

๖๔๘-๖๕

๖๕๔-๖๕

๖๕๕

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ปริญญานิพนธ์

ของ

รศ.วดี บุษะจารุ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

กันยายน ๒๕๔๙

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

บทคัดย่อ
ของ
รศ.วดี บุษยะจากรู

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
กันยายน 2549

รัสวดี บุษยะจารุ. (2549). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.
ปริญญาานิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรฐ์สิน, รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผล ในแผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม และกลุ่มควบคุม 20 คนได้รับการสอนตามปกติ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง วิเคราะห์ความแตกต่างค่ามัธยฐานความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร และการหายของแผล ภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann – Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร และการหายของแผลหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการหายของแผลดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน และการควบคุมอาหารแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

THE EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM WITH GROUP PROCESS
ON HEALTH BEHAVIORS FOR DIABETES MELLITUS PATIENTS AT BANGKOK
METROPOLITAN ADMINISTRATION MEDICAL COLLEGE AND
VAJIRA HOSPITAL

ABSTRACT

BY

RUSSAWADEE BUSSAYAJARU

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Sciences Degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
September 2006

Russawadee Bussayajaru. (2006). *The effectiveness of health education program with group process on health behaviors for diabetes mellitus patients at Bangkok Metropolitan administration medical collage and Vajira hospital*. Master thesis, M.S. (Health Education). Bangkok: Graduate school, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assist. Prof. Dr. Kamonmarn Virutsetazin, Assoc. Prof. Dr. Thada Wimonwatwatee.

This study was a quasi – experimental research. The effectiveness of health education program with group process on health behaviors for Diabetes Mellitus patients was the purpose of this study. A total of 40 patients were enrolled and equally divided into two groups. The first group was selectively assigned for health education program with group process, and the second group for conventional program. A self administered questionnaire and wound healing assessment were used to gathered data and the data were analyzed within group by Wilcoxon Signed Rank test, and analyzed between group by Mann – Whitney U Test.

The findings of this study were as follows:

1. In the post – test, the experimental group indicated statistically significant better knowledge, foot exercise, control diet and wound healing than in the pre – test at .05 level.
2. In the post – test, the experimental group indicated statistically significant better wound healing than in the control group at .05 level, but did not indicate statistically significant different knowledge, foot exercise and control diet between the experimental and control group in the post – test.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

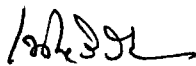
ของ

รัชวดี บุษะจารุ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

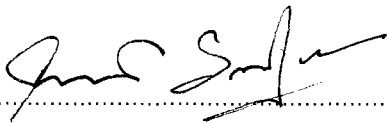
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

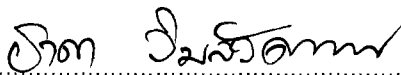
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

วันที่ ๒๖ เดือน กันยายน พ.ศ.2549



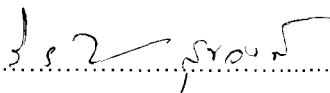
.....ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิจารณ์เศรษฐ์สิน)



.....กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที)



.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)



.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(นายแพทย์อนันต์ มโนมัยพิบูลย์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีโดยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที กรรมการควบคุม ปริญญานิพนธ์ และคณาจารย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนให้คำปรึกษาแนะนำมาโดยตลอด จนทำให้ผู้วิจัยเกิดผลงานอันมีค่านี้ อีกทั้งทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ในการทำวิจัย และรู้ถึงคุณค่าของงานวิจัย ที่จะช่วยให้การทำงานในด้านสุศึกษาเป็นไปอย่างมีคุณค่ามากขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ อาจารย์ ดร.จารุพร สาธินัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมพ์ลักษณ์ รัชสีภโนดร นางสาวดวงพร โต๊ะนาค และนายแพทย์อนันต์ มโนมัยพิบูลย์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ และได้ให้ความกรุณาช่วยอนุเคราะห์แก่ผู้วิจัย ช่วยเหลือให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการ และเจ้าหน้าที่ห้องตกแต่ง บาดแผลวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก และสนับสนุนข้อมูลต่างๆ ขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณบริษัทชาวไทย เมดิคอล จำกัดที่สนับสนุนอุปกรณ์ชุดทำแผล และขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ทุกท่านที่สนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ คอยเป็นกำลังใจ และเป็นแรงผลักดัน จนทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ผลแห่งความภาคภูมิใจ คุณค่าและความสำเร็จของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชา พระคุณแต่บิดามารดา ครู อาจารย์ทุกท่าน ที่กรุณาปลูกฝังความตั้งใจ ความอดทน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

รศวดี บุษยะจากร

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ตัวแปรที่ศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
สมมติฐานในการวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	34
แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม.....	39
แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมสุขศึกษา.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	51
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	56
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้า.....	72
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	87
สังเขป ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	87
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	88
อภิปรายผล.....	89
ข้อเสนอแนะ.....	92
ข้อเสนอแนะ.....	92
ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป.....	92
บรรณานุกรม.....	94
ภาคผนวก.....	103
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	104
ภาคผนวก ข. หนังสือราชการขอเชิญผู้เชี่ยวชาญและขอความร่วมมือ	106
ภาคผนวก ค. หนังสืออนุมัติการวิจัยการวิจัย	111
ภาคผนวก ง. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	113
ภาคผนวก จ. แผ่นพับเอกสารความรู้	129
ภาคผนวก ฉ. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	136
ภาคผนวก ช. แบบบันทึกต่าง ๆ	142
ภาคผนวก ซ. ภาพกิจกรรม	151
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	160

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 การดำเนินการทดลอง.....	63
2 ตารางการดำเนินการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	66
3 จำนวน(ร้อยละ) ของกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน จำแนกตามข้อมูล ทั่วไป.....	73
4 สรุปผลการจัดกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองจำนวน 6 ครั้ง.....	76
5 การจัดกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม พบว่ากลุ่มมีอิทธิ พลต่อผลการวิเคราะห์การทำแผลครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4 ของกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน.....	81
6 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคเบาหวาน การบริหาร เฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร ขนาดแผล และสีของแผล ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง.....	82
7 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคเบาหวาน การบริหาร เฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร ขนาดแผล และสีของแผล ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม.....	83
8 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคเบาหวาน การควบคุม อาหาร ขนาดแผล และสีของแผล ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม.....	84
9 การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย / ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร ขนาดแผล และสีของ แผล หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	85

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2 รูปแบบการวิจัย.....	57
3 แผนการวิจัย.....	58

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีวิวัฒนาการเทคโนโลยีที่ทันสมัยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การคมนาคมติดต่อสื่อสาร รวมไปถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุขและพบว่าปัญหาสุขภาพของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความความสลับซับซ้อนมากขึ้นเป็นผลให้อายุคาดเฉลี่ยของประชาชนยืนยาวขึ้น แนวโน้มของอัตราการเกิดโรคติดต่อลดลง แต่อัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อกลับเป็นปัญหาสำคัญ และทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้สาเหตุการตายของประชากร 3 อันดับแรก เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และ 6 ใน 10 โรคแรกที่มาับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นโรคที่ไม่ติดต่อเช่นกัน ซึ่งได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคโลหิตจาง โรคเบาหวาน เป็นต้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 28.25 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และพบผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อน้อยละ 45.90 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้าคือในปี พ.ศ. 2565 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึงร้อยละ 73.00 ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อที่สำคัญทางวิทยาการระบาดโรคอย่างหนึ่งคือโรคเบาหวาน ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา เชื่อว่าโรคเบาหวานมีแนวโน้มเป็นโรคที่สัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ชีวิตในอนาคตที่สำคัญและเป็นภาระด้านสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ศูนย์ควบคุมป้องกันโรครายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีผลการวินิจฉัยยืนยันแล้ว ได้เพิ่มขึ้นจากเมื่อ 8 ปีก่อนถึงร้อยละ 33.00 เฟรังก์ วินดอร์ ผู้อำนวยการหน่วยเบาหวานของศูนย์ควบคุมป้องกันโรคกล่าวว่า "เป็นอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล ซึ่งแน่นอนว่าตัวเลขจริงจะสูงกว่านี้มาก เนื่องจากยังมีกรณีที่ไม่เคยผ่านการวินิจฉัย ซึ่งสะสมเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบว่าช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป อัตราการเกิดเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40.00 และช่วงอายุ 30 – 40 ปี อัตราการเกิดเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.00 (www.carbotone.ac.th) สำหรับประเทศไทยพบว่าประชากรไทยทุกๆ 100 คน จะพบเป็นเบาหวานถึง 6 คน (เทพ หิมะทองคำ. 2546: 19) และพบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานระหว่าง พ.ศ. 2541 – 2545 สูงขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 7.90 – 11.80 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข. 2540.)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังอันเกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตเนื่องจากมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างหรือการใช้ฮอร์โมนอินซูลินของ ร่างกาย ซึ่งลักษณะสำคัญคือระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และเมื่อสูงมากเกินไปก็เกิดของไตก็就会被ซึมออกทางปัสสาวะ (วัลยา ตันนโยทัย. 2538: 241) การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หัวใจและหลอดเลือด (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล. 2546: 3) ที่สำคัญเป็นตัวเร่งให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ซึ่งจะทำให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดแดง ประกอบกับความไวของประสาทรับความรู้สึกลดลง โดยเฉพาะความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บปวด การถูกกดทับ หรือความเย็นความร้อน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้สังเกตว่าตนเองมีแผลเกิดขึ้นจนกระทั่งขนาดของแผลใหญ่ขึ้น หรือมีการอักเสบติดเชื้อจนเกิดเนื้อตาย สุดท้ายอาจต้องถูกตัดเท้าหรือขา อวัยวะของร่างกายอันเป็นภาวะทุพพลภาพตลอดชีวิต (www.bangkokhospital.com) จากสถิติของผู้ป่วยวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2545, 2546 และ 2547 เป็นจำนวน 1,013 คน, 1,003 คน และ 1,084 คน ตามลำดับ (งานสถิติผู้ป่วย วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล) และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีบาดแผลเป็นจำนวน 138, 146 และ 159 ตามลำดับ (สถิติห้องตรวจบาดแผล แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมารับบริการทำแผลทุกวัน วันละ 1 ครั้ง แต่ผู้ป่วยควรได้รับการทำแผลวันละ 2 ครั้ง จึงจะทำให้การหายของแผลมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น และจากสภาพปัญหาต่างๆ และแนวนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545 – 2549 ได้เห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพเชิงรุก โดยมุ่งที่ปัจจัยหลักของการมีสุขภาพ การป้องกันโรคอย่างมีระบบ และให้ความสำคัญของการดูแลตนเองซึ่งจำเป็นต้องล้างแผลให้สะอาดด้วยหลักการปราศจากเชื้อโรคทุกวันวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อแผลสกปรก เปียกขึ้นตามความจำเป็น เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลแผลได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และสามารถปฏิบัติได้เองจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และไม่เป็นภาระเสียเวลาที่จะต้องเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลวันละหลายๆ ครั้ง ประกอบกับการปฏิบัติในการที่จะส่งเสริมการหายของแผล เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยา ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานในห้องตรวจบาดแผลแผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ให้บริการดูแลบาดแผลชนิดต่างๆ ตลอดจนรับปรึกษาการดูแลแผลเฉพาะทาง รวมไปถึงบาดแผลที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบาดแผล

ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการเสริมสร้างความเหนียวแน่นของกลุ่มในลักษณะชมรมการจัดตั้งชมรมขึ้นมาเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้อื่นจนสามารถตระหนักได้ว่าตนมิใช่เพียงผู้เดียวที่ต้องเผชิญกับปัญหา แต่ยังมีคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเหมือนตนและอยู่เคียงข้างตนเพื่อช่วยแก้ปัญหา กระบวนการกลุ่มในลักษณะนี้เป็นการใช้ความสามารถและศักยภาพของบุคคลอย่างเต็มที่ มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันจะเป็นแนวทางที่เร่งการปรับตัวให้เร็วขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2547: 142) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้กระบวนการกลุ่มมาช่วยปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผลให้เกิดทักษะ ความรู้ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง และมีแนวทางการป้องกันการติดเชื้อของบาดแผลอันทำให้ภาพลักษณ์ เศรษฐกิจ สังคมและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ดีขึ้นไม่เป็นภาระของครอบครัว สังคม และประเทศชาติต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผล
2. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมกลุ่มในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาค้นคว้าและวิจัยในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผลมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 172 คน (สถิติห้องตรวจบาดแผล ปี 2548)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผลมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 40 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือก

แบบเจาะจงแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
 - 1.1 โปรแกรมสุขศึกษาแบบปกติ
 - 1.2 โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง ความสามารถในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการทำแผล การบริหารเฉพาะ ส่วนและการควบคุมอาหาร ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยประเมินจากค่าคะแนน ของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการทำแผล การบริหารเฉพาะส่วน และการควบคุมอาหาร

2. โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการในการกระทำ ร่วมกันของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเบาหวานมารวมตัวกันกลุ่มละ 6 คน โดยความสมัครใจ และใช้ ประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาช่วยแก้ปัญหาซึ่งกันและกันเป็นเวลาติดต่อกัน 3 วัน และร่วมสรุป ประสบการณ์เป็นระยะ ๆ กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินโดยสมาชิกเพื่อสมาชิกและผู้วิจัยเป็นผู้นำในการ ให้สุขศึกษาให้เกิดแนวคิดเกิดทักษะเพื่อหาแนวทางในการดูแลตนเอง การป้องกันการลุกลาม การ กลับเป็นซ้ำของบาดแผล การหายของแผล ตลอดจนการปฏิบัติงานอย่างถูกต้องในการทำแผล การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

3. การสอนสุขศึกษาแบบปกติ หมายถึง การให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลขณะรับบริการตักแตงบาดแผลโดยเจ้าหน้าที่ประจำ แผนก

4. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง เกี่ยวกับ

4.1 ความรู้โรคเบาหวาน หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำแผล การบริหารเฉพาะ ส่วน และการควบคุมอาหาร

4.2 การบริหารเฉพาะส่วน หมายถึง การบริหารอวัยวะที่มีบาดแผล อันจะเป็นการทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณแผลได้ดี โอกาสที่จะเกิดอาการแทรกซ้อนของแผลและต้องถูกตัดอวัยวะ

ส่วนนั้นๆ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง

4.3 การควบคุมอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารในจำนวนที่พอเหมาะ วันละ 3 มื้อ โดยจำกัดอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวได้แก่ เพิ่มปริมาณเส้นใยอาหารจำพวกผักและผลไม้ เพิ่มอาหารจำพวกโปรตีนจากเนื้อสัตว์และถั่ว หลีกเลี่ยงขนมหวาน หรือผลไม้ที่มีรสหวานจัดทุกชนิด เครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น เบียร์ สุรา น้ำหวาน น้ำอัดลม

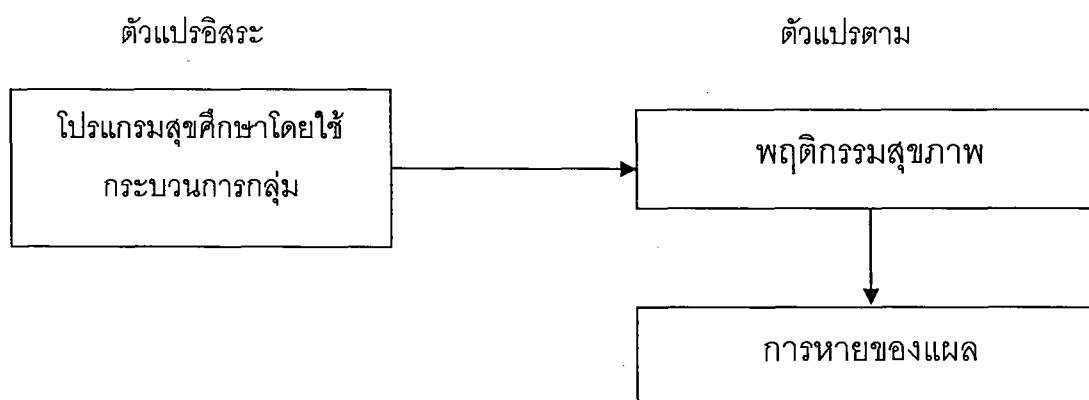
5. แผลเบาหวาน หมายถึง ผิวหนังที่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน หลอดเลือดตีบแข็ง ออกซิเจนไปเลี้ยงแผลน้อย มีกระบวนการหายของแผลช้ามาก การสร้างเนื้อเยื่อลดลง ทำให้ติดเชื้อมีเนื้อตายและหายยาก ผิวหนังเกิดการฉีกขาดและบาดเจ็บซ้ำได้ง่าย และมีการหายของแผลชนิดที่ต้องมีการสร้างเนื้อเยื่อแกรนูลชัน (Granulation tissue)

6. การหายของแผล หมายถึง การลดลงของสิ่งปนเปื้อน การเจริญของเยื่อผิวหนัง (Epithelium tissue) และเนื้อเยื่อแกรนูลชันมากลบแผล ลักษณะการปิดของแผลโดยวัดจากขนาดของแผล กว้าง x ยาว x ลึก วัดเป็นมิลลิเมตร และประเมินจากสีของแผล

7. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ประชาชนทั่วไป ตั้งอยู่ที่ 681 ถนนสามเสนใน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการการศึกษาค้นคว้า ข้อมูล เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีบาดแผล พบความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่องของการทำแผล การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเลือกวิธีการให้สุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผลได้อย่างถูกต้อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนการลุกลาม และการกลับซ้ำของบาดแผล เพื่อให้การหายของแผลเบาหวานดำเนินไปด้วยดี ดังปรากฏตามภาพประกอบ



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้ภายหลังการทดลองดีวก่อนการทดลอง
 - 1.1 ความรู้โรคเบาหวาน
 - 1.2 การบริหารเฉพาะส่วน
 - 1.3 การควบคุมอาหาร
 - 1.4 การหายของแผล
2. กลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้ดีกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง
 - 2.1 ความรู้โรคเบาหวาน
 - 2.2 การบริหารเฉพาะส่วน
 - 2.3 การควบคุมอาหาร
 - 2.4 การหายของแผล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
- 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม
- 1.5 แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมสุขศึกษา

2.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
- 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

เบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจาก ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ ซึ่งการที่ร่างกายจะนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยฮอร์โมนจากตับอ่อนชื่อ อินซูลิน เป็นตัวพาน้ำตาลกลูโคสในเลือดเข้าไปในเนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ หากขาดฮอร์โมนอินซูลิน จะทำให้น้ำตาลไม่สามารถเข้าไปในเนื้อเยื่อได้และจะมีน้ำตาลในเลือดเหลือคั่งอยู่มากกว่าปกติ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินออกมาได้เพียงพอ หรือสร้างไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่อินซูลินนั้นออกฤทธิ์ได้ไม่ดี ความผิดปกติเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายนำน้ำตาลไปใช้ไม่ได้ดี ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดเหลือคั่งอยู่มากและมีระดับสูงกว่าปกติ เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ไตจะกรองน้ำตาลออกมากับปัสสาวะทำให้ปัสสาวะมีรสหวาน จึงเรียกภาวะนี้ว่า เบาหวาน (เทพ หิมะทองคำ. 2546: 27-28)

ประเภทของเบาหวาน

การแบ่งประเภทเบาหวานนั้น แบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรคเป็นเกณฑ์ซึ่งภาวะที่ก่อให้เกิดเบาหวานนั้นมี 2 กรณี คือ กรณีที่ตับอ่อนไม่สร้างอินซูลินได้เลย กับกรณีที่ยังคงมีการผลิตอินซูลินอยู่บ้างแต่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (กองบรรณาธิการใกล้หมอ. 2546: 14-17) โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ ได้แก่

เบาหวานชนิดที่ 1 เบาหวานชนิดที่พึ่งฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin dependent diabetes) เบาหวานที่พึ่งอินซูลินนี้ บางครั้งจะเรียกว่า "เบาหวานในเด็ก" เพราะมักจะเกิดกับผู้ที่อายุน้อย คือเด็กและวัยรุ่น เบาหวานชนิดนี้ เกิดจากการที่ร่างกายเกิดภาวะขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง อันเป็นผลมาจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ เนื่องจากเซลล์ที่ทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนอินซูลินนั้นผิดปกติโดยสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัส หรือความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่สร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาต่อต้านกันเอง

เมื่อร่างกายเกิดภาวะขาดอินซูลินน้ำตาลก็ไม่สามารถเข้าไปในเซลล์เพื่อให้พลังงานได้จึงตกค้างในเลือดจนเกิดภาวะปริมาณน้ำตาลในเลือดสูง ส่วนเซลล์เมื่อไม่ได้รับน้ำตาลก็ต้องหาแหล่งพลังงานใหม่มาทดแทนจึงหันไปย่อยสลายไขมันและโปรตีนเพื่อให้ได้พลังงาน กระบวนการสลายไขมันในระบบนี้จะทำให้เกิด สารคีโตน ซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรด (Ketoacidosis) และเป็นพิษต่อร่างกายออกมาด้วย ตามปกติแล้ว การย่อยสลายไขมันและโปรตีน จะเกิดอย่างช้า ๆ ทำให้สารคีโตนในร่างกายอยู่ในปริมาณที่ควบคุมได้ แต่ในกรณีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้ อัตราการสลายไขมันจะเกิดขึ้นเร็วมาก ทำให้สารคีโตนคั่งค้างอยู่ในเลือดจึงเกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน (Diabetes ketoacidosis) อาการของภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตนนั้น คือ หายใจหอบลึก เมื่อหายใจออกมาจะมีกลิ่นเหมือนผลไม้ ชีพจรเต้นเร็ว คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวจะค่อย ๆ ลดลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วที่จะช็อกหมดสติจากภาวะกรดคั่งในเลือดได้ อาการที่เกิดขึ้นนี้มักเป็นอย่างรุนแรงและเกิดขึ้นโดยกะทันหัน

เบาหวานชนิดที่ 2 คือ เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin dependent diabetes) เบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินหรือที่รู้จักกันว่าเป็น "เบาหวานในผู้ใหญ่" เนื่องจากพบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และจะมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะพบว่าเป็นโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 10.00 นอกจากอายุแล้วกรรมพันธุ์ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเป็นเบาหวานชนิดนี้โดยเฉพาะผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน และเมื่ออายุมากขึ้นโอกาสที่จะเป็นเบาหวานก็ยิ่งสูงขึ้น เบาหวานชนิดที่ 2 นี้ แม้ตับอ่อนจะยังสร้างอินซูลินได้แต่ปริมาณที่ได้ก็ไม่เพียงพอต่อความต้องการหรืออีกกรณีหนึ่งอาจเกิดจากเซลล์ร่างกายต่อต้านการ

ทำงานของอินซูลิน คือ ตับอ่อน ยังสามารถผลิตอินซูลินได้อยู่ ภาวะเช่นนี้จึงไม่ได้ทำให้ร่างกายขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิงเหมือนผู้ที่ เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ฉะนั้นผู้ที่ เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 บางราย จึงอาจไม่มีการแสดงออกของโรคเลย หรืออาจจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปจนถึงขั้นแสดงอาการรุนแรงหรือโคม่าหมดสติและเสียชีวิตได้

สาเหตุของการหมดสติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้ ไม่ได้เกิดจากภาวะกรดคั่งในเลือด แต่จะเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก ทำให้ร่างกายพยายามขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ จนทำให้ผู้ป่วยเสียน้ำมาก เมื่อร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำ ไตก็ทำงานลดลงเป็นผลให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอีกเพราะร่างกายไม่สามารถขับออกไปได้ ผู้ป่วยจะหมดความรู้สึกลงไปเรื่อย ๆ จนหมดสติไป เบาหวานชนิดที่ 2 นี้ มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย จนบางครั้งอาจทำให้หลายคนเข้าใจผิดคิดว่าเป็นภาวะหมดประจำเดือน จึงปล่อยปละละเลยไม่มาพบแพทย์เพราะไม่คาดคิดว่าจะมีอันตรายร้ายแรง กว่าที่จะเข้ารับการตรวจอาการก็เป็นมากเสียแล้ว

สาเหตุของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อย หรือไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่ไม่สามารถออกฤทธิ์ในการทำงานได้อย่างเต็มที่โดยมีสาเหตุดังนี้ (สมณฑา เสรีรัตน์. 2539: 9 -11)

1. สาเหตุจากพันธุกรรม พันธุกรรมเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ทั้งประเภท ฟังพาอินซูลินและไม่ฟังพาอินซูลิน ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

1.1 พันธุกรรมในโรคเบาหวาน ประเภทฟังพาอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาว (Human leukocyte antigen: HLA) คือ ทำให้มีแนวโน้มเกิดการอักเสบเรื้อรังที่ตับอ่อนภายหลังการติดเชื้อซึ่งมีผลให้เบต้าเซลล์ (Beta cell) ถูกทำลายและเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้

1.2 พันธุกรรมในโรคเบาหวานประเภทไม่ฟังพาอินซูลิน ไม่มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาว แต่มีความสัมพันธ์กับความอ้วนและอายุที่เพิ่มขึ้น

2. สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่พันธุกรรม

2.1 เชื้อไวรัส เชื้อไวรัสบางชนิดทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง และทำลายเบต้าเซลล์ ทำให้เกิดโรคเบาหวานขึ้น ได้แก่ เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคคางทูม เชื้อรูเบลลา(Rubella) ที่ทำให้เกิดโรคหัดเยอรมัน (German measles) และเชื้อไวรัสค็อกแซกกี (Coxsackie) ที่ทำให้เกิดโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

2.2 โรคอ้วน ในคนอ้วนมักมีระดับอินซูลิน ในเลือดสูงแต่จำนวนรีเซปเตอร์

(Insulin receptor) ในเซลล์ไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อลดลงเป็นผลให้อินซูลิน (Insulin) ออกฤทธิ์ไม่ได้ เป็นผลให้เบต้าเซลล์ เสื่อมสมรรถภาพลงไม่สามารถผลิตอินซูลิน ได้เพียงพอ จึงทำให้เกิดโรคเบาหวาน

2.3 ความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมน โรคเบาหวานอาจเกิดจากฮอร์โมน (Hormone) บางชนิดมีฤทธิ์ด้านอินซูลิน เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ได้แก่ โกรทฮอร์โมน (Growth hormone) คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) และแคทีโคลามีน (Catecholamine)

2.4 ความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน เกิดจากเบต้าเซลล์ทำงานน้อยลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นผลให้อินซูลินลดลง จึงทำให้อินซูลินในเลือดสูงขึ้น

2.5 จำนวนเบต้าเซลล์น้อย มีสาเหตุจาก

2.5.1 การขาดโปรตีนอย่างรุนแรงทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเป็นผลให้เบต้าเซลล์ ถูกทำลาย

2.5.2 การดื่มสุราเป็นประจำ อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคขาดโปรตีนและแคลอรี ซึ่งทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังและเบต้าเซลล์ถูกทำลายลง

2.5.3 การตัดตับอ่อนออก ทำให้จำนวนเบต้าเซลล์ลดลง หรือไม่มีเบต้าเซลล์จึงเกิดโรคเบาหวานขึ้น

2.5.4 การสร้างสารต่อต้านไอส์เล็ตส์เซลล์ (Islet cell) ของร่างกาย ทำให้เบต้าเซลล์จึงเกิดอาการของโรคเบาหวาน

2.6 โรคของตับ ได้แก่ ตับแข็ง ตับอักเสบเนื่องจากไวรัส หรือโรคพยาธิใบไม้ในตับจนทำให้เนื้อตับเสียไป เป็นผลให้ตับเสียหายที่คือไม่สามารถเก็บกลูโคส (Glucose) ไว้ในรูปของไกลโคเจน (Glycogen) ได้ จึงทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

2.7 ความเครียด ในภาวะที่ร่างกายมีความเครียด ฮอร์โมนแคทีโคลามีน (Catecholamine hormone) จะถูกหลั่งออกมามากขึ้น ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

2.8 ขาดการออกกำลังกาย ทำให้เนื้อเยื่อมีการตอบสนองต่ออินซูลินไม่ดีเท่าที่ควร จึงมีอาการของโรคเบาหวานขึ้น

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

อาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มักพบบ่อย ๆ คือ (เทพ หิมะทองคำ. 2546: 32 – 33)

1. ปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมาก เนื่องจากกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากออกมาทางปัสสาวะโดยไตจำเป็นต้องดึงน้ำออกมาด้วย ดังนั้นผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลสูงมากเท่าใดก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น ทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำรดน้ำตอนกลางคืนหลายครั้ง

2. คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก เป็นผลมาจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมากทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ จึงต้องชดเชยด้วยการดื่มน้ำบ่อย ๆ

3. น้ำหนักลด ผอมลง เนื่องจากในภาวะที่ขาดอินซูลินร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้พลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อยร่างกายจึงจำเป็นต้องนำเอาโปรตีนและไขมันที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้แทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

4. หิวบ่อยและรับประทานจุ เนื่องจากร่างกายขาดพลังงานจึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยและรับประทานจุ

นอกจากอาการและอาการแสดงที่สำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยอาจมาโรงพยาบาลด้วยภาวะต่อไปนี้ (จิตร จิรรัตน์สถิต และมุนี แก้วปลั่ง. 2543: 13-14) คือ ปัสสาวะมีมดตอม มีผื่นคันหรือมีเชื้อราขึ้นตามผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณซอกอับ เช่น รักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นแผลเรื้อรังตามแขนขาหรือเป็นฝีบ่อย ๆ สายตามัวลงเรื่อย ๆ ต้องเปลี่ยนแว่นสายตาบ่อย ๆ มีอาการชา หรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือและปลายเท้า ทั้ง 2 ข้าง และมีอาการของหลอดเลือดตีบในอวัยวะส่วนต่าง ๆ เช่น หลอดเลือดตีบบริเวณเท้า ทำให้มีแผลเนื้องตาย หลอดเลือดตีบที่หัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดอาการเจ็บหน้าอกหรือหลอดเลือดตีบบริเวณสมองทำให้เกิดอาการอัมพาตได้

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวานสามารถทำได้โดยการตรวจน้ำตาลกลูโคสในเลือดซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไปนี้ (วิทยา ศรีมาดา. 2542: 450)

1. มีอาการแสดงที่สำคัญของโรคเบาหวาน ร่วมกับระดับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ตามมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
2. ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร หรือก่อนรับประทานอาหารเช้า (Fasting Plasma Glucose: FPG) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โดยขณะอดอาหาร หมายถึงการงดรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงานเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

อาการ และอันตรายของโรคเบาหวานเกิดจากโรคแทรกซ้อนเกือบทั้งหมด ส่วนใหญ่โดยเฉพาะโรคแทรกซ้อนเรื้อรังนั้น เมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นผลให้สารอื่น ๆ เช่น ไขมันในเลือดสูงด้วยซึ่งเป็นตัวสำคัญทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Arteriosclerosis) เลือด

ไปหล่อเลี้ยงเซลล์และอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการเสื่อมสมรรถภาพของเซลล์และอวัยวะนั้น ๆ และเกิดโรคต่าง ๆ ขึ้นได้ง่าย โรคแทรกซ้อนเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 พวก คือ (สมณฑา เสรีรัตน์. 2539: 14-50)

1. โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute complications) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง

1.1 การติดเชื้อ (Infections) ที่พบบ่อยมี 3 ทาง คือ

1.1.1 การติดเชื้อบริเวณผิวหนังจะพบระยะรุนแรงหรือเฉียบพลันประมาณ ร้อยละ 5 ของการติดเชื้อทางผิวหนังในผู้ที่เป็นเบาหวานซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาทันที มิฉะนั้นจะลุกลามรวดเร็วจนกลายเป็นฝีฝีกัก มักพบบริเวณต้นคอ รักแร้ และบริเวณก้น

1.1.2 การติดเชื้อระบบหายใจ เชื้อโรคจะเข้าสู่ร่างกายทางจมูก ปากลงสู่หลอดลมและปอดได้ง่าย สำหรับโรคปอดในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานพบว่า มีอัตราเสี่ยงของการเป็นวัณโรคสูงกว่าที่เกิดขึ้นในคนปกติ และจะพบได้บ่อยในผู้ที่เป็นเบาหวาน และยังมีอายุน้อย

1.1.3 การติดเชื้อระบบขับถ่ายปัสสาวะ การอักเสบของระบบขับถ่ายปัสสาวะในผู้ที่เป็นเบาหวาน พบบ่อย 2 – 3 เท่าของคนปกติ การอักเสบเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ทางเดินปัสสาวะ ซึ่งอยู่ล่างสุดขึ้นไปยังกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ และไต

1.2 การเกิดเบาหวานอย่างรุนแรง “คีโตแอซิโดซิส” เกิดจากร่างกายใช้น้ำตาลไม่ได้จึงใช้ไขมันแทน ทำให้เกิดสารที่มีภาวะเป็นกรดสะสม และคั่งค้างมากในร่างกายทำให้ผู้ป่วยหมดสติได้

1.3 การหมดสติ เนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีสารคีโตน (Hyperglycemic hyperosmolar non-kenotic coma) มักพบในผู้ป่วยสูงอายุ และเป็นเบาหวานหรือไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเบาหวานมาก่อน เมื่อเกิดมีตัวเร่งเร็ว เช่น มีไข้ ท้องเดิน ทำให้ร่างกายเสียน้ำมาก เป็นผลให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็วยังไม่ทันเกิด “คีโตซิส” ทำให้เซลล์ของร่างกายโดยเฉพาะสมองขาดน้ำเป็นเหตุให้หมดสติได้

1.4 การหมดสติ จากภาวะกรดแลคติกในเลือดสูง (Lactic acidosis coma) มักเกิดร่วมกับอาการช็อก พบบ่อยในรายที่ผู้ป่วยมีโรคตับหรือไตพิการร่วมด้วยทำให้การขับกรดแลคติกออกจากเลือดได้ไม่ดีเท่าคนปกติ

1.5 การหมดสติ เนื่องจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemic coma) เกิดจากการฉีดอินซูลินมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย การดูดซึมยาดีขึ้นกว่าตำแหน่งเดิม (แต่ใช้ยาปริมาณเท่าเดิม) การออกกำลังกายมากเกินไปทำให้ร่างกายใช้น้ำตาลมากขึ้น หรือการรับยา

ขนาดปกติแต่รับประทานอาหารน้อยไปหรือเข้าไป ทำให้เกิดอาการน้ำตาลต่ำได้

2. โรคแทรกซ้อนเรื้อรัง (Chronic complications) หมายถึงภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ หลังจากผู้ป่วยเป็นเบาหวานและไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับคนปกติเป็นระยะเวลานาน ดังนั้น คนที่เป็นโรคเบาหวาน จึงเกิดเส้นเลือดตีบ หรืออุดตันได้เร็วกว่าคนปกติ ซึ่งเกิดได้กับทุกส่วนและทุกอวัยวะของร่างกายทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนระบบต่างๆ ที่สำคัญของร่างกาย

2.1 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน คนที่เป็นโรคเบาหวานที่เริ่มเป็นหลังอายุ 40 ปี พบว่าตายจากโรคหัวใจ ร้อยละ 75 – 80 เนื่องจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจแข็งตีบ และหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจอุดตัน

2.2 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันทำให้สมองเสื่อม ความจำละเอียดอ่อนก่อนวัยพูดไม่ได้หรือเป็นอัมพาต สดแต่เส้นเลือดจะอุดตันส่วนใดของสมอง อาการอาจเป็นซ้ำๆ หรือกระทันหันก็ได้

2.3 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดบริเวณขาและเท้า ขาและเท้าเป็นอวัยวะที่อยู่ปลายสุดของร่างกาย โอกาสเกิดอันตรายได้ง่าย เกิดภาวะเส้นเลือดที่เท้าตีบ และตัน รวมทั้งปลายประสาทเสื่อม โอกาสจะเกิดเนื้อตายเน่า (Gangrene) ที่เท้าได้มากกว่าคนปกติ 17 เท่า ถ้ามีแผลจะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เพราะผู้ป่วยเบาหวานมีภูมิคุ้มกันต้านเชื้อโรคต่ำ แผลมักลุกลามรวดเร็ว เป็นผลให้ต้องถูกตัดขาบ่อย ประมาณ 6 – 7 เท่าของคนปกติ

2.4 ภาวะแทรกซ้อนทางตา มีการเปลี่ยนแปลงของเลนส์ อาจพบต้อกระจกได้บ่อยกว่าคนปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงที่จอรับภาพ อาจทำให้ตามัวลง ถ้าเส้นเลือดฝอยในตาแข็ง มีรูตีบตัน บางส่วนอาจมีโป่งพอง (Microaneurysm) ทำให้จอรับภาพของตาขาดเลือด หรือมีเลือดรั่วหรือแตกจากส่วนที่โป่งพอง

2.5 ภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด ระยะแรกพบมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต ในผู้ป่วยเบาหวาน อาจตรวจพบโปรตีนขนาดเล็ก (Microalbumin) ในน้ำปัสสาวะ และอาจพบเป็นครั้งคราว ซึ่งสามารถเป็นปกติได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ เนื่องจากยังไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดในโกลเมอรูล์ของไต ระยะต่อมา หากตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะด้วยวิธีธรรมดา (Macroprotein) จะพบมีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดโกลเมอรูล์ของไตแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการบวมโดยเฉพาะบริเวณใบหน้าและตัว เนื่องจากการดูดซึมของผนังหลอดเลือดเสียไป และมีแอลบูมิน (โปรตีน) ในเลือดต่ำกว่าปกติเนื่องจากเสียไปทางปัสสาวะด้วย การที่ไตไม่สามารถขับของเสียออกจากเลือดได้ทำให้เหลือ

