มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป ดังนั้นการจัดการ
ตนเองอาจมีเงื่อนไข หรือสภาพการณ์ที่มีผลทำให้พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่
สามารถจัดการตนเองได้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นของเงื่อนไขหรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อ
การจัดการตนเอง ประกอบด้วย อาหารมาจากการรับบิณฑบาต ความเครียด ภาวะแทรกซ้อนของ
โรคเบาหวาน และการท้อแท้สิ้นหวัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 อาหารมาจากการรับบิณฑบาต

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่าอาหารที่ได้มาจากการรับบิณฑบาตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ท่าน
ไม่สามารถจัดการตนเองได้สำเร็จ เนื่องจาก ต้องฉันทอาหารจากที่ญาติโยมมาทำบุญ อีกทั้งอาหารที่
ได้มาจากการรับบิณฑบาตเป็นอาหารที่ความหลากหลาย ได้รับการปรุงรสอย่างดี หากฉันทแล้วทำให้รู้สึก
ถึงรสชาติของอาหารที่มีความอร่อย ทำให้ตนเองอดใจได้ มีการฉันทอาหารนั้นเกินปริมาณที่กำหนด ซึ่ง
ผลกระทบที่ตามมาคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังคำกล่าวของพระภิกษุสงฆ์อายุ 56 ปี
อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 10 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 5 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.9 mg%
ได้เล่าถึงการฉันทอาหารมาจากการรับบิณฑบาตดังกล่าวต่อไปนี้

“.....อาหารที่รับบิณฑบาตมา เยอะมากๆ มีทั้งแกง ต้ม ผัด ทอดๆ
ทานแล้วรู้สึกอร่อยเราก็กินตัว ฉันทเยอะเลย อีกอย่างมันอดใจไม่ได้
ด้วยละ.....” (P01)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์อายุ 47 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 7 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ ได้ 25 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.7 mg% ได้กล่าวถึงสาเหตุส่วนหนึ่งของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ว่าเกิดจากการฉันทอาหารที่มาจากกรับบิณฑบาต ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“..... แต่ว่าเรื่องอาหารมันก็เลือกไม่ได้มากนักโยม เพราะว่ามันเป็นอาหารที่บิณฑบาตมาเขาทำบุญมาแล้วมีทั้งของคาว และของหวาน มีอะไรก็จะฉันทตามนั้นมันก็มีรสชาติดี บางทีฉันทมากจนลืมตัว ยิ่งของหวานแล้วด้วยโยมเอ๋ย อร่อยมากนึกได้อีกที่มันก็ไม่ทันแล้วละ.....” (P05)

สำหรับ พระภิกษุสงฆ์อายุ 57 ปีอาพาธด้วยโรคเบาหวาน 15 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 7 พรรษา ระดับผล HbA1C 11.6 mg% ได้เล่าถึงการฉันทอาหารที่มาจากกรับบิณฑบาต ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....อาตมาไปรับบิณฑบาตทุกวัน โยมเค้าถวายของเยอะ มีทั้งข้าวสาร อาหารแห้ง และน้ำปานะ เช่น พวงน้ำไอเลียง น้ำมะตูม เพราะเดินผ่านตลาดสดในตอนเช้ากลับมาก็รู้สึกหิวอาหารที่มาทำบุญส่วนใหญ่รสชาติดี ฉันทเสร็จก็ฉันทน้ำไอเลียงอีกอิมเลยทีนี้ ทุกวันก็ เป็นแบบเลยโยม....” (P08)

ประเด็นที่ 2 ความเครียด

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล มองว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด อีกทั้งยังเป็นโรคที่ควบคุมได้ยาก เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเกิดขึ้น จะทำให้ตนเองเกิดความเครียด ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพร่างกาย คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่วนภาวะเครียดหลังจากการอาพาธด้วยโรคเบาหวานจะเป็นความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และจากความไม่แน่นอนของพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน จากการศึกษานี้ พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้น มาจากระยะเวลาของการอาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป ซึ่งหากภาวะเครียดเกิดขึ้นอย่างเรื้อรังและเป็นเวลานาน โดยที่พระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ก็จะส่งผลกระทบต่อภาวะน้ำตาลในเลือด ดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์อายุ 56 ปี อาพาธด้วย

โรคเบาหวาน 10 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 5 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.9 mg% ได้เล่าถึงภาวะเครียดที่เกิดขึ้นดังกล่าวต่อไปนี้

“..... อาตมาหาหมอมองเองเพราะว่าอย่างเราเป็นทุกวันนี่ เราก็คิดว่าเราเป็นภาระของเขามันก็ เครียดบ้าง ก็เราป่วยไม่มีลูกหลานดูแลเหมือนคนอื่นเขา คิด ๆ ไปก็ปวดหัวเครียด ๆ มันก็มีน้ำตาลในเลือดเหมือนน้ำตาลต่ำเลยบางที อดนะ” (P01)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์อายุ 60 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 10 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 22 พรรษา ระดับผล HbA1C 7.5 mg% ที่มีความเครียดเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานและการมีแผลที่เท้าตามคำกล่าวต่อไปนี้

“.....อาตมาคิดว่าตอนหลังนี้มันไม่ไหวเพราะว่าเราเครียดเกินไปกับเรื่องเบาหวานเราจะมีเรื่องแผลที่เท้าด้วย พอตอนบ่าย ๆ มันจะจูบคือน้ำตาลมันจะลง เรารู้พอน้ำตาลลง เหนือมันจะออกเราก็รีบกินน้ำตาลหวานนะ” (P02)

ประเด็นที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจร่วมด้วย พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะมีค่าระดับของ HbA1C ที่สูงเกินกว่าปกติ ซึ่งมีค่ามากกว่า 7 mg% ขึ้นไป และจากจำนวนของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 รูป พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทุกราย แต่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นนั้นอยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ ดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์อายุ 60 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 10 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 22 พรรษา ระดับผล HbA1c 7.5 mg% ได้กล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนทางตาของตนเองดังต่อไปนี้

“.....อาตมาไปตรวจตาหมอ เค้ายบอกหลวงพ่อบาหวานขึ้นตาดันต้องยิงเลเซอร์แต่มันก็ไม่ดีขึ้นหมอก็ผ่าตัดให้เลยและกัน.....” (P02)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์อายุ 40 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 9 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ ได้ 2 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.5 mg% กล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของตัวเอง ได้แก่ ระดับไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....โรคแทรกซ้อนเบาหวานรี ก็คุณพยาบาลหน้าห้องเคยสอน
 อยู่นานแล้วเท่าที่จำได้ก็มีความดัน ไขมันในเลือด ไต พวกนี้
 หรือปวณะแล้วอะไรอีกจำไม่ได้แต่ตอนนี้ที่มีแล้วก็ไขมันสูง
 กับความดันแหละ ฉันทายทุกวัน คู่กับยาเบาหวานเรนนะ.....”

(P07)

นอกจากนี้ พระภิกษุสงฆ์อายุ 68 ปี อาพาธด้วยโรคเบาหวาน 5 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ได้ 5 พรรษา ระดับผล HbA1C 7.3 mg% บอกเล่าถึงภาวะแทรกซ้อนของตัวเอง คือ โรคหัวใจ ตามคำบอกเล่าดังนี้

“.....อาตมามีโรคประจำตัวคือโรคหัวใจโต ก็เคยไปเช็ค
 อยู่โรงพยาบาลสินแพทย์เมื่อก่อนนี้เค้าก็จะเช็คให้ว่ามันโต
 ไปหน่อยเค้าก็ให้ยามากินก็ไม่ใช่ไร” (P09)

ประเด็นที่ 4 การท้อแท้สิ้นหวัง

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีการท้อแท้สิ้นหวัง จะมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน มากกว่า 10 ปีขึ้นไป และพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป โดยที่พระภิกษุสงฆ์ให้ข้อมูลมองว่าการท้อแท้ สิ้นหวังเกิดจากเจ็บป่วยเรื้อรัง พระภิกษุสงฆ์ให้ข้อมูลบางรูปเมื่อมีอาการเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มมากขึ้น จะเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากจะรักษาเกิดความลำบากที่จะไปพบแพทย์ จึงปล่อยให้ทุกอย่างเป็นไปตามธรรมชาติ ดังตัวอย่างของพระภิกษุสงฆ์อายุ 56 ปีอาพาธด้วยโรคเบาหวานมา 10 ปีและบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 5 พรรษา ระดับผล HbA1C 8.9 mg% กล่าวถึงความท้อแท้ สิ้นหวัง ของตัวเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....อย่างที่จริง ๆ แล้วโรคนี้นั้นทรมาณ ใครไม่เป็นไม่รู้หรอก
 ความท้อแท้ บางทีมันท้อขึ้นมา เขาก็ไม่เอาอะไรเลย นอนนิ่ง ๆ
 เหมือนคนท้อถอยในชีวิตแต่ถ้า คนมีกำลังใจเหมือนคนรอบข้าง
 ให้กำลังใจนะลูกหลานดูแลดีเขามีกำลังใจ อย่างเจ้าอาวาส

คนก่อนท่านมรณภาพไปท่านก็เป็นโรคเบาหวานนี้แหละ ตอนที่ท่านยังมีชีวิตอยู่ท่านยังเคยพูดเลยว่าคนที่ไม่เป็นไม่รู้หรอกว่ามันทรमान ต้องลองมาเป็นดูบ้างถึงจะรู้เราก็ไม่เข้าใจเรื่องที่เขาพูดหรอกนะในตอนแรก ๆ แต่พอเรามาเป็นเองมัน ทรमान มาก ๆ.....” (P01)

ส่วน พระภิกษุสงฆ์อายุ 52 ปี ป่วยเป็นเบาหวานมา 10 ปี และบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ 15 พรรษา ระดับผล HbA1C 6.4 mg% กล่าวถึงความท้อแท้ สิ้นหวัง จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....มันก็ท้อ มันยังโง่หลง มันเบื่อๆ ปล่อยมันธรรมชาติเลย บางทีก็คิดอย่างง้ออยู่ไปก็อย่างจั้นแหละเบื่อ ๆ พุดง่าย ๆ คิดว่ามันไม่ค่อยดีนะ มันท้อแท้ นี่อาตมาคิดว่ามันก็ทรमान ถ้ามารักษาได้ก็มา มารักษาไม่ได้ก็ไม่อยากมาไม่ได้คิดอะไร เป็นอะไรก็เป็นมากก็มาหาหมอ ไม่คิดว่าอย่างนั้นอย่างนี้ กลัวอย่างนั้นอย่างนี้ไม่คิด ถ้าเป็นอะไรก็เป็นไป.....”(P11)

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดพรรณนา (descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเป็นพระภิกษุสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตปริมณฑล อย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี จำนวนทั้งสิ้น 12 รูป

สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ระยะเวลาของข้อมูลนาน 4 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2556 วิธีการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) ตัวผู้วิจัย ซึ่งมีความพร้อมในการทำวิจัย ได้ศึกษาระเบียบวิธีวิจัย และถึงเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นอย่างดี 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยอายุ จำนวนพรรษาของการบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ ระยะเวลาของการอาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในกระแสเลือด หรือผล HbA1C 3) แนวทางการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด กึ่งโครงสร้าง 4) แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และ 5) เทปบันทึกเสียง ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูล ประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ตามแบบของ Colaizzi (1978)

จากการศึกษาข้อมูลพบว่าการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ จากมุมมองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธประกอบด้วย 3 ประเด็นหลักดังนี้คือ

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. การจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. เจ็บป่วย หรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดที่สำคัญหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งผลโดยตรงต่อร่างกายคือการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต ระบบหลอดเลือด

หัวใจ และอาจทำให้เกิดแผลที่เท้า รวมถึงอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย เหนื่อยง่าย และอ่อนเพลีย

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 3 ประเด็นรองคือ 1) เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อเป็นโรคนี้อแล้วรักษาไม่หาย ต้องฉีดยาหรือฉีดยาไปตลอดชีวิตและยังต้องมารับการรักษาต่อเนื่องทุกครั้งที่แพทย์นัด 2) การรับรู้ข้อมูลของโรคเบาหวาน ซึ่งการรับรู้ข้อมูลของโรคเบาหวานนั้นได้มา จากการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง และการอบรมการให้ความรู้จากบุคลากรที่มีสุขภาพ 3) การรับรู้อาการของโรคเบาหวาน พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงอาการของโรคเบาหวานว่าประกอบด้วยอาการกระหายน้ำ น้ำหนักลด ปัสสาวะบ่อยครั้ง ยิ่งไปกว่านั้น พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลยังรับรู้ดีกว่าเมื่อมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย แสดงถึงการมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. การจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองการจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ว่าเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของตนเอง เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธนั้นมีสุขภาพที่ดี ชะลอความเสื่อมของร่างกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้น

จากการศึกษาพบว่า พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมีการจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 3 ประเด็นรอง คือ 1) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ ซึ่งได้แก่ การมีสติพิจารณาอาหารก่อนฉัน การจำกัดอาหาร การบริหารยา กินและยาฉีด การบริหารร่างกาย และการปฏิบัติตามหลักธรรม 2) การดูแลเท้า ประกอบด้วย การทำความสะอาดเท้า การนวดเท้า การระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้า และการดูแลเท้าเมื่อมีแผล 3) การรักษาต่อเนื่อง ประกอบด้วย การมาตรวจตามนัด และการมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ

3. เงื่อนไขหรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ด้วยบริบทของพระภิกษุสงฆ์และวิถีชีวิตที่มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป ดังนั้น การจัดการตนเองอาจมีเงื่อนไขหรือสภาพการณ์ที่มีผลทำให้พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วย อาหารมาจากการรับบิณฑบาต ความเครียด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการท้อแท้สิ้นหวัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. อาหารมาจากการรับบิณฑบาต เนื่องจากพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถประกอบอาหารฉันเองได้ ต้องฉันอาหารจากที่ญาติโยมถวาย อีกทั้ง อาหารนั้นได้รับการปรุงรสอย่างดี หากฉันแล้วทำให้รู้สึกถึงรสชาติของอาหารที่มีความอร่อยทำให้ฉันอาหารเกินปริมาณที่กำหนด ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ไม่สามารถจัดการตนเองได้สำเร็จ

2. ความเครียด เนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพร่างกาย คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

3. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีระดับของ HbA1C ที่มีค่ามากกว่า 7 mg% จะมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป

4. การท้อแท้สิ้นหวัง พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีการท้อแท้สิ้นหวัง พบว่ามีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี และมีภาวะแทรกซ้อนของโรคตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ทั้งนี้การท้อแท้สิ้นหวังเกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกเบื่อหน่ายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการที่ไม่แน่นอน และไม่ยอมรับรักษา เกิดความลำบากที่จะไปพบแพทย์ จึงปล่อยให้ทุกอย่างเป็นไปตามธรรมชาติ

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาที่มีความสำคัญและ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามประเด็นที่พบ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.2.1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ว่าเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นโรคที่รักษาไม่หาย อีกทั้งเมื่ออาหารด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งผลโดยตรงต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยเอง คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต ระบบหลอดเลือดหัวใจ และอาจทำให้เกิดแผลที่เท้า ยิ่งไปกว่านั้นพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลยังรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งได้แก่ ปัสสาวะบ่อย เหนื่อยง่าย และอ่อนเพลีย