คั่งค้างในเลือด เกิดเป็นพิษต่อร่างกาย และไปกดไขกระดูกในการสร้างเม็ดเลือด ผู้ป่วยจะซีดลง เบื่ออาหาร ซึม และเสียชีวิตจากภาวะไตวาย

2.6 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณร้อยละ 30.00 โดยพบมีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ถ้าเป็นมาไม่นานและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ อาการชาก็จะหายไป พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีเส้นประสาทอักเสบ หรือเสื่อมได้ทุกส่วนของร่างกาย เนื่องจากพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อระบบประสาทหากเกิดเฉพาะเยื่อหุ้มชั้นนอกระยะแรก ถ้าควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีอาจดีขึ้นเองได้ ถ้าทิ้งไว้นานส่วนใหญ่จะเป็นอย่างถาวรรักษาไม่หาย อาการระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม ที่พบคือ มีปวดแปลบเหมือนถูกเข็มตำ ปวดคล้ายตะคริว ชา

หลักการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะบรรลุเป้าหมายและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตน และดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ตลอดจนการรักษาสุขภาพร่างกาย จึงกล่าวได้ว่าการควบคุมโรคเบาหวานนั้น บุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดคือผู้ป่วยเอง แพทย์และพยาบาลเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติตนเท่านั้น โดยที่ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องนำเอาคำแนะนำที่ได้รับไปปฏิบัติโดยปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์การดำรงชีวิตของตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับภาวะของโรคที่เกิดขึ้น (จรรยา สุวรรณทัต. 2526: 814)

หลักการรักษาและปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน ได้แก่ (สุมนทนา เสรีรัตน์. 2539: 55)

1. การควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารเป็นเรื่องสำคัญอันดับแรกและเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน เพียงแต่ผู้ป่วยลดอาหารพวกแป้งและน้ำตาลก็จะช่วยลดน้ำตาลในเลือดลงและป้องกันการเกิดหลอดเลือดตีบแข็งได้ การควบคุมอาหารจะได้ผลดีเป็นพิเศษรายที่อ้วน เพราะเพียงลดน้ำหนักลงมาเท่านั้นโรคเบาหวานก็จะทุเลาลงอาการรุนแรงก็จะลดลงได้ ดังนั้นอาหารถือเป็นยารักษาโรคเบาหวานด้วย สารอาหารที่สำคัญ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต ควรให้พลังงานได้ร้อยละ 55.00 – 60.00 คืออาหารจำพวกแป้ง ข้าว น้ำตาล เป็นต้น โดย

คาร์โบไฮเดรต 1 กรัม ให้พลังงาน 4 แคลอรี โปรตีน ควรให้พลังงานได้ร้อยละ 15.00 – 20.00 คือ โปรตีนจากสัตว์ ได้แก่ เนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ โปรตีนจากพืช ได้แก่ ถั่วต่าง ๆ โดยโปรตีน 1 กรัม ให้พลังงาน 4 แคลอรี ไขมัน ควรให้พลังงานได้ร้อยละ 25.00 คือ ไขมันอิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันจากสัตว์ทุกชนิด และพืชบางชนิด เช่น น้ำมันมะพร้าว ไขมันไม่อิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันจากพืช โดย ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 แคลอรี

หลักสำคัญในการควบคุมอาหาร

1.1 ต้องกินอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป ซึ่งขึ้นอยู่กับน้ำหนัก อายุ เพศ อาชีพ และการออกกำลังกาย เพียงแต่ลดจำนวนคาร์โบไฮเดรตและเพิ่มโปรตีนให้มากขึ้นเพื่อชดเชย การกินผักต่าง ๆ ให้มากเพื่อให้ได้วิตามิน แร่ และช่วยไม่ให้หิวบ่อยด้วย

1.2 การรับประทานอาหาร ในผู้ป่วยที่รักษาโดยการควบคุมอาหาร และรับประทานยาร่วมด้วยควรจะรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มีไขมันน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง

1.3 การควบคุมน้ำหนักตัว ในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมโรค ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน (Obesity) จะมีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานได้โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (NIDDM) (สนอง อุนากุล. 2528: 108) น้ำหนักตัวของผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการควบคุมโรคเบาหวานเช่นกัน ในผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวมากเกินไป จะต้องการอินซูลินจำนวนมาก เพื่อให้เผาผลาญอาหารที่รับประทานเข้าไป และยังพบว่าจะมีจำนวนตัวรับของอินซูลิน (Insulin receptor) ในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดน้อยลง ส่งผลให้การเผาผลาญน้ำตาลในระดับเซลล์ผิดปกติด้วยผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยใช้ดัชนีความหนาของร่างกายเป็นเกณฑ์ (Body Mass Index) ค่าที่เหมาะสมสำหรับผู้ชายอยู่ระหว่าง 19 – 25 สำหรับผู้หญิงอยู่ระหว่าง 18 – 24 คำนวณได้จาก

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ความสูง (เมตร)}^2}$$

อาหารผู้ป่วยเบาหวานนั้นอาจแบ่งง่าย ๆ เป็น 3 ประเภท คือ (วิทยา ศรีมาดา. 2541: 18 – 20)

ประเภทที่ 1 ห้ามรับประทาน ได้แก่ อาหารน้ำตาล และขนมหวาน เช่น ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา น้ำผลไม้ซึ่งมีน้ำตาลประมาณร้อยละ 15 ยกเว้นน้ำมะเขือเทศมี

น้ำตาลประมาณร้อยละ 1.00 ควรดื่ม น้ำเปล่า น้ำชาไม่ใส่น้ำตาล ถ้าดื่มกาแฟ ควรดื่มกาแฟดำ ไม่ควรใส่น้ำตาล นมข้นหวาน หรือครีมเทียม ควรใส่นมจืดพร่องไขมัน หรือน้ำตาลเทียมแทน

ประเภทที่ 2 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด อาหารเหล่านี้มีสารอาหารต่ำ นอกจากนั้นยังมีกากอาหารที่เรียกว่า ไฟเบอร์ ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลงและลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้

ประเภทที่ 3 รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง (คาร์โบไฮเดรต) ปัจจุบันอาหารพวกแป้งนั้นไม่จำกัดถ้าผู้ป่วยไม่อ้วนมาก เนื่องจากรับประทานคาร์โบไฮเดรตมากขึ้นไม่ได้ทำให้ระดับน้ำตาลสะสมสูงขึ้น แต่ควรเลือกรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตที่มีคุณภาพ คือเลือกคาร์โบไฮเดรตที่มีปริมาณไฟเบอร์ (เส้นใยอาหาร) มาก และมีการดูดซึมของอาหารต่ำ

2.การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอสามารถทำให้ระดับ น้ำตาลในเลือดต่ำลงได้ เนื่องจากขณะออกกำลังกายร่างกายจะใช้พลังงาน และแหล่งพลังงานที่สำคัญที่สุดในร่างกายก็คือน้ำตาล หากออกกำลังกายให้เพียงพอร่างกายจะใช้น้ำตาลในเลือดเพื่อเปลี่ยนไปเป็นพลังงานมากพอที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้นคือด้วยปริมาณอินซูลินเท่าเดิมร่างกายจะสามารถใช้น้ำตาลได้มากขึ้นกว่าเดิม ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (เทพ หิมะทองคำ. 2543 : 92 – 94) นอกจากผลดีต่อระดับน้ำตาลในเลือดแล้วการออกกำลังกายยังก่อให้เกิดประโยชน์อีกหลายประการได้แก่น้ำหนักตัวลดลงทำให้ควบคุมเบาหวานได้ง่ายขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจน้อยลง ไขมันในเลือดลดต่ำลง การออกกำลังกายสามารถทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดต่ำลงได้ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพราะเส้นเลือดหัวใจขาดเลือด เพราะเส้นเลือดหัวใจอุดตันน้อยลง

การบริหารนับเป็นทางเลือกของการออกกำลังกายที่ดี และไม่หนักเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่สูงอายุ เพราะจะเป็นการบริหารกล้ามเนื้อและช่วยในการยืดหยุ่นของข้อต่อต่างๆได้เป็นอย่างดี การบริหารเพียงวันละ 5-10 นาที แม้จะไม่มีผลช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากนัก แต่ก็ยังเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าการไม่ได้ออกกำลังกายเลย (เทพ หิมะทองคำ. 2546: 96-106)

3. การใช้ยา ยาการรักษาโรคเบาหวานมี 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือยาซัลโฟนิลยูเรีย และยาไบกัวไนด์ ยาทั้ง 2 ชนิดใช้รักษาโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเท่านั้น โดยอาจใช้ชนิดเดียวหรือใช้ทั้ง 2 ชนิดร่วมกันก็ได้ ยาบางอย่างกินเพียงวันละ 1 ครั้ง บางอย่างกินวันละ 1 หรือ 2 ครั้ง จะกิน

มากนักอย่ากินและกินวันละกี่ครั้งแล้วแต่แผนการรักษาโดยทั่วไปนิยมกินยาก่อนอาหาร แต่ถ้าลืมกินยาหรือกินยาแล้วมวนท้องให้กินยาหลังอาหารได้ ผู้ป่วยควรรู้จักชื่อยาและควรจำลักษณะยาที่กินอยู่ด้วยเพื่อจะได้ตรวจสอบด้วยตัวเองว่าได้รับยาถูกหรือไม่

อย่างไรก็ตามยา กินเพื่อควบคุมโรคเบาหวานนั้นมีข้อจำกัด ห้ามใช้ในกรณีต่อไปนี้

3.1 ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน

3.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินที่อยู่ในภาวะต่อไปนี้ คือ กำลังตั้งครรภ์ มีน้ำตาลในเลือดสูงมาก ๆ และมีอาการรุนแรงมาก มีการติดเชื้อที่รุนแรง มีโรคตับและโรคไต

ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถใช้อาหารเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน เนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น ให้ใช้วิธีฉีดอินซูลินเพื่อควบคุมโรคเบาหวานแทน

4. การดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลสุขภาพร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิต้านทานโรคต่ำกว่าปกติจึงมีโอกาสติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น เกิดการอักเสบของผิวหนัง ช่องปาก และเท้า เป็นต้น ถ้าควบคุมเบาหวานไม่ดีปัญหาเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ง่ายและในทางกลับกันเมื่อมีปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นการควบคุมโรคจะยิ่งเลวลง ดังนั้น เพื่อการป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าวผู้ป่วยจึงควรปฏิบัติ (เทพ หิมะทองคำ. 2546: 85-91) ดังนี้

4.1 นอนหลับให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง

4.2 หลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์ เพราะจะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

4.3 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายสดชื่น และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

4.4 ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน อย่าปล่อยให้อ้วนเพราะจะทำให้การควบคุมเบาหวานยากขึ้น

4.5 ควรพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ แม้จะรู้สึกสบายดีเพื่อรับการตรวจสุขภาพและคำแนะนำที่ถูกต้อง เนื่องจากโรคแทรกซ้อนส่วนใหญ่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือมีอาการ ดังต่อไปนี้

4.5.1 สุขภาพตา ควรพบจักษุแพทย์ตรวจสุขภาพตาโดยละเอียดอย่างน้อยปีละครั้ง ถ้ามีอาการผิดปกติทางตา เช่น ตามัว ควรปรึกษาจักษุแพทย์ทันที

4.5.2 สุขภาพฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อและอักเสบ ผู้ป่วยเบาหวานควรให้ความสนใจสุขภาพฟัน คือ หมั่นรักษาความสะอาดของฟันและช่องปาก แปรงฟันอย่าง

น้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้ไหมขัดฟันเพื่อการทำความสะอาดซอกฟันให้ทั่วถึงแต่ควรระมัดระวังไม่ให้โดนเหงือก ควรพบทันตแพทย์ตรวจสุขภาพของฟันและช่องปากทุก 6 เดือน

4.5.3 สุขภาพผิวหนัง ผิวหนังจัดเป็นปราการชั้นนอกสุดในการป้องกันเชื้อโรค จึงควรมีการดูแลรักษา คือ ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะตามซอกอับชื้น เช่น ใต้ราวนม รักแร้ และขาหนีบ หลังอาบน้ำต้องเช็ดบริเวณเหล่านี้ไม่ให้อับชื้น มิฉะนั้นจะเกิดเชื้อราได้ง่าย ถ้าผิวหนังแห้ง ควรทาครีมเพื่อให้ผิวชุ่มชื้นอยู่เสมอ ถ้าเหงื่อออกมากทาแป้งฝุ่นบาง ๆ เพื่อให้รู้สึกสบายขึ้น สวมเสื้อผ้าที่สะอาดและสบาย ถ้ามีอาการอักเสบของผิวหนัง ผื่นคัน ฝีพุง ควรปรึกษาแพทย์ทันที

4.5.4 สุขภาพเท้า สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลเท้า ก็คือ การป้องกันไม่ให้เกิดแผล การละเลยต่อสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ อาจทำให้เกิดปัญหาใหญ่ขึ้นภายหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทและหลอดเลือด ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกเสื่อมลงจะมีระดับของการสูญเสียความรู้สึกแตกต่างกันมาก บางคนอาจจะเหยียบตะปู เดินเตะถูกของแข็งโดยไม่รู้สึกเจ็บ จนถึงบางคนรองเท้าหลุดไปแล้วก็ยังไม่รู้ อาการที่บ่งบอกว่ามีปัญหาเกิดขึ้น คือ อาการปวดขาเวลาเดินเมื่อหยุดพักสักครู่ก็จะหาย เป็นแผลแล้วหายซ้ำผิวหนังบริเวณเท้าและขาแห้งและปราศจากขน เป็นต้น ดังนั้นเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยที่มีปัญหาแทรกซ้อนของโรคเบาหวานควรปฏิบัติ คือ

- ล้างเท้าทุกวันด้วยสบู่อ่อน และอย่าแช่เท้าไว้ในน้ำนานกว่า 5 นาที
- เช็ดเท้าเบา ๆ ให้แห้งด้วยผ้าที่นุ่ม โดยเฉพาะระหว่างซอกนิ้วเท้าอย่าให้อับชื้น
- ตัดเล็บด้วยความระมัดระวัง ควรตัดหลังอาบน้ำ หรือแช่เท้า เนื่องจากเล็บจะนุ่ม โดยตัดขวางเป็นเส้นตรงแล้วใช้ตะไบถูให้เรียบพอดีกับเนื้อ อย่าตัดให้สั้นเกินไป
- รักษาความชุ่มชื้นของเท้าให้เหมาะสม ถ้าผิวหนังบริเวณเท้ามีลักษณะแห้งควรทาครีม ถ้าผิวหนังบริเวณเท้ามีลักษณะขึ้นง่ายก็ควรใช้แป้งฝุ่นโรย อย่าให้ครีมหรือแป้งจับตัวกันเป็นก้อนเพราะจะทำให้เกิดการหมักหมม เป็นบ่อเกิดของเชื้อโรคได้ง่าย
- เปลี่ยนถุงเท้าทุกวันและเลือกสวมถุงเท้าที่ซึมซับเหงื่อได้ดี ถุงเท้าที่ทำจากผ้าฝ้ายเหมาะสมกว่าถุงเท้าที่ทำจากใยสังเคราะห์เนื่องจากมีการถ่ายเทอากาศที่ดีกว่าและทำให้เท้าแห้งอยู่เสมอ
- เลือกรองเท้าที่มีขนาดกระชับเหมาะสมให้ความรู้สึกสบายขณะสวมใส่ รองเท้าควรทำด้วยหนังและไม่ควรเลือกขนาดที่คับเกินไปเพราะจะทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก ถ้าเท้าชาควรสวมรองเท้าหุ้มส้น การสวมรองเท้าใหม่ควรค่อย ๆ ใส่ให้ชิน โดยลองสวมใส่

วันละ 1-2 ชั่วโมงก่อน

- ปกป้องเท้าอยู่เสมอโดยหลีกเลี่ยงการเดินเท้าเปล่าไม่ว่าจะเป็นในหรือนอกบ้าน
- สักรวดดูเท้าทุกวันว่ามีบาดแผล ตุ่มพอง รอยแดง เขียวช้ำ และรอยแตกหรือไม่ ถ้ากำลงมองไม่สะดวกควรใช้กระจกส่องดู
- ก่อนสวมรองเท้าทุกครั้งควรตรวจสอบภายในก่อนว่ามีวัตถุหรือสิ่งแปลกปลอมใดๆ อยู่หรือไม่ เช่น กรวด ทราย
- ออกกำลังกายบริเวณขาและเท้าอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 15 นาที เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดตามขาและเท้าดีขึ้น
- สิ่งที่คุณป่วยเบาหวานไม่ควรปฏิบัติ คือ ไม่ควรเดินเท้าเปล่า ไม่ควรวางกระป๋องน้ำร้อนบนขาหรือแช่เท้าในน้ำอุ่นโดยเด็ดขาด ไม่ควรตัดหนังแข็ง ๆ หรือตาปลาออกเอง ไม่ควรสูบบุหรี่เพราะการสูบบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดอุดตันทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง

ความรู้เกี่ยวกับแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

แผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเกิดได้จากหลากหลายปัจจัย (Multi-factorial) ในผู้ป่วยบางรายแผลอาจเกิดจากการบาดเจ็บธรรมดา เช่น ถูกของมีคมบาด กระแทกถูกของแข็ง เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเกิดจากอุบัติเหตุ จึงเกิดขึ้นไม่บ่อยและรักษาไม่ยากนัก แต่สิ่งที่เป็ปัญหา คือ มีปัจจัยบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บซ้ำ ๆ (repeated trauma) หรือมีการบาดเจ็บตลอดเวลา (continuous trauma) สิ่งเหล่านี้จะทำให้แผลลุกลามและรักษาได้ยากยิ่งกว่า ดังมีการศึกษาไว้มากมาย

1. **ประสาทส่วนปลายเสื่อม (Peripheral sensorimotor neuropathy)** เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดและเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดแผล เนื่องจากขาดความรู้สึกรู้สึกในการป้องกันตนเอง ดังนั้นจึงทำให้ไม่รู้สึกลักษณะเกิดการบาดเจ็บและทำให้เกิดรอยขีดข่วนบนผิวหนังได้ การเกิดเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ขึ้นกับระยะเวลาของการเกิดเบาหวาน แต่ความชุกนั้นขึ้นอยู่กับวิธีการและกฎเกณฑ์ในการวินิจฉัยของแต่ละสถาบัน ดังมีผู้ศึกษาพบว่าเมื่อติดตามผู้ป่วยเบาหวานไปมากกว่า 25 ปีจะมีผู้ป่วยที่มีอาการของเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมถึงร้อยละ 50.00 นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมถึงร้อยละ 28.50 และมากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ผู้ป่วยเบาหวานที่มาด้วยเรื่องแผลที่เท้าพบว่า มีเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมเพียงอย่างเดียวร้อยละ 45.00 – 60.00 และมีภาวะเส้นเลือดส่วนปลายตีบร่วมด้วยร้อยละ 45.00 แต่แผลที่เกิดจากภาวะเส้นเลือดส่วนปลายตีบอย่างเดียวพบได้น้อยมาก

การศึกษาแผลที่เท้าในผู้ป่วยไทยที่เป็นเบาหวานพบว่า ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม การที่สายตาเห็นไม่ชัด และการควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี เป็นปัจจัยที่สำคัญมากกว่าภาวะหลอดเลือดปลายทางตีบ

อาการที่พบบ่อยของเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมคืออาการชา ปวดเหมือนไฟฟ้าช็อต ปวดเหมือนถูกเข็มทิ่มแทง ปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนมีตัวมดมาไต่ ตัวไรมาตอมและมักจะเกิดอาการมากในเวลากลางคืน จากการตรวจร่างกายมักจะพบว่ามีการสูญเสียความรู้สึกและมีอาการชาในบริเวณที่สวมถุงมือและถุงเท้า (Glove and stocking distribution) แต่แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการชาแต่อาการปวดก็พบร่วมด้วยได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม โดยอาการปวดอาจจะพบได้ถึงร้อยละ 33.00 ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ดังนั้นผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้าโดยไม่มีอาการในระยะแรก แต่ต่อมาเกิดอาการปวดแดงกว่าภาวะติดเชื้อที่เท้านั้นเลวลง ส่วนเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อก็พบว่ามีการสูญเสียได้ ในผู้ป่วยที่มีเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อเล็ก ๆ ในฝ่าเท้าลีบลง และก่อให้เกิดความไม่สมดุลระหว่าง กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่งอและเหยียดเป็นผลให้เกิดนิ้วเท้าจิกลงคล้ายกรงเล็บ การยื่นผิดปกติของกระดูกฝ่าเท้าและการเคลื่อนไปข้างหน้าของไขมันที่รองรับน้ำหนักที่เท้า ก่อให้เกิดแรงกดในบริเวณฝ่าเท้าสูงขึ้นและทำให้เกิดแผลตามมา

การลงน้ำหนักและท่าทางการเดินก็พบว่ามีความผิดปกติในผู้ป่วยเบาหวานที่มีเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ทำให้การกระจายน้ำหนักของฝ่าเท้าผิดปกติและเกิดแรงกดสูงขึ้นในบริเวณฝ่าเท้า นอกจากนี้ท่าทางการเดินที่ผิดปกติยังจะทำให้หกล้มง่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาทางด้านการมองเห็นอยู่แล้ว

ส่วนผู้ป่วยที่เดินไม่ได้หรือนอนเป็นอัมพาตอยู่แต่บนเตียง ก็สามารถเกิดแผลที่เท้าได้เช่นกันโดยเฉพาะผู้ที่ต้องนอนนิ่งๆ บนเตียงเป็นเวลานาน เช่น การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกบริเวณเท้า การนอนนิ่ง ๆ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมนานๆ เป็นผลให้ส้นเท้าและด้านข้างของข้อเท้าเกิดแผลกดทับ ซึ่งจะก่อให้เกิดการติดเชื้อและแผลเน่าตายตามมาในที่สุด

2. ประสาทอัตโนมัติเสื่อม (Autonomic neuropathy) ภาวะประสาทอัตโนมัติในการควบคุมต่อมเหงื่อเสื่อมไป ทำให้ผิวหนังของเท้าเกิดความแห้งและลีบลงรวมทั้งทำให้เกิดตาปลา (Callus) ขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ยังผลให้มีรอยแตกของผิวหนังได้ง่ายและก่อให้เกิดการติดเชื้อตามมา นอกจากนี้การเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic) จะทำให้เส้นเลือดเล็ก ๆ ขยายตัว ก่อให้เกิดการลัดทางของเลือดแดงและเลือดดำ (Arteriovenous shunting) การขยายตัว

ของเส้นเลือดแดงเล็ก ๆ เหล่านี้ทำให้เพิ่มปริมาณเลือดและเพิ่มความดันโลหิตในเส้นเลือดฝอยทำให้เส้นเลือดฝอยตีบแข็งเมื่อร่วมกับภาวะการอุดตันทางของเลือดแดงและเลือดดำ จึงทำให้เนื้อเยื่อขาดสารอาหารรวมทั้งออกซิเจน ส่งผลให้เกิดแผลได้ง่าย

3. ความผิดปกติของหลอดเลือด (Peripheral vascular disease) ทั้งหลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดฝอยอาจจะผิดปกติได้ในผู้ป่วยเบาหวาน ความผิดปกติของหลอดเลือดฝอย คือการที่หลอดเลือดสูญเสียการควบคุมการไหลเวียนโลหิตอัตโนมัติ เพิ่มการอุดตันของเลือดและเลือดดำ สูญเสียการเพิ่มเลือดไปเลี้ยงในบริเวณที่บาดเจ็บ รวมทั้งการหนาตัวของผนังของเส้นเลือด ส่วนความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ คือการเกิดคราบไขมัน (Atherosclerotic plaque) ซึ่งเหมือนกับที่เกิดในผู้ป่วยอื่น ๆ แต่มีข้อแตกต่าง คือ ความผิดปกติที่เกิดในผู้ป่วยเบาหวานมักพบในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า การดำเนินโรคเร็วกว่า และมักเกิดในเส้นเลือดส่วนปลายมากกว่า ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเส้นเลือดแดงใหญ่ตีบแข็ง คือ การสูบบุหรี่ ไขมันสูงในเลือด ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนและภาวะน้ำตาลสูงในเลือด การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ที่สำคัญที่สุด นอกจากนี้การสูบบุรียังทำให้เกิดเส้นเลือดหดตัว ทำให้เลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติ และทำให้การซ่อมแซมแผลช้าลงเนื่องจากการลดลงของออกซิเจนในเนื้อเยื่อบริเวณนั้น แม้ว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดดังกล่าว ปัญหาเหล่านี้กลับไม่ใช่สาเหตุโดยตรงในการเกิดแผลแต่เมื่อมีแผลเกิดขึ้นจะทำให้แผลหายช้าลง และเพิ่มโอกาสในการถูกตัดเท้า

4. การจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อ (Limited joint mobility) ในภาวะน้ำตาลในเลือดสูงนาน ๆ จะก่อให้เกิดการเกาะตัวของน้ำตาลใน Collagen ทำให้มีการหนาตัวและการเพิ่มจำนวนของ collagen ความผิดปกตินี้ทำให้ผิวหนังหนาขึ้นและทำให้การขยับของข้อต่าง ๆ ถูกจำกัดไปด้วย ถ้าเกิดในข้อเท้าจะทำให้เพิ่มแรงกดในบริเวณฝ่าเท้า และก่อให้เกิดแผลที่เท้าง่ายขึ้น ถ้าการเคลื่อนไหวที่หัวแม่เท้าถูกจำกัดหรือที่เรียกว่า "Hallux rigidus" จะทำให้เกิดแผลที่หัวแม่เท้าได้ง่าย เนื่องจากไม่สามารถกระดกหัวแม่เท้าขณะยกเท้าเดิน

5. ความผิดปกติของแรงกดในฝ่าเท้า (Foot pressure abnormalities) ภาวะเสื่อมของเส้นประสาทที่คุมกล้ามเนื้อ การจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อ และการเกิดตาปลาทำให้เกิดแรงกดในบริเวณฝ่าเท้าสูงขึ้น การเกิดตาปลาทำให้เหมือนมีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในบริเวณนั้น ตาปลาเองสามารถเพิ่มแรงกดในบริเวณนั้นได้ถึงร้อยละ 30.00 เท้าผิดรูปซึ่งเกิดจากเส้นประสาทเสื่อม ผิดรูปมาแต่กำเนิดหรือเกิดภายหลังการผ่าตัดเท้า จะก่อให้เกิดแรงกดผิดปกติที่ฝ่าเท้า ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการถูกตัดเท้าด้วย ส่วนอายุและน้ำหนักตัวกลับไม่มีผลต่อแรงกดในบริเวณฝ่าเท้า แรงกดในบริเวณฝ่าเท้าที่สูงจะลดการไหลของเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณผิวหนังทำให้ผิวหนังเกิด

การขาดเลือดและเกิดเนื้อตายได้ แต่ความผิดปกติของประสาทรับความรู้สึกก็เป็นสาเหตุสำคัญในการก่อให้เกิดแผล เพราะหากความรู้สึกยังดีเมื่อเกิดความเจ็บปวดจากการอักเสบ จะทำให้มีการพักเท้าก่อนที่จะเกิดแผล ดังนั้นการมีแรงกดในบริเวณฝ่าเท้าสูงอย่างเดียวโดยไม่มี ความผิดปกติของประสาทรับความรู้สึก จะไม่ทำให้เกิดแผลที่เท้า

6. การบาดเจ็บของเท้า (Trauma to the foot) การบาดเจ็บนั้นอาจเกิดจากของทุ้มหรือของมีคม แต่ที่พบบ่อย ๆ คือ การบาดเจ็บซ้ำ ๆ ในขณะเดินหรือทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่เกิดจากรองเท้า (Shoe related trauma) ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุของแผลที่เท้าได้บ่อย ๆ

7. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ซึ่งมีรายงานว่าอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า เช่น ไตวายเรื้อรัง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี อายุมาก สายตาไม่ดี รวมทั้งภาวะทุพโภชนาการ

กลไกในการเกิดแผลที่เท้า

สาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเกิดแผลบริเวณผิวหนัง คือการเสียดสีและแรงกดในบริเวณนั้นเป็นเวลานานๆ ภาวะเหล่านี้หากเกิดในเท้าของคนปกติ จะทำให้ผู้นั้นเปลี่ยนท่าทางในการเดินและการลงน้ำหนักเพื่อให้บริเวณนั้นลดการเจ็บปวดลง แต่ในผู้ป่วยเบาหวานนั้นจะรู้สึกเจ็บปวดทำให้ไม่เปลี่ยนท่าในการลงน้ำหนัก เมื่อเกิดแผลบนผิวหนังแล้วผู้ป่วยยังคงเดินอยู่จะทำให้เกิดแรงกดซ้ำๆ บนแผลนั้น และจะดันให้แบคทีเรียลึกเข้าไปในเนื้อเยื่อที่ยังไม่ติดเชื้อ รวมทั้งเส้นเอ็นและกระดูกส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่กล่าวมาแล้วจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดแผลได้ง่ายขึ้น นอกจากปัจจัยเหล่านี้แล้วปัจจัยอื่นๆ เช่น แอลกอฮอล์ก็มีส่วนในการเกิดแผล มีผู้ศึกษาพบว่าแผลที่เท้าจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานที่ดื่มเหล้ามากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มเหล้า และภาวะเบาหวานเองนั้นก็ทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวทำหน้าที่เสื่อมลง ซึ่งจะก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

ปัจจัยเสี่ยงในการถูกตัดเท้า

ความเสี่ยงในการถูกตัดเท้านั้นมีตั้งแต่ร้อยละ 2.00 ถึงร้อยละ 16.00 ขึ้นกับแต่ผลงานวิจัย แต่อัตราการถูกตัดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานนั้นสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวานถึง 15 – 46 เท่า ปัจจัยเสี่ยงในการถูกตัดเท้านั้นเหมือนกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้าซึ่งมีความแตกต่างกันเล็กน้อย ดังต่อไปนี้

1. การติดเชื้อ (Infection) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การตัดเท้า การรักษาภาวะติดเชื้อที่ไม่ดีจะทำให้แผลไม่ติด และเมื่อเชื้อแพร่กระจายออกไป จะทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือด

และเกิดเนื้องอก ซึ่งจะนำไปสู่การถูกตัดเท้าเพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อลุกลามมากขึ้น การติดเชื้อบางอย่างที่ยังไม่ลุกลามแต่อาจต้องตัดเนื้อหรือกระดูกที่ติดเชื้อบางส่วนออกก่อน เช่น การติดเชื้อในกระดูก (Osteomyelitis)

2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glycemic control) มีงานวิจัยไม่น้อยที่พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี จะเพิ่มความเสี่ยงในการถูกตัดเท้า ซึ่งอาจจะไม่ได้เกิดจากผลของระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงโดยตรง แต่น่าจะเกิดจากโรคแทรกซ้อนของเบาหวานเช่น ไตวาย เบาหวานขึ้นตา รวมทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งทำให้เส้นเลือดส่วนปลายตีตันมากกว่า

3. ประวัติของการถูกตัดเท้ามาก่อน (History of foot amputation) เป็นปัจจัยทำนายการถูกตัดเท้าในอนาคตได้ดีที่สุด อาจเป็นเพราะว่าผู้ที่เคยถูกตัดเท้ามาก่อนนั้น มีกลไกและปัจจัยต่าง ๆ พร้อมเพียงพอที่ทำให้เกิดแผลและถูกตัดเท้าไปแล้ว กลไกและปัจจัยเหล่านั้นถ้ายังคงมีอยู่ย่อมจะก่อให้เกิดแผล และนำไปสู่การตัดเท้าได้เหมือนเดิมในอนาคตซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดการตัดเท้าซ้ำเดิมแต่ในตำแหน่งที่สูงขึ้นหรือตัดเท้าข้างตรงข้ามหลังจากตัดเท้าข้างหนึ่งไปแล้ว

ความรู้เกี่ยวกับบาดแผลและการหายของแผล

บาดแผล คือการที่เนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลายหรือมีการฉีกขาดเกิดขึ้นจากสาเหตุใดก็ตาม บาดแผลจำแนกออกเป็นชนิดต่างๆ ได้หลายวิธีด้วยกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าบาดแผลนั้นมีการติดเชื้อหรือไม่ มีลักษณะการทำลายผิวหนังและเนื้อเยื่อของร่างกายอย่างไร สาเหตุที่ทำให้เกิดบาดแผล และลักษณะของแผลที่ปรากฏ จึงมีชื่อเรียกได้แตกต่างกันดังนี้

การแบ่งตามความสะอาดและการปนเปื้อน (วิจิตรา กุสุมภ์.2546: 8)

1. แผลสะอาด (clean wound) เป็นแผลทางศัลยกรรมที่ไม่มีการติดเชื้อ ไม่มีการปนเปื้อนเกี่ยวกับทางเดินอาหาร ทางอวัยวะสืบพันธุ์ หรือทางเดินปัสสาวะ ถ้าใส่ท่อระบาย (drain) จะต้องเป็นท่อระบายสิ่งคัดหลั่งชนิดระบบปิด (close drainage)

2. แผลสะอาด – ปนเปื้อน (clean to contaminate wound) เป็นแผลที่มีการติดเชื้อหรือมีการปนเปื้อนเกี่ยวกับระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ แต่สามารถควบคุมการติดเชื้อไว้ได้

3. แผลปนเปื้อน (contaminate wound) ได้แก่ แผลเปิด แผลสด แผลจากอุบัติเหตุ แผลผ่าตัดใหญ่ ซึ่งอาจปนเปื้อนกับระบบทางเดินอาหาร แต่เป็นแผลที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่มีหนอง

4. แผลสกปรกหรือแผลติดเชื้อ (dirty or infected wound) ได้แก่ แผลผ่าตัดที่มีการติดเชื้อก่อนผ่าตัด แผลบาดเจ็บจากทางอุบัติเหตุมีอวัยวะภายในยื่นออกมาภายนอก หรือมีการแตกทะลุของอวัยวะภายใน

การกระทำที่ส่งเสริมให้แผลหายเร็ว

ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของเนื้อเยื่อได้กล่าวไว้ นอกเหนือจากนั้นยังมีการกระทำ 10 ประการที่สามารถส่งเสริมให้แผลหายเร็ว ดังนี้

1. ป้องกันไม่ให้แผลมีการติดเชื้อ โดยใช้เทคนิคการทำแผลที่ปราศจากเชื้อ และการให้ภูมิคุ้มกันที่เหมาะสม เช่น การให้ยาป้องกันโรคบาดทะยักสำหรับผู้ที่แผลมีการปนเปื้อนดิน ซึ่งอาจมีเชื้อบาดทะยักอาศัยอยู่

2. ป้องกันไม่ให้แผลได้รับอันตรายเพิ่มขึ้น จากการขีดข่วน ดึงรั้ง กดทับเนื้อเยื่อ บริเวณแผล

3. ถ้าแผลนั้นมีท่อระบายใส่ไว้ ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ช่วยให้สิ่งตกค้างในแผลไหลซึมออกทางท่อระบายได้ ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยมีแผลอยู่ที่ด้านข้างลำตัว ควรให้นอนตะแคงข้างที่มีแผลเพื่อช่วยให้สิ่งตกค้างไหลออกจากแผลดีขึ้น

4. ถ้าแผลมีการติดเชื้อ ควรให้การติดเชื้ออยู่เฉพาะที่ ซึ่งทำได้โดยการประคบแผลด้วยความร้อนและให้บริเวณแผลอยู่นิ่ง ความร้อนจะช่วยให้เลือดไหลมาเลี้ยงบริเวณแผลเพิ่มขึ้น ซึ่งจะนำออกซิเจน อาหาร และภูมิคุ้มกันมายังเนื้อเยื่อบริเวณแผล ส่วนการจำกัดการเคลื่อนไหวตำแหน่งที่มีแผลจะช่วยให้การอักเสบไม่ลุกลามไปยังบริเวณใกล้เคียง

5. ยกส่วนที่มีการอักเสบให้สูงกว่าระดับหัวใจ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้การไหลกลับของเลือดดำ และการไหลเวียนของน้ำเหลืองเป็นไปได้สะดวกขึ้น ซึ่งทำให้การบวมของแผลลดลง และการไหลเวียนของเลือดบริเวณแผลดีขึ้น

6. การใช้ความเย็นประคบแผลฟกช้ำ ในระยะแรกจะช่วยให้หลอดเลือดเฉพาะที่บริเวณนั้นมีการหดตัว ซึ่งผลที่ตามมาคือช่วยป้องกันไม่ให้เลือดไหลออกมายังเนื้อเยื่อส่วนนั้น และการประคบความเย็นทำให้อาการบวมลดลงได้ การฟกช้ำที่ฟกช้ำจะสามารถช่วยลดอาการบวมและทำให้มีเลือดออกน้อยลงได้เช่นกัน

หลักทั่วไปเกี่ยวกับการหายของแผล

1. การหายของแผลเกิดขึ้นได้ 2 วิธีคือ โดยการซ่อมแซมเซลล์ส่วนที่เกิดบาดแผล และการที่เนื้อเยื่อออกขึ้นใหม่ ถ้าขนาดของแผลไม่ใหญ่และเซลล์ไม่ถูกทำลายทั้งหมด เซลล์สามารถซ่อมแซมส่วนที่มีบาดแผลได้เอง ถ้าส่วนนั้นได้พักและได้รับอาหารพอเพียงของร่างกายหลายแห่งสามารถงอกขึ้นใหม่ได้ และเซลล์ใหม่นี้จะทำหน้าที่ได้เหมือนของเดิม สำหรับเนื้อเยื่อของระบบประสาท เนื้อเยื่อที่ยึดหดได้และเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อถ้าสามารถงอกขึ้นใหม่ได้ จะงอกได้ค่อนข้างช้า