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยดังนี้

1) พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่า เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ต้องฉีดยา หรือฉีดยาไปตลอดชีวิต ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และคณะ (2553) ที่ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดปุณณวาส ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมองว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ต้องรักษาโรคเบาหวานไปตลอดชีวิต ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี ใหญ่เรืองศรี และคณะ (2553) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลรักษาของพระสงฆ์อาหารโรคเบาหวานแบบองค์รวมในโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล ได้ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่าเป็นโรคเรื้อรัง เป็นแล้วรักษาไม่หาย

2) พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่า การรับรู้ข้อมูลของโรคเบาหวานมี หลายวิธีเช่น การศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หรือการศึกษาจากงานวิจัย สื่อแผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การฟังข้อมูลจากสื่อวิทยุ ทีวี หรือแม้กระทั่ง

การอบรมการให้ความรู้ที่ได้จากทางโรงพยาบาลจัดทำขึ้นสำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีการศึกษาของ ขวัญใจ ฌยามงคล และคณะ (2552) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของพระสงฆ์โรคเบาหวานและพบว่า การได้รับความรู้จากทีมสุขภาพที่ให้การดูแล เช่น การได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การได้รับความรู้จากเภสัชกรในเรื่องการช้ำยาในผู้ป่วยเบาหวาน สามารถทำให้ พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ปกติซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rothenberger และคณะ (2011) ที่ได้ศึกษาการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับการรักษา ความเจ็บป่วย ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งพบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองได้ดีขึ้น และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ ทูเบิร์ต และคณะ (Toobert et al. 2000) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของคนจีนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าและพบว่าการสื่อสารทางด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นปัจจัยทางอ้อมที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สื่อแผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การฟังข้อมูลจากสื่อวิทยุ ทีวี หรือจากการอ่านงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ วรรณระอ และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษา แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษาพบว่าการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้มาจากการศึกษาคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาล อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกายและการได้รับการดูแลจากครอบครัวซึ่งครอบครัวจะประกอบอาหารให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับประทานได้โดยดูจากคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และที่สำคัญการปรับวิถีคิดในการยอมรับความเจ็บป่วยแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในเรื่อง การปรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ที่กล่าวมาทั้งหมดจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

3) พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะรับรู้อาการของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดขึ้น เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย ใจสั่นหวิว ซึ่งแสดงถึงการมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งได้สอดคล้องกับคำกล่าวของ จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และสุพัตรา บัวที (2556) ที่กล่าวถึงการรับรู้อาการและการเฝ้าระวังอาการผิดปกติรวมถึงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพบว่าการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันจะทำให้ตนเองปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และทำให้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ทองเพชร และคณะ (2550) ได้ทำการศึกษา ผลของการส่งเสริมศักยภาพในการจัดการตนเองที่มีต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพระ

จอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานภายหลังเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคเบาหวานเช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น อ่อนเพลีย แล้วสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

5.2.2 การจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีแนวโน้มในการจัดการตนเองที่ดีและมีความเหมาะสมกับบริบทของตนเอง สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนั้นๆได้อย่างถูกต้อง โดยพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองการจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ว่าเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ตนเองได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในระยะเฉียบพลัน หรือระยะเรื้อรังก็ตาม และชะลอความเสื่อมของร่างกาย ซึ่งได้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ บาร์โทโลมิว พาร์เซล และซิซิวิซาคี (Bartholomew, Parcel and Czyzewski. 1993) กล่าวถึงการจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่ได้กระทำเพื่อคงสภาวะสุขภาพที่ดีไว้ และลดผลกระทบต่อภาวะเจ็บป่วยนั้น ๆ

จากการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองเมื่ออาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย

1. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ ซึ่งได้แก่ การมีสติพิจารณาอาหารก่อนฉัน อาหารซึ่งสอดคล้องกับ พระไตรปิฎกแก่นธรรมที่กล่าวถึงการฉันอาหารสำหรับพระภิกษุสงฆ์ว่า อาหารในทางพุทธศาสนาเป็นเครื่องมือสำหรับการหลุดพ้นจากความทุกข์ การได้รับอาหารมาฉันต้องเป็นไปอย่างบริสุทธิ์ พระภิกษุสงฆ์จะต้องเป็นผู้เลี้ยงง่าย มีสติในการฉันทุกครั้ง ต้องรู้คุณค่าแท้ของอาหารนั้นว่าเพื่อหล่อเลี้ยงร่างกาย และไม่เกิดโทษต่อตนเอง (พระไตรปิฎกแก่นธรรม. 2551) ส่วนการจำกัดอาหาร พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่า ควรฉันอาหารให้ในปริมาณที่พอเหมาะฉันข้าวมี้อละ 2-3 ทัพพี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ถมยามงคล และคณะ (2552) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของพระสงฆ์โรคเบาหวานและพบว่า พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ปกติโดยการควบคุมอาหาร คือฉันข้าวมี้อละ 2 ทัพพี การลดอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล การลดอาหารมัน อาหารเค็ม และการลดอาหารจำพวกของหวาน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ลินซ์ และคณะ (Lynch et al. 2012) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารด้วยการลดปริมาณอาหารที่รับประทานแต่ละวันลดลงเช่นรับประทานข้าวมี้อละ 1-2 ทัพพี และรับประทานผักกับผลไม้ให้มากขึ้น สำหรับการบริหารยากินและยาฉีด จากผลการศึกษาพบว่าพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ให้ความสำคัญกับวิธีการบริหารยาเบาหวานเพื่อให้สอดคล้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งผลการศึกษานี้ได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนีย สิริวัฒน์พรกุล และคณะ (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะไม่มีประวัติขาดยา และสามารถใช้อาหารเบาหวานได้ถูกต้องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ และคณะ. (2552) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของพระสงฆ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลสงฆ์ ผลการศึกษาพบว่า พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานปฏิบัติตัวด้วยวิธีการฉันทาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด การไม่ขาดยา จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ ซึ่งได้สอดคล้อง การศึกษาของ ปราณี ภูไกรลาศ และคณะ (2552) ที่ทำการศึกษากิจกรรมการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปกติโดยที่ผู้ป่วยจะรับประทานยาให้ตรงเวลา หรือระยะเวลาในการรับประทานยาจะใกล้เคียงกันทุกวัน รับประทานยาตามที่คำแพทย์อย่างเคร่งครัด และไม่เคยลืมรับประทานยาเบาหวาน ทั้งนี้พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลมองว่า การบริหารร่างกายเป็นวิธีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ ซึ่งพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลทำ การบริหารร่างกายโดยไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย ด้วยการเดินบิณฑบาต การกวาดบริเวณลานวัดซึ่งได้สอดคล้องพระธรรมวินัยในเรื่องการบริหารชั้นดี คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย การบริหารร่างกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ดังนั้น ในทางพุทธศาสนา การเดินบิณฑบาต และการกวาดทำความสะอาดบริเวณลานวัด จึงถือว่าเป็นการบริหารชั้นดีเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ฌยามงคล และคณะ (2552) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานและพบว่า การออกกำลังกาย ด้วยวิธีการบริหารร่างกาย โดยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ปกติ โดยพระภิกษุสงฆ์จะใช้วิธีการเดินบิณฑบาต การกวาดลานวัด และการเดินจงกรมรอบโบสถ์ และนอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ สุชาติดา คงหาญ (2553) ได้ทำการศึกษากิจกรรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากโปรแกรมการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองจะกระทำ สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การดูแลเท้าส่วนการดูแลเท้าในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการดูแลเท้า เพราะเท้าเป็นอวัยวะที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เนื่องจากอาการชาเท้าที่เกิดจากปลายประสาทเสื่อม ทำให้การไหลเวียนของเลือดส่วนอวัยวะส่วนปลายไม่ดี หากเท้าเป็นแผลแล้วย่อมมีโอกาสการติดเชื้อได้ง่าย และนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะได้ ในพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นระยะเวลาส่วนใหญ่มักจะมีอาการเท้าชา บางรายอาจมีแผลที่เท้าร่วมด้วย ทั้งนี้มีการศึกษาของ จิตรานนท์ โกสีย์รัตนภิบาล (2554) ที่ศึกษาความรู้และ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าที่ดีมีอยู่ 4 อันดับ ได้แก่ พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมไปพบแพทย์ตามนัด การทำความสะอาดเท้าเป็นพิเศษด้วยน้ำสะอาดและสบู่ และการซับเท้าให้แห้งหลังจากการทำความสะอาดเท้าโดยเฉพาะตามซอกนิ้วเท้า ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้คือ พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีวิธีการดูแลทำความสะอาดเท้าดังนี้คือ การทำความสะอาดเท้าด้วยน้ำสบู่ แล้วล้างออกด้วยน้ำเปล่า เช็ดทำความสะอาดตามซอกเท้าให้แห้ง นอกจากนี้ยังได้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลเท้าเบาหวานในชุมชน (2554) เรื่องแนวปฏิบัติ การล้างทำความสะอาดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานกล่าวคือ การล้างเท้าด้วยสบู่ ฤทธิ์สะอาดและซับเท้าให้แห้ง โดยเฉพาะซอกนิ้วเท้าและเล็บเท้าทุกวันเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า นอกจากนี้วิธีการนวดเท้าก็เป็นอีกวิธีที่ผู้ป่วยเบาหวานเลือกปฏิบัติ เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดสู่ปลายเท้าได้ดีขึ้น ซึ่งการศึกษาของ เกษสุตาพร แป้นทอง (2550) ที่ได้ศึกษาผลของการนวดเท้า 5 ท่า เพื่อต่อการป้องกันการเกิดแผล และการหายของแผลเท้าเบาหวานในกลุ่มโรคเท้าเบาหวานโรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถนวดเท้าด้วยตนเอง และดูแลเท้าตนเองเป็นประจำ พร้อมกับมีการนวดเท้าอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะสามารถป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ร้อยละ 86.90 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิณี อภิชนะกิจ (2552) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการนวดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชา ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชาได้ทำการนวดเท้าด้วยตนเอง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่าอาการเท้าชาลดลงทั้งเท้าซ้ายและเท้าขวาโดยมีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการนวดเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทางพุทธศาสนา ที่กล่าวถึงการอนุญาตให้สวมรองเท้าเป็นพิเศษ โดยให้ภิกษุผู้มีเท้าชอกช้ำ หรือมีเท้าแตก หรืออาพาธมีหนองที่เท้า สามารถสวมรองเท้า เพื่อป้องกันเท้าเป็นแผล ดังนั้นการดูแลเท้าในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีลาภ ตันสวัสดิ์ และคณะ (2547) อ้างถึงใน โสมนัส ว่องไววุฒิกุลเดช) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมป้องกันการเกิดบาดแผล คือผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลเท้าเป็นอย่างดีและสามารถตรวจเท้าด้วยตนเองได้ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ส่วนการดูแลเท้าเมื่อมีแผลที่เท้า นั้น ในพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีวิธีการจัดการตนเองซึ่งได้แก่ การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำแผลเอง การดูแลทำความสะอาดเท้าทุกวัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ในบางรูปที่มีแผลใหญ่เกินไป จำเป็นต้องมารับการรักษาแผลเบาหวานที่โรงพยาบาล ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2555) ที่ได้ศึกษาการเกิดแผลที่เท้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการเกิดแผลที่เท้าของ ผู้เป็นเบาหวานชนิด

ที่ 2 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าวิธีการดูแลแผลที่ผู้เป็นเบาหวานทำมากที่สุด ได้แก่ การทำแผลเอง การไปโรงพยาบาลทันที และการปล่อยให้แผลหายเอง

3. การรักษาต่อเนื่อง จากผลการศึกษาพบว่าพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ความสำคัญกับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งพระภิกษุสงฆ์ให้ข้อมูลมองว่าการรักษาต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานที่อาจเกิด และทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นการรักษาต่อเนื่อง ประกอบด้วย การมาตรวจตามนัด และการมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ ซึ่งได้สอดคล้อง การศึกษาของ ปราณี ภูไกรลาศ (2552) ที่ทำการศึกษารูปแบบการจัดการตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยที่ผู้ป่วยจะมาตรวจตามนัดที่แพทย์นัดทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ และสนับสนุนด้วยผลการศึกษาของ ทรรศนีย์ สิริวัฒน์พรกุล และคณะ (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยที่ผู้ป่วยมารับยาที่โรงพยาบาลต่อเนื่องเป็นประจำ ส่วนการมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระบุว่าหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย หลังได้รับการแก้ไขเบื้องต้นแล้วแต่อาการยังไม่ดีขึ้น วิธีการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะนั้นที่ดีที่สุด คือการมาพบแพทย์ทันที ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ มูเซอร์ (Moser et al. 2003) ได้ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้กระบวนการจัดการตนเองในด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพไม่ให้เกิดขึ้น ทั้งภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานระยะสั้น เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น การสูญเสียการมองเห็น ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ คือ

5.2.3 เจ็บใจ หรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยอาหารมาจากการรับบิณฑบาต ความเครียด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการท้อแท้สิ้นหวัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. อาหารมาจากการรับบิณฑบาต เนื่องจากพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถประกอบอาหารฉันเองได้ ต้องฉันอาหารจากที่ญาติโยมถวาย อีกทั้งอาหารนั้นได้รับการปรุงรสอย่างดี มีทั้งของหวาน หากฉันแล้วทำให้รู้สึกถึงรสชาติของอาหารที่มีความอร่อยทำให้ฉันอาหารเกินปริมาณที่กำหนด หากพระภิกษุสงฆ์ฉันอาหารเข้าไปในปริมาณที่มากเกินไปก็จะส่งเสริมให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ไม่สามารถจัดการตนเองได้สำเร็จ ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนีย์ สิริวัฒน์พรกุล (2550) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ความเครียดจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพร่างกายได้เสมอในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติไปผู้ป่วยอาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้อย่างรวดเร็ว ซึ่ง

ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี พงษ์ประภาพพันธ์ และคณะ (2553) ที่ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดปทุมาวาส ผลการศึกษาพบว่าการเผชิญกับภาวะเครียด การมีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูงเนื่องจาก มีความรู้สึกล้มใจ ทุกข์ใจเกี่ยวกับอาการของโรคเบาหวาน และทำให้เกิดความเครียด และส่งผลต่อระดับน้ำตาลในร่างกายนั่นคือการมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้

3. ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานหลายปี มักพบโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ปัญหาด้านสายตา ไตวาย โรคหัวใจ อัมพาต ชาขา แผลเน่าโดยเฉพาะบริเวณเท้า ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติมากเท่าไร ช่วยชะลอและลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนเรื้อรังลงได้มากเท่านั้น (เทพ หิมะทองคำ, 2552) ภาวะโรคแทรกซ้อนของเบาหวานเป็นผลสืบเนื่องมาจากระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมีปริมาณสูงขึ้น ทำให้การทำงานของไตผิดปกติ ไตวาย ผลต่อเส้นเลือดที่หัวใจ ทำให้เกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน ผลต่อระบบประสาท ทำให้เกิดภาวะปลายเส้นประสาทอักเสบ ผลต่อเส้นเลือดบริเวณปลายมือปลายเท้าทำให้เกิดแผลที่เท้าได้ง่าย จากการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีระดับของ HbA1C ที่มีค่ามากกว่า 7 mg% และมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ได้แก่ โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง โรคไต และโรคจอประสาทตา จำนวน 4 รูป และการเกิดอื่นร่วมได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร และต่อมลูกหมากโต จำนวน 2 รูป แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นอยู่ในระยะที่ควบคุมได้ แต่สำหรับผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มักเกิดปัญหาไตเสื่อม แต่ความรุนแรงและระยะเวลาการเกิดจะมากหรือน้อยขึ้นกับการควบคุมน้ำตาลในเลือด ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุเทพ จันทรมณีกุล (2554) ที่ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวานที่มีค่าระดับของฮีโมโกลบินเอวันซีที่สูงเกินปกติ การศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งสิ้น 12 รูปล้วนมีภาวะแทรกซ้อนทุกรูป และช่วงระยะเวลาของการเกิดโรคแทรกซ้อน อยู่ในช่วง 1-20 ปีขึ้นไป และระดับของฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่า ร้อยละ 8 จำนวน 10 รูป ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวมาทั้งสิ้น

4. การท้อแท้สิ้นหวัง พระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีการท้อแท้สิ้นหวัง พบว่ามีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี และมีภาวะแทรกซ้อนของโรคตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ทั้งนี้ การท้อแท้สิ้นหวังเกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกเบื่อหน่ายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการที่ไม่แน่นอนและไม่อยากรักษา เกิดความลำบากที่จะไปพบแพทย์ จึงปล่อยให้ทุกอย่างเป็นไปตามธรรมชาติ ซึ่ง

การท้อแท้สิ้นหวังส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป ดังเช่นในการศึกษานี้ที่พบว่าพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดความรู้สึกการท้อแท้ สิ้นหวังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ไม่มีทางรักษาหายรู้สึกปลงกับชีวิต จึงปล่อยให้ร่างกายอ่อนแอลง ปล่อยให้ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นไปตามธรรมชาติ ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี ใหญ่เรืองศรี และคณะ (2553) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลรักษาของพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานแบบองค์รวมในโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการท้อแท้มีผลต่อสภาพจิตใจในเรื่องการรักษาพยาบาล เนื่องจากพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานหากมีการเจ็บป่วยทางกาย และมีโรคแทรกซ้อนมากขึ้น เกิดความคิดว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จากนั้นพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน จะเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และคณะ (2553) ที่ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดปทุมवास ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความรู้สึก ท้อแท้ กลุ้มใจ ทุกข์ใจจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้

5.3 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยได้มองเห็นสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลอย่างเชิงลึกทั้งในเรื่องของการฉันทอาหาร ซึ่งผู้วิจัยได้มองว่าปัญหานี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาแต่ยังเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานในส่วนบริบทของพระสงฆ์ที่ย่อมมีข้อจำกัดที่มากมาย แตกต่างจากบุคคลธรรมดาทั่วไป ดังนั้นการกระทำอันใดย่อมอยู่ในกฎระเบียบวินัยของสงฆ์ ดังสิ่งที่คุณวิจัยอยากเสนอแนะ และนำผลการศึกษาไปใช้มีดังนี้

1. การถวายความรู้สำหรับการดูแลสุขภาพในกลุ่ม ของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ โดยที่ไม่ขัดกับพระธรรมวินัยของสงฆ์ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้น
2. การผลิตสื่อในการถวายความรู้ในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวาน เน้นโดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์เท่านั้น
3. การส่งเสริมการให้ความรู้แก่พระภิกษุสงฆ์ที่เป็นแกนนำด้านสุขภาพของวัดที่เป็นเครือข่ายศูนย์สุขภาพของโรงพยาบาลสงฆ์ ได้มีการอบรมการให้ความรู้ แล้วสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในวัดนั้นให้มีสุขภาพที่ดี

4. จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นเสียงสะท้อนจากพระภิกษุสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล และเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยอยากให้เกิดขึ้นจริงในวัด คือติดตั้งเครื่องออกกำลังกายที่วัด อาทิเช่น เครื่องปั่นจักรยาน ลู่วิ่งที่ใช้สำหรับการวิ่งหรือเดิน (คำบอกเล่าสะท้อนจาก P05) เนื่องจากสภาพปัจจุบันมีพระอาพาธด้วยโรคเบาหวานมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น และส่วนหนึ่งที่ได้จากการวิจัย และการทบทวนวรรณกรรมคือ พระภิกษุสงฆ์ขาดการออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง หากมีเครื่องออกกำลังกายประจำไว้ที่วัด อาจทำให้เกิดความสะดวกต่อผู้ใช้ได้ง่าย และข้อดีสำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานคือ พระภิกษุสงฆ์เหล่านั้นสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากการใช้เครื่องออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ โดยเน้นการถวายเป็นความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้น

2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548) โรคเบาหวาน. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.moph.go.th>. (15 มีนาคม 2556)
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2554) แนวทางการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. กรุงเทพมหานคร : ธนพรพาณิชย์.
- กรศิรินทร์ เลิศสกุลจินดา. (2553) ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นครศรีธรรมราช : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์. (2547) ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของพระภิกษุสูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสงฆ์. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เกษสุตาพร แป้นทอง และกัญญารัตน์ ทองสด. (2550) ผลของการนวดเท้า 5 ท่า ต่อการป้องกันการเกิดแผล และการหายของแผลเท้าเบาหวานในกลุ่มรักษเท้าเบาหวานโรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง. อ่างทอง : โรงพยาบาลไชโย.
- ไกรวัชร อีร์เนตร, บรรณาธิการ. (2552) แนวทางเวชปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายการออกกำลังกายในพระสงฆ์. กรุงเทพมหานคร : สันทวีการพิมพ์.
- ขวัญใจ ถมยามงคล และคณะ. (2552) รายงานการวิจัย เรื่อง ประสพการณ์การดูแลตนเองของพระสงฆ์โรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์.
- งานเวชระเบียนและสถิติ. (2550) รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลสงฆ์ปีงบประมาณ 2550 โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์.
- _____. (2551) รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลสงฆ์ปีงบประมาณ 2551 โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์.
- _____. (2552) รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลสงฆ์ปีงบประมาณ 2552 โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์.
- _____. (2553) รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลสงฆ์ปีงบประมาณ 2553 โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์.
- _____. (2554) รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลสงฆ์ปีงบประมาณ 2554 โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์.
- จรรยา คนใหญ่. (2550) การรับรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และการจัดการตนเอง

บรรณานุกรม (ต่อ)

เกี่ยวกับเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนที่เท่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. พย.ม.

(สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จิตรานนท์ โกสิย์รัตนากิบาล. (2554) ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณนา
นิคม จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2554. สกลนคร : โรงพยาบาลพระอาจารย์ ฝั้น อาจาโร.

จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และสุพัตรา บัวที. (2556) “อยู่ดีมีสุข : การจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทยที่เป็น
โรคเบาหวานชนิดที่ 2” วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 36 (1) หน้า 113-122.

จินตนา ทองเพชร, ผกามาศ พิธีรากร และวิไลวรรณ คมขำ. (2550) ผลของการส่งเสริมศักยภาพ
ในการจัดการตนเองที่มีต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. เพชรบุรี : วิทยาลัยพยาบาล
พระจอมเกล้า.