2. โดยปกติผิวหนังและเยื่อเมือกที่บุตามช่องต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งปกคลุมร่างกายอยู่นั้น มีจุลินทรีย์อาศัยอยู่ ดังนั้นการใช้น้ำยาระงับเชื้อทำความสะอาดแผล และผิวหนังบริเวณรอบๆ แผลจะช่วยลดจำนวนจุลินทรีย์ในบริเวณนั้น ซึ่งมีผลทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้อลดลง

3. การมีสารไลโซไซม์ (Lysozyme) ซึ่งเป็นเอนไซม์ชนิดหนึ่งที่อยู่ในน้ำคัดหลั่งของผิวหนัง เยื่อบุจมูก และน้ำลาย สารนี้มีคุณสมบัติยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียหลายชนิด ดังนั้นสารนี้โดยธรรมชาติจึงเป็นเสมือนด่านกั้นไม่ให้เกิดการติดเชื้อเกิดขึ้นกับผิวหนังและเยื่อเมือก

4. ผิวหนังตามปกติของคนจะแห้ง แต่ถ้าผิวหนังเปียกชื้นมากจะเป็นอยู่ตลอดเวลาจะทำให้ผิวหนังเปื่อยยุ่ย และในทางตรงกันข้ามหากผิวหนังแห้งมากๆ จะทำให้เกิดการตกรสะเก็ดและแตกง่ายเช่นกัน เยื่อเมือกซึ่งปกติแล้วจะชุ่มชื้น ดังนั้นถ้าเยื่อเมือกแห้งมาก จะมีผลทำให้ความสะอาดของบริเวณเยื่อเมือกส่วนนั้นลดลง ซึ่งปกติแล้วเยื่อเมือกจะหลั่งสารที่ช่วยให้บริเวณนั้นอยู่ในสภาพปกติ

5. ระบบการไหลเวียนเลือด เลือดเป็นตัวนำออกซิเจน อาหาร และภูมิคุ้มกัน ไปยังแผลซึ่งจะช่วยให้แผลหาย ดังนั้นปัจจัยใดก็ตามที่มีผลทำให้การไหลเวียนเลือดเป็นไปไม่ได้ไม่ดี จะมีผลกระทบต่อกระบวนการหายของแผลได้ นอกจากนี้ปัจจัยที่กีดกันการไหลออกของสิ่งสกปรก และสารพิษจากแผลสามารถยับยั้งกระบวนการหายของแผลได้เช่นกัน

6. การหายของแผลที่ปกติจะเกิดขึ้นจากส่วนที่อยู่ลึกสุดมายังส่วนบน สิ่งแปลกปลอมใดก็ตาม เช่น ดิน ทราย เศษแก้ว เศษโลหะ เศษชิ้นกระดูกที่หัก หรือท่อระบายที่แพทย์ผู้ทำผ่าตัดใส่ไว้ที่แผล จะขัดขวางการหายของแผลตรงส่วนนั้น ดังนั้นถ้าผิวหนังบริเวณแผลหายโดยที่มีสารแปลกปลอมตกค้างอยู่ สารที่ตกค้างอยู่นี้จะทำให้เกิดเป็นหนองหรือฝีขึ้นมาภายหลังได้

ปัจจัยที่ทำให้แผลหายช้า

กระบวนการหายของแผลมีหลายระยะ แผลไม่หายเกิดจากระยะต่าง ๆ ของกระบวนการเหล่านี้เสียไป ปัจจัยที่ทำให้แผลหายช้าลงเกิดขึ้นได้ทั้งจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล

1. ปัจจัยภายใน

1.1 การติดเชื้อ มีผลทำให้ปฏิกิริยาตอบโต้การอักเสบยาวนานขึ้น และแผลหายช้าลง แผลจะไม่หายขณะที่การติดเชื้อยังมีอยู่ การติดเชื้อจะเกิดขึ้นเมื่อกลไกการป้องกันของร่างกายอ่อนแอ ทำให้แบคทีเรียที่มีอยู่ในร่างกายตามปกติเพิ่มมากขึ้น และมากเกินไปที่กลไกการป้องกันของร่างกายจะปกป้องได้ ในภาวะปกติจะตรวจพบแบคทีเรียได้อย่างมากที่สุด 100,000 หรือ 10^5 ตัว ต่อเนื้อเยื่อ 1 กรัม ถ้าตรวจพบมากกว่านี้ร่างกายจะไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวและการรุกราน มีผลทำให้เกิดการติดเชื้อนั้น การวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ทำได้โดยนำสิ่งปลดปล่อยจากแผลไปเพาะเชื้อแล้วนับจำนวนแบคทีเรีย ซึ่งได้ระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ในระหว่างที่รอผลอยู่นี้แพทย์มักจะให้ยาปฏิชีวนะชนิดครอบคลุมจักรวาลไปก่อนจนกว่าจะทราบชนิดแบคทีเรียที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ และยาที่ไวต่อการฆ่าเชื้อ

1.2. ก้อนเลือด (Hematoma) เกิดขึ้นจากเลือดที่ออกแล้วรวมตัวกันเป็นก้อน โดยทั่วไปแล้วก้อนเลือดที่ตกค้างอยู่ในแผลจะถูกดูดกลับเข้าระบบการไหลเวียนที่ละน้อย อย่างไรก็ตามหากเป็นก้อนเลือดขนาดใหญ่ การดูดซึมกลับต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์ ทำให้ขัดขวางกระบวนการหายของแผล ซึ่งก้อนเลือดขนาดใหญ่นี้ควรจะเอาออก เพราะทำให้แผลหายช้า

1.3. สิ่งแปลกปลอม (Foreign body) เป็นต้นว่า ดิน ทราช เศษชิ้นไม้ ก้างปลา เชื้อโรค ซึ่งจะทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลงได้เช่นกัน และถ้าไม่เอาออกจะกลายเป็นฝีหรือโพรงหนอง (abscess) ขึ้น ฝีนี้เกิดขึ้นจากการรวมตัวของน้ำเหลือง ไฟบริน เนื้อเยื่อที่ตาย และเม็ดเลือดขาว ซึ่งมีลักษณะเป็นของเหลวข้นที่เรียกว่าหนอง ถ้ายังปล่อยให้สิ่งแปลกปลอมที่ตกค้างอยู่ในแผล จะมีหนองเพิ่มขึ้นและอาจจะระบายออกโดยผ่านทะลุออกมาที่ผิวหนังหรือดูดซึมกลับเข้าทางระบบน้ำเหลือง

1.4. การขาดเลือด (Ischemia) การมีเลือดไปเลี้ยงแผลเพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการหายของแผล เมื่อแผลได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ซึ่งอาจเป็นผลจากมีความผิดปกติของ หัวใจ หลอดเลือด ปอด ก็จะทำให้เกิดการขาดออกซิเจนทำให้แผลได้รับออกซิเจน อาหาร และการมีปฏิกิริยาตอบโต้ต่าง ๆ ของเซลล์ลดลง ทั้งนี้เพราะเม็ดเลือดชนิดนิวโทรฟิลส์ต้องการออกซิเจนในการสร้างไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ เพื่อใช้ทำลายแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรค นอกจากนี้การขาดออกซิเจนยังทำให้เซลล์สร้างเส้นใย (Fibroblast) และคอลลาเจน (Collagen) งอกช้าลง

การสูบบุหรี่ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว และขาดออกซิเจน ผังหลอดเลือดแข็งตัวและเกล็ดเลือดรวมตัวกันทำให้เลือดมีความหนืด ภาวะต่างๆ เหล่านี้ทำให้ออกซิเจนมาเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ส่งผลให้แผลหายช้าได้

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่ทำให้เกิดการขาดเลือดเฉพาะแห่ง เนื่องจากการอุดตันของการไหลเวียนเลือดมาที่ตำแหน่งนั้น การปิดแผล การใช้ผ้าพัน การใส่เฝือกที่แน่นเกินไป การมีก้อนเลือดอุดตันอยู่ภายในหลอดเลือด การบวม ก็จะทำให้เลือดมาเลี้ยงส่วนนั้นได้น้อยลง หรือขาดเลือด ทำให้แผลหายช้า

2. ปัจจัยภายนอก

2.1. ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการหายของแผลหลายด้าน การขาดโปรตีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรดอะมิโนซิสทีน (Aminocysteine) ทำให้การสังเคราะห์คอลลาเจน และเม็ดเลือดขาวลดลง การขาดไขมัน แป้งและน้ำตาล ทำให้การหายของแผลในทุกระยะช้าลง เนื่องจากโปรตีนในร่างกายถูกนำมาใช้เป็นพลังงาน นอกจากนี้การขาดวิตามินก็ทำให้การสร้างคอลลาเจน ภูมิคุ้มกัน และการแข็งตัวของเลือดช้าลง จะเห็นได้ว่าถ้าร่างกายขาดอาหารที่มีคุณค่าต่าง ๆ เหล่านี้ก็จะทำให้แผลหายช้า

2.2. วัยสูงอายุ (Elderly) ในคนสูงอายุร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบในระยะแรกลดลงมีผลทำให้กระบวนการหายของแผลช้า วัยสูงอายุมักจะพบว่ามี การไหลเวียนเลือดช้า ทำให้กระบวนการที่เม็ดเลือดขาวเคลื่อนย้ายไปที่ตำแหน่งแผล และกินเชื้อโรคช้าลง นอกจากนี้การที่ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และมีความผิดปกติร่วมด้วย จึงทำให้การหายของแผลเป็นไปได้ช้า

2.3. เบาหวาน (Diabetes) เป็นความผิดปกติที่มีแนวโน้มทำให้การหายของแผลช้าลง เนื่องจากการสูญเสียการสังเคราะห์คอลลาเจน การเกิดหลอดเลือด และกระบวนการกินเชื้อโรคลดลง คนที่เป็นโรคเบาหวานมักพบหลอดเลือดขนาดเล็กมีการแข็งตัว ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน โรคเบาหวานที่มีพยาธิสภาพทางประสาท การหายของแผลช้า เนื่องจากประสาทที่ควบคุมกระบวนการหายถูกขัดขวางเป็นผลทำให้หลอดเลือดขยายตัวลดลง และการรับรู้ความเจ็บปวดลดลง

2.4. สเตียรอยด์ การใช้ยาสเตียรอยด์จะทำให้แผลหายช้า โดยไปทำให้มีการยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจน การได้รับวิตามินเอที่เพียงพอจะช่วยลดปัญหาแผลหายช้าในผู้ที่ได้รับยาสเตียรอยด์ได้

ชนิดการหายของแผล

การหายของแผลแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การหายของแผลชนิดที่หายได้เองและรวดเร็ว (Primary union) การหายของแผลชนิดนี้แผลต้องสะอาด ไม่มีการติดเชื้อ ขอบแผลเรียบและชิดกัน เช่น แผลผ่าตัดซึ่งแพทย์เย็บ

ขอบแผลให้ติดกันไว้หรือแผลมีขนาดซึ่งขนาดแผลเล็กและผู้ทำแผลใช้สำลีหรือผ้าก๊อสดึงปากแผลปิด เนื่องจากการสร้างแกรนูเลชัน ของแผลประเภทนี้มีน้อย แผลจึงหายได้เร็วและมีแผลเป็นเกิดขึ้นน้อยมาก

2. การหายของแผลชนิดที่ต้องมีการสร้างเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน การหายของแผลชนิดนี้พบในแผลที่มีขนาดใหญ่ ขอบแผลแยกออกจากกัน หรือแผลมีการติดเชื้อ มีหนอง และภายหลังจากที่เอาหนองออกแล้วจะเกิดเป็นโพรงขึ้น ทำให้ต้องมีการสร้างเนื้อเยื่อแกรนูเลชันมากกว่าชนิดแรก ระยะเวลาในการหายของแผลชนิดนี้จึงยาวนานตามความกว้างและลึกของแผล และเมื่อแผลหายแล้วจะมีแผลเป็นเกิดขึ้นใหญ่เท่ากับขนาดของแผลนั้น ตัวอย่างเช่น การหายของแผลเปื่อยกดทับ

3. การหายของแผลชนิดที่มีการเย็บใหม่ (Secondary suture) เป็นชนิดที่รวมการหายของแผล 2 ชนิดแรกเข้าด้วยกัน ซึ่งการหายของแผลชนิดนี้จะทำได้ใน 2 ลักษณะด้วยกัน คือเปิดปากแผลไว้ โดยเย็บขอบแผลแต่ไม่ผูกด้าย หรือไหมที่เย็บเข้าหากัน (delayed suture) ในตอนแรก และเมื่อแผลได้รับการดูแลรักษาจนแน่ใจว่าไม่มีการติดเชื้อเกิดขึ้นแล้วจึงผูกไหมที่เย็บขอบแผลเข้าหากัน หรือเปิดปากแผลออกหลังจากที่แผลที่เย็บไว้แล้วนั้นมีการติดเชื้อ เมื่อเนื้อแผลสะอาดและมีการสร้างเซลล์ขึ้นใหม่ดีแล้ว จึงเย็บขอบแผลเข้าหากันใหม่อีกครั้งหนึ่ง (resutured)