เนลาศรี เสี่ยม. (2554) การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ใน การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วย
ตนเอง. อ้างถึงใน สมเกียรติ โพธิสัตย์ และคณะ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร :
นิตยธรรมดาการพิมพ์.

ชนิกา สุระสิงห์ชัยเดช. (2552) ประเภทของโรคเบาหวาน ใน ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์.

อ้างถึงใน เทพ หิมะทองคำ และคณะ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : วิทยาพัฒน์.

ชาย โพธิสิตา. (2547) ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและ
สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชุตินธร เรียนแพง. (2548) การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์
พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ณัฐกนก สุจิตวนิช และคณะ. (2554) ประสิทธิภาพการถ่ายทอดความรู้เรื่อง การฉันทาอาหารโรคเบาหวาน
แก่พระภิกษุผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพมหานคร :
โรงพยาบาลสงฆ์.

ดุขฎิ ใหญ่เรืองศรี และคณะ. (2550) ความรู้ ทัศนคติ และการดูแลตนเองของพระภิกษุอาพาธ 5 อันดับ
โรคแรก (โรคต่อกระຈก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ
โรคหัวใจขาดเลือด) หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มภารกิจบริการ
วิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์.

_____. (2553) ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลรักษาของพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานแบบองค์รวม
ในโรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ทรศนีย์ สิริวัฒน์พรกุล, นงนุช โอบะ และสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา. (2550) “ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2” วารสารพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร. 1 (2) หน้า 57-67.
- ทวีลาภ ตันสวัสดิ์ และคณะ. (2547) ลักษณะของการเกิดบาดแผลและพฤติกรรมการป้องกันการเกิด
บาดแผลในผู้ป่วยเบาหวาน ใน เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม
และการให้ความรู้เป็นรายบุคคลต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าและสภาพเท้าของ
ทหารที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- เทพ หิมะทองคำและคณะ. (2552) ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร :
วิทยาพัฒนา.
- เทพ หิมะทองคำและคณะ. (2554) ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 10.
กรุงเทพมหานคร : วิทยาพัฒนา.
- นุชรี อาบสุวรรณ และนิตยา พันธุเวทย์. (2556) ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2557
(ปีงบประมาณ 2557). [ออนไลน์] แหล่งที่มา :
<http://www.dpck5.com/SRRTcenter/7Nov56.pdf>. (6 มิถุนายน 2557)
- บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ และน้ำเพชร สายบัวทอง. (2551) “การควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วย
ตนเองแบบกลุ่ม” ราชกิจจานุเบกษา. 14 (3) หน้า 289-297.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, รัตนารณ จีระวัฒน์, ณัฐพิมพ์ ภิรมย์เมือง และน้ำเพชร สายบัวทอง.
(2555) “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก : การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำใน
เลือด” ราชกิจจานุเบกษา. 18 (2) หน้า 166-177.
- ปราณี ภูไกรลาศ, ประภัสสร ใจศิริ, มธุรส ศीलพันธ์ และคณะ. (2552) ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาล
ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์แพทย์ชุมชนโคกศรี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์.
กาฬสินธุ์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
- เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, สุวิมล แสงเวียงจันทร์ และประทีป ปัญญา. (2553) งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชน วัดบูรณา
वास. (สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
กรุงเทพธนบุรี.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พิรุณี สัพโส. (2553) “ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน” *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 25 (4) หน้า 272-279.
- ภาวนา กิริติยตวงศ์. (2542) การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ชลบุรี : ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มหามกุฏราชวิทยาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2539) *พระไตรปิฎก ฉบับสำหรับประชาชน*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย.
- มหามกุฏราชวิทยาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2551) *พระไตรปิฎกแก่นธรรม : ฉบับมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย : พระวินัยปิฎก*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ไวยวรรณ ธนะมัย, บรรณาธิการ. (2552) *แนวทางเวชปฏิบัติการให้โภชนบำบัดในพระสงฆ์อาหารโรคเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร : สันทนาการพิมพ์.
- รัตนา เต็มเกษมสานต์. (2549) *ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์*. การค้นคว้าแบบอิสระ ส.ม. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เรณู ขวัญยืน และคณะ. (2550) *การสร้างรูปแบบพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงฆ์*. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์.
- ลัดดา ขมยินดี และเบญจา มุกตพันธุ์. (2556) “การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น” *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 28 (4) หน้า 431-441.
- เลิศมณฑนฉัตร อัครวาทิน, สุรางค์ เมรานนท์ และสุทธิ ชัตติย. (2554) “พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาผู้ป่วย ตำบลม่วงงาม อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา” *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*. 5 (1) หน้า 103-112.
- วิทยา ศรีตามมา และคณะ. (2543) *การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ยูนิทัพ์ับลิเคชั่น.
- วีรศักดิ์ ศรีนินภากร และคณะ. (2553) *โรคเบาหวาน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพเวชสาร.
- วรรณิ นิธิยานันท์. (2548) *เบาหวานและการออกกำลังกาย ใน โรคเบาหวาน*. อ้างถึงใน สุทิน ศรีอัฐภาพร และวรรณิ นิธิยานันท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- วีณา เทียงธรรม. (2547) “การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Heidegger” *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 18 (1) หน้า 70-78.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศศิณี อภิชนกิจ และจากรุวรรณ พาณิชย์พันธ์. (2552) ประสิทธิภาพของการนวดเท้าในด้วยวิธีหัตถบำบัดแบบแพทย์แผนไทยเพื่อลดอาการเท้าชาในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุดรธานี. อุดรธานี : โรงพยาบาลอุดรธานี.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546) การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น : ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.
- ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. (2550) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2554) แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543) การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. กรุงเทพมหานคร : วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญ และคณะ. (2553) การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บูรณาการสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : จุดทอง.
- สมทรง ณ นคร และวีระชัย ไควสุวรรณ. (2547) “หลักเกณฑ์สากลของจริยธรรมการวิจัยในคน” วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 7 (1) หน้า 3-13.
- สมทรง รักษ์เผ่า และสรรงค์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2540) กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรณี : การพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- สมบุญ วงศ์ธีรภัค. (2552) โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน ใน ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. อ้างถึงใน เทพ หิมะทองคำ และคณะ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : วิทยาพัฒน์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553) แนวทางการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ใน แนวทางการดำเนินโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใย สุขภาพประชาชน. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สิริลักษณ์ สุทธิรัตน์กุล. (2549) ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เสาวนีย์ วรรณระอ, พรทิพย์ มาลาธรรม และอภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2555) “แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้” รามาริบัติพยาบาลสาร. 18 (3) หน้า 372-388.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุจิตรา ชันติยานันท์ และคณะ. (2553) คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์อาพาโรคเบาหวานที่มาใช้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์.
- สุชาติ คงหาญ. (2553) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุเทพ จันทรมณีกุล. (2554) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมุกดาหาร. มุกดาหาร : โรงพยาบาลมุกดาหาร.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2540) การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรีพร คนละเอียด, บรรณาธิการ. (2553) แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า). นนทบุรี : สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.
- สุวิช รัตนศิรินทรวิธ. (2552) เบาหวานขึ้นตา ใน ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. อ้างถึงใน เทพหิมะทองคำ และคณะ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : วิทยาพัฒน์.
- อนัญญา บำรุงพันธุ์, วันดี บุญเกิด และพัชรี ประภาสิต. (2554) “ผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น โรงพยาบาลพระปกเกล้า” วารสารกองการพยาบาล. 38 (1) หน้า 42-51.
- อรัญญา ชิตชอบ. (2551) การจัดการตนเองกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ขอนแก่น :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อารีวรรณ อ่วมตานี. (2553) การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุษาศรี แสงสง่า และรุ่งระวี นาวิเจริญ. (2555) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรุงเทพมหานคร” วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 24 (2) หน้า 66-79.
- อำภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2553) “การเกิดแผลที่เท้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2” วารสารสภาการพยาบาล. 25 (3) หน้า 51-63.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- American Diabetes Association. (2010) “Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus” **Diabetes Care.** 33 (1) page 562-569.
- Al-Khawaldeh. O. A., Al-Hassan, M. A., and Froelicher, E. S. (2012) “Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus” **Journal of the diabetes and its complications.** 26 (1) page 10-16.
- Auduly, Asa. et al. (2011) “The influence of illness perspectives on self-management of chronic disease” **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness.** 3 (2) page 109-118.
- Barlow, Julie. et al. (2002) “Self - management approaches for people with chronic conditioned : a review” **Patient Education and Counseling.** 48 (2) page 177-187.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., and Czyzewski, D.I. (1993) “Measuring self-efficacy expectations for the self-management of cystic fibrosis” **Chest.** 103 (5) page 1524-1530.
- Brownson, C.A., Hoerger, T.J., Fisher, E.B., and Kilpatrick, K.E. (2009) “Cost-effectiveness of diabetes self-management programs in community Primary Care Settings” **The Diabetes Educator.** 35 (5) page 761-769.
- Caplan, N. (1976) “Social research and national policy:What gets used, by whom, for what purposes, and with what effects?” **International social sciences journal.** 28 page 187-194.
- Clark, N. et al. (1991) “Self-management of chronic disease by older adult” **Journal Aging Health.** 3 (1) page 3-27.
- Coates, V., and Boore, R.P.J. (1995) “Self-management of chronic illness : Implications for Nursing” **International Journal of Nursing Student.** 32 (6) page 628-640.
- Colaizzi, P. F. (1978) “Psychological Research as a Phenomenologist Views It. In R.S. Valle and M. King (Eds.)” **Existential Phenomenological Alternatives for Psychology.** New York : Oxford University Press. page 48-71.
- Creer. T. (2000) **Self-management in Handbook of Self-regulation.** San Diego : Academic Press.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Disler, R.T. et al. (2012) "Factors influencing self – management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review International" **Journal of Nursing Studies**. 49 (2) page 230-242.
- Fan, L., and Sidani, S. (2009) "Effectiveness of diabetes self-management education intervention elements : A meta-analysis" **Canadian Journal of Diabetes**. 33 (1) page 18-26.
- Guba, E.G. and Lincoln, Y.S. (1989) **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA: Sage.
- International Diabetes Federation. (2013) **Diabetes Fifth Edition**. [Online] Available : <http://www.idf.org/diabetesatlas/news/fifth-edition-release>. (17 April 2013)
- Jones, Martyn C. (2011) "A thematic analysis of the conceptualization of self-care, self-Management and self-management support in the long-term conditions management literature" **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness**. 3 (3) page 174-185.
- Lynch CD, Sundaram R, Buck Louis GM, Lum KJ, Pyper C. (2012) "Are increased levels of self-reported psychosocial stress, anxiety, and depression associated with fecundity?" **Fertility and Sterility** 98 (2) page 453-458.
- Moser, Debra K. et al. (2003) "Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management" **Intensive and Critical Care Nursing**. 19 (5) page 276-288.
- Murphy, k., Casey, D., Dinneen,S. Lawton,J, Brown, F. (2011) "Participants' perceptions of the factors that influence diabetes self-management following a structured education (DAFNE) programmed" **Journal of Clinical Nursing**. 20 (9-10) page 1282–1292.
- Nelson, K.M, McFarland, and Reiber, G. (2007) "Factors influencing disease self-management among veterans with diabetes and poor glycemic control" **Journal of General Internal Medicine**. 22 (4) page 442–447.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Omisakin, F. D, Ncama, B. P. (2011) “Self, self-care, and self-management concepts : Implications for self-management education”. **Educational Research**. 2 (12) page 1733-1737.
- Richard, Angela A, Shea, Kimberly. (2011) “Delineation of Self-Care and Associated Concepts” **Journal of nursing scholarship**. 43 (3) page 255-264.
- Riegel, B, Carson, B. (2002) “Facilitators and barriers to heart failure self-care” **Patient Education and Counseling**. 46 (4) page 287-295.
- Rothenberger, Cynthia D. (2011) “Chronic Illness Self-Management in prediabetes : A concept analysis” **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness**. 3 (2) page 77-86.
- Ryan, Andrew M. (2009) “Effects of the premier hospital quality incentive demonstration on medicare patient mortality and cost” **Health Services Research**. 44 (3) page 821-842.
- Toobert, D, Hampson, S, Glasgow, R. (2000) “The summary of diabetes self-care activities Measure” **Diabetes Care**. 23 (7) page 943-950.
- Udlis, Kimberly A. (2011) “Self-management in chronic illness: concept and dimensional Analysis” **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness**. 3 (2) page 130-139.
- Wattanakul, B. (2012) **Factors influencing diabetes self-management behaviors among patients with T2DM in Rural Thailand**. Dissertation Ph.D. Chicago : Graduate College of the University of Illinois.
- Weijman, Iris. et al. (2005) “The role of work – related and personal factors in diabetes self-management” **Patient Education and Counseling**. 59 (1) page 87-96.
- Wilkinson A, Whitehead L. (2009) “Evolution of the concept of self-care and implications for nurses : A literature review, Intern” **International Journal of Nursing Studies**. 46 (8) page 1143-1147.
- Willems DC, Joore, MA, Hendriks, JJ, Wouters, EF, Severens, JL. (2006) “Cost-effectiveness of self-management in asthma: a systematic review of peak flow monitoring interventions” **International Journal of Technology Assessment in Health Care**. 22 (4) page 436-442.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- World Health Organization. (2011) **World health statistics 2011**. Geneva : WHO Press.
- Xu Y, Toobert D, Savage C, Pan W, Whitmer. (2008) “Factors influencing diabetes self-management in Chinese people with type 2 diabetes” **Research in Nursing & Health**. 31 (6) page 613-625.
- Zhong X, Tanasugarn C, Fisher E.B, Krudsood S, Nityasuddhi D. (2011) “Awareness and practices of self-management and influence factors among individuals with type 2 diabetes in urban community settings in Anhui Province, China The Southeast Asian” **Journal of Tropical Medicine and Public Health**. 42 (1) page 184-196.
- Zulman DM, Sussman JB, Chen X, Cigolle CT, Blaum CS, Hayward RA. (2011) “Examining the evidence: A systematic review of the inclusion and analysis of older adults in randomized controlled trials” **Journal of General Internal Medicine**. 26 (7) page 783–790.