ลักษณะการหายของแผลที่ดี

โดยทั่ว ๆ ไปแล้วการหายของแผลจะเป็นชนิดแรก กล่าวคือ ถ้าแผลสะอาด ขอบแผลเรียบและชิดกัน ไม่มีการติดเชื้อ แผลจะหายได้ในระยะเวลาสั้น อย่างไรก็ตามการหายของแผลที่ดีลักษณะแผลต้องเป็นดังนี้

1. เนื้อเยื่อบริเวณแผลควรมีสีแดง ซึ่งแสดงว่าร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบตามธรรมชาติ

2. แผลควรมีน้ำเหลืองไหลออกจำนวนหนึ่ง ซึ่งน้ำเหลืองที่ออกมาแสดงว่ามีเลือดไหลมาที่แผลได้ดี ปริมาณน้ำเหลืองที่ไหลออกย่อมขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็นแผล ดังเช่น แผลบริเวณฝีเย็บหรือทวารหนัก โดยทั่วไปแล้วจะมีน้ำเหลืองมาก แผลบริเวณหน้า คอ จะมีน้ำเหลืองเพียงเล็กน้อย

น้ำเหลืองที่ไหลออกจะมีลักษณะเป็นน้ำใส สีเหลือง หรือสีน้ำตาลเนื่องจากมีเลือดเก่าปนอยู่ด้วย ปกติแล้วแผลที่เกิดขึ้น 2 – 3 วันแรก สิ่งที่ไหลออกจากแผลจะมีลักษณะเป็นเลือด (sanguineous drainage) ถ้าเป็นเลือดที่ออกใหม่จะมีสีแดงสด แต่ถ้าเลือดที่ออกเป็นเลือด

เก่าตกค้างอยู่จะมีสีแดงคล้ำ ในวันต่อ ๆ มาสิ่งที่ไหลออกจะมีลักษณะของน้ำเหลืองปนเลือด ซึ่งจะมีสีเหลืองปนน้ำตาล (Serosanguineous drainage) หรือมีแต่เฉพาะน้ำเหลือง (serous drainage) ซึ่งมีสีเหลืองและเป็นน้ำใส

3. อาจพบก้อนเลือดที่แผล ซึ่งก้อนเลือดนี้จะเป็นโครงร่างสำหรับให้มีการออกของเนื้อขึ้นมาใหม่ในแผล

4. เนื้อแผลจะงอกขึ้นจนเต็มแผล และลักษณะเนื้อเยื่อที่งอกขึ้นมีสีชมพูอมแดง

5. โดยปกติแล้วแผลที่ลึกมักจะต้องใส่ท่อระบายเพื่อเปิดปากแผลไว้ จนกว่าเนื้อบริเวณก้นแผลจะหายดี แผลลึกการหายจะต้องเริ่มจากส่วนล่างสุดเพื่อสิ่งที่ไหลออกจะได้ไม่ตกค้างอยู่ภายในแผล ทั้งนี้เพราะผิวหนังงอกขึ้นใหม่ได้เร็วกว่าเนื้อที่อยู่ลึก ซึ่งอาจจะทำให้ปากแผลปิดก่อนที่ก้นแผลจะหายได้

6. แผลส่วนใหญ่แล้วเนื้อเยื่อจะงอกขึ้น แผลจะประสานกันและหายดี ใช้เวลาประมาณ 7 – 8 วัน สำหรับการหายของแผลชนิดที่ต้องมีการสร้างแกรนูเลชันทิชชู แผลต้องสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาใหม่มากกว่าการหายของแผลชนิดที่หายได้เองและรวดเร็ว แผลชนิดนี้จะมีขนาดใหญ่ หรือมีขอบแผลแยก หรือแผลมีการติดเชื้อ จึงต้องใช้เวลาในการหายที่ยาวนานกว่า และเมื่อแผลหายแล้วมักจะมีแผลเป็นเกิดขึ้น

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ความหมายของพฤติกรรม ตามที่ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

พฤติกรรม ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน(2530:373) หมายถึง การกระทำหรืออาการแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

กันยา สุวรรณแสง. (2536: 92) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าเป็นอาการบอบบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือ มิฉะนั้นก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

อารี พันธุ์มณี. (2538: 15-16) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของอินทรีย์ที่บุคคลสามารถสังเกตเห็นได้ รู้ได้หรือใช้เครื่องมือวัดหรือตรวจสอบได้

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2539: 97-100) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งที่แสดงออกมาทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล โดยพฤติกรรมภายในนั้นเป็นนามธรรม ได้แก่ แนวคิด ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ส่วนพฤติกรรมภายนอกนั้นเป็นการแสดงออกให้เห็น สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน

ชาญชัย เรืองขจร. (2540: 68) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งที่แสดงออกให้สังเกตเห็นได้และที่ไม่ได้แสดงออกมาให้ใครสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้เรียกว่า พฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมที่ไม่ได้แสดงออกมาให้ใครสังเกตเห็นได้ เรียกว่า พฤติกรรมภายใน พฤติกรรมภายนอกมีทั้งพฤติกรรมหน่วยใหญ่ที่สังเกตเห็นได้โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือ เช่น การทำงานของระบบกล้ามเนื้อภายในร่างกาย

บลูม. (Bloom. 1975: 165-197) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตเห็นได้ หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ พฤติกรรมด้านความรู้ พฤติกรรมด้านเจตคติ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

ทเวดเดิล. (Twaddle. 1981: 11) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว รวมทั้งสถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต

จากความหมายของพฤติกรรม สรุปได้ว่า หมายถึง ปฏิกริยาของสิ่งมีชีวิตที่แสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ซึ่งแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ในอดีต

องค์ประกอบของพฤติกรรม

บลูม (Bloom. 1975: 9) ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของจุดมุ่งหมายของการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในตัวผู้เรียนไว้ 3 ประการ คือ

1. ความรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวกับความรู้ การระลึกได้ จำได้ รวมทั้งข้อเท็จจริงต่าง ๆ และการพัฒนาความสามารถด้านสติปัญญา มีวิจารณ์ญาณในการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้ประกอบด้วย ความสามารถระดับต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรับรู้ระดับง่าย ๆ และเพิ่มความสามารถในด้านการคิด และสติปัญญาขึ้นไปจนสามารถสรุปวิเคราะห์เป็นหลักการ เกิดความคิดสร้างสรรค์ และแก้ปัญหาในเรื่องต่าง ๆ ได้

2. เจตคติ (Affective Domain) จุดประสงค์นี้เน้นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความรู้สึก อารมณ์ ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ ค่านิยม การพัฒนาความซาบซึ้งที่จะปลูกฝังให้เกิดในตัวผู้เรียนและการประเมินค่า หรือการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย และสังเกตเพราะเกิดขึ้นภายในของแต่ละบุคคลการวัดเจตคติควรครอบคลุมองค์ประกอบของเจต

คติทั้ง 3 องค์ประกอบคือ

2.1 องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา เป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิดอาจอยู่ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งแตกต่างกัน มีส่วนประกอบย่อย ประกอบด้วย ความเชื่อ ความรู้ และความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อที่หมายของเจตคติ

2.2 องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก เป็นองค์ประกอบทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งเป็นตัวเร้าความคิดอีกต่อหนึ่ง มีความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ หรือทำที่ที่ดี ไม่ดีต่อบุคคลหรือต่อที่หมายของเจตคติ

2.3 องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้ม หรือความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติต่อที่หมายของเจตคติ ถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสม จะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง

องค์ประกอบทั้ง 3 ของเจตคติ มีลักษณะที่สำคัญหลายประการ ซึ่งนักสังคมวิทยานิยมวัดคือ ทิศทาง และปริมาณขององค์ประกอบนั้น ๆ

ทิศทาง (Direction) หมายถึง การประเมินค่าความรู้ การรู้สึกและการพร้อมกระทำไปในด้านที่เป็นบวก หรือลบ ซึ่งหมายถึง ดีหรือเลว ชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ การพร้อมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือความพร้อมที่จะทำลาย หรือขัดขวางการเจริญของสิ่งนั้น

ปริมาณ (Magnitude) หมายถึง ความเข้มข้น หรือปริมาณความรุนแรงของเจตคติไปในทิศทางบวกหรือลบนั่น คือ บุคคลอาจมีเจตคติต่อสิ่งหนึ่งอย่างรุนแรงมาก และต่อสิ่งหนึ่งเพียงบางเบา ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับความสำคัญของสิ่งนั้น หรือขึ้นอยู่กับความพัวพันของบุคคลกับเรื่องนั้น นอกจากนี้เจตคติสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำยิ่งขึ้น ถ้ามีการวัดเจตคติ และพฤติกรรมในขอบเขตกว้างขวางที่เท่าเทียมกัน หรือมีความเฉพาะเจาะจงในการวัดเจตคติให้เท่าเทียมกับสภาพการวัดพฤติกรรม

3. ทักษะหรือการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) พฤติกรรมด้านนี้มุ่งเน้นการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดความสามารถ และความชำนาญเฉพาะอย่าง พฤติกรรมด้านนี้แสดงออกและสังเกตเห็นได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ทันที หรืออาจล่าช้าก็ได้ พฤติกรรมด้านนี้จะเป็นการบ่งชี้การแสดงออกของพฤติกรรมขั้นสุดท้าย

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรม

องค์ประกอบของพฤติกรรมมี 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ การเกิดพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมีองค์ประกอบที่สำคัญหลายอย่างที่มีผลต่อ สุขภาพ

ของบุคคล (วาริ ะกิติ. 2530: 172-175) ซึ่งมีดังนี้

1. องค์ประกอบด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความต้องการ วุฒิภาวะ ความสนใจ ความสามารถของบุคคล สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อมนุษย์เกิดมาย่อมมีความสัมพันธ์ต่อกัน อยู่ร่วมกัน เช่น ครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย พ่อแม่และสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์จะขยายต่อไปเมื่อบุคคลเติบโตขึ้น ทำให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ พัฒนาแนวคิด พัฒนาความเชื่อ และการปฏิบัติที่บุคคลได้รับ องค์ประกอบด้านนี้ประกอบไปด้วย

2.1 ครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด เป็นหน่วยงานของสังคมที่มีความสัมพันธ์และมีความสัมพันธ์และมีความร่วมมืออย่างใกล้ชิดสมาชิกทุกคนมีบทบาท ปฏิกริยาที่สัมพันธ์กัน มีความรักกัน เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน สั่งสอนกัน ช่วยเหลือกัน ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน พฤติกรรมสุขภาพทางด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัตินั้น มีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวมาก ถ้าพ่อแม่ คนเลี้ยงดู ส่งเสริมให้เด็กเกิดความเชื่อ ค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัวดีแล้ว ย่อมสามารถช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศในอนาคตได้เป็นอย่างมาก

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมใดที่มีการยึดเหนี่ยวมากก็จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากและมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมที่คล้ายตามกันได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับในสังคมนักศึกษาคงจะควรใช้กลุ่มให้เป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติให้คนมีสุขภาพที่ดีตามกัน

2.3 สถานภาพทางสังคม สถานภาพต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพจะแตกต่างกันได้ เช่น สถานภาพของสตรีที่ทำงานนอกบ้านกับสถานภาพของสตรีที่ทำงานในบ้าน กล่าวคือ ผู้ที่ทำงานนอกบ้านมีแนวโน้มที่จะมีบุตรน้อยกว่า เพราะแนวทางวิถีชีวิตทำให้เกิดการเรียนรู้ว่ามีลูกน้อยดีกว่า นอกจากนี้สถานภาพทางด้านหน้าที่การงานต่างก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ตำแหน่งที่ประชาชน ชุมชนให้ความนับถือ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู เป็นต้น การให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยให้ประชาชนก็จะต่างกันด้วย บุคคลเหล่านี้ต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีประชาชนจึงจะยึดถือปฏิบัติตาม

2.4 วัฒนธรรม วัฒนธรรมเป็นมรดกตกทอดทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือสังคมใดสังคมหนึ่ง วัฒนธรรมรวมถึงภาษาพูด ภาษาเขียน รวมทั้งที่มนุษย์ได้เรียนรู้จากสังคม ได้แก่ วิธีการครองชีวิต วิถี

ความคิด ความเชื่อในขนบธรรมเนียมประเพณีบางอย่าง กฎข้อบังคับและสิ่งอื่