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย

1. แพทย์หญิง ชัดศุภา ศิริรัชฎะ
แพทย์เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ต้วงแพง
อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. พันตรีหญิง โสมมนัส ว่องไววุฒิกุลเดช
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่
คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์

ชื่อผู้วิจัย นางกิ่งประกา เบญญาธนศรีศักดิ์ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ข้าพเจ้านางกิ่งประกา เบญญาธนศรีศักดิ์ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สนใจและทำการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การ
จัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลสงฆ์ จะขอเวลาพระคุณเจ้าสักครู่เพื่ออธิบายรายละเอียดของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธ
ด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ โดยวิธีการวิจัยดิฉันจะใช้
วิธีการสัมภาษณ์ โดยให้พระคุณเจ้าได้เล่าถึงประสบการณ์ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานว่าท่าน
มีวิธีการอย่างไรบ้างในการดูแลสุขภาพตนเองในระหว่างการสัมภาษณ์พระคุณเจ้าสามารถซักถามดิฉันได้
ตลอดเวลาหากเกิดข้อสงสัย และดิฉันจะขออนุญาตจัดบันทึกข้อมูลที่มีความสำคัญและขออนุญาตการ
บันทึกเสียงคำบอกเล่าของพระคุณเจ้าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะใช้เวลา
ประมาณ 30-60 นาทีพระคุณเจ้าสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามบางคำถามที่ไม่ต้องการตอบโดยไม่ต้อง
บอกเหตุผล

ดิฉันสัญญาว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อจริงของพระคุณเจ้า และข้อมูลที่ได้จะ
นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ข้อมูลจะถูกลบหรือทำลายทิ้งทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัยการเสนอรายงานและ
เผยแพร่จะเป็นการนำเสนอภาพรวมในเชิงวิชาการนอกจากนี้พระคุณเจ้าสามารถนัดเวลาได้ตามความ
สะดวก พระคุณเจ้าสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลต่างๆที่ไม่ต้องการเล่า หรือขอออกจากกรวิจัยในครั้งนี้ได้
ตลอดเวลาอย่างอิสระหากไม่สมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับต่อไป

ข้อมูลทั้งหมดจากคำบอกเล่าของพระคุณเจ้าจะเป็นประโยชน์ในการทำเป็นแนวทางการให้ความรู้
กับพระภิกษุสงฆ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ตรงกับบริบทของพระสงฆ์เพื่อไม่ให้ขัดต่อพระธรรมวินัยของ
พระสงฆ์ ซึ่งดิฉันหวังว่าจะได้รับความกรุณาจากพระคุณเจ้าในการให้ความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

นางกิ่งประกา เบญญาธนศรีศักดิ์

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าพระภิกษุ.....ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง
ประสบการณ์การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่2ที่มารับการรักษาที่คลินิก
เบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งผู้วิจัยได้แก่ นางกิ่งประกา เบญญาธนศรีศักดิ์ ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับ
การวิจัยในครั้งนี้แล้ว(ตามเอกสารที่แนบมากับหนังสือยินยอม)โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการสัมภาษณ์ เรื่อง
ประสบการณ์การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิก
เบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-60 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อ
ข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าผู้วิจัยจะ
เก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัย
เมื่อใดก็ได้ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยโดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อข้าพเจ้าในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือ
ปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย คือนางกิ่งประกา เบญญาธนศรีศักดิ์ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่
โรงพยาบาลสงฆ์ 445 ถ.ศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวีกรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ (ที่
ทำงาน) 02-354-4278 ต่อ 2407, 2408 โทรศัพท์มือถือ 08-8647-5222

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ลงชื่อ.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ (.....)

วิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางกิ่งประกา เบญญาธนศรีศักดิ์) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

พยาน

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

เรื่อง การจัดการตนเองของพระภิกษุอาพาธที่ด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสงฆ์

1. ทราบว่าพระคุณเจ้าเป็นโรคเบาหวานกรุณาเล่าให้ฟังได้ไม่คะ โรคเบาหวานของท่านนั้นเป็นมาอย่างไรบ้าง

- พระคุณเจ้าเริ่มเป็นเบาหวานตั้งแต่เมื่อไร
- เริ่มมีอาการอย่างไรบ้าง แล้วท่านทำอะไรบ้างคะกับอาการที่เกิดขึ้น

2. พระคุณเจ้าได้รับคำแนะนำ/หรือการสอนเกี่ยวกับโรคเบาหวานอะไรบ้าง และจากใคร (จากแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากร)

3. พอทราบว่าท่านเป็นเบาหวาน พระคุณเจ้าปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง

- การฉันอาหาร, การออกกำลังกาย, การฉีดยาเบาหวาน หรือการฉีดยาเบาหวาน อื่นๆ
- ปัจจุบันระดับน้ำตาลในเลือดเป็นอย่างไรบ้าง (คุมได้ดีหรือคุมไม่ได้)
- อะไรที่ทำให้พระคุณเจ้าควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและอะไรที่ทำให้พระคุณเจ้าควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ระดับน้ำตาลไม่ได้

- พระคุณเจ้าพอทราบถึงโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานหรือไม่ อย่างไรคะ
- ตอนนี้ท่านมีปัญหาโรคแทรกซ้อนหรือยังคะ (ตา ไต เท้า...)
- พระคุณเจ้ามีวิธีการหรือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนอย่างไรบ้าง และ

ต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนอย่างไร และจากใคร

4. พระคุณเจ้าช่วยเล่าประสบการณ์ที่ท่านภาคภูมิใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อแนะนำพระสงฆ์รูปอื่นที่อาพาธด้วยโรคเบาหวาน

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

รหัสผู้ให้ข้อมูล.....

เพศ.....อายุ.....ปีระดับการศึกษา.....บรรพชาเป็นพระภิกษุสงฆ์.....ปี

ภูมิลำเนา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน/โรคร่วม.....

ระดับผล HbA1Cล่าสุด.....ตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สิทธิบัตรประกันสุขภาพ.....

การรักษาที่ได้รับ

ยารับประทาน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ยาฉีด

.....

.....

แหล่งบริการที่ใช้ในปัจจุบันที่ไหนบ้าง

.....

.....

.....

.....

เคยได้รับความรู้และคำแนะนำเรื่องโรคเบาหวานหรือไม่

- เคย.....ที่ไหน.....
- ไม่เคย.....

ตารางลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (รูป)	ร้อยละ
อายุ		
41 - 50	3	25.00
51 - 60	6	50.00
61 - 70	2	16.66
มากกว่า70 ปีขึ้นไป	1	8.34
ระยะเวลาที่บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์		
5-10 พรรษา	6	50.00
11-15 พรรษา	2	16.66
16-20 พรรษา	1	8.34
มากกว่า20 พรรษาขึ้นไป	3	25.00
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน		
1-5 ปี	3	25.00
6-10 ปี	5	41.66
11-15 ปี	2	16.66
16-20 ปี	1	8.34
มากกว่า20 ปีขึ้นไป	1	8.34
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน		
ความดันโลหิตสูง	6	50.00
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ได้แก่ โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง โรคไต และโรคจอประสาทตา	4	33.34
การมีโรคอื่นร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่โรคกระเพาะอาหาร และ ต่อมลูกหมากโต	2	16.66
ระดับ HbA1C		
HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 7	2	16.66
HbA1C ร้อยละ 7.0 - 7.9	3	25.00
HbA1C มากกว่าร้อยละ 8	7	58.34
รวม	12	100.00

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 14 มิถุนายน 2556

ชื่อเรื่อง ประสบการณ์การจัดการตนเองของพระภิกษุสงฆ์รักษาโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2
 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์
ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางกิ่งประภา เบญญาธนศรีศักดิ์
คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
ประกาศเฮอร์ซิงก์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัญช์
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 14 มิถุนายน 2556

เลขที่รับรอง

อ.151/2556

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางกิ่งประกา เบนญาธนศรีศักดิ์
วัน เดือน ปีเกิด	4 กุมภาพันธ์ 2520
ที่อยู่ปัจจุบัน	12/601 หมู่บ้านพระปิ่น 4 ถนนบางบอน 5 แขวงหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร 10160
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2541	พยาบาลศาสตร์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์
พ.ศ. 2550	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี จังหวัดชลบุรี
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2541 - 2547	พยาบาลเทคนิค หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
พ.ศ. 2548 - 2550	ลาศึกษาต่อในระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี)
พ.ศ. 2550	โอนย้ายมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2550 - 2551	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม
พ.ศ. 2552 - ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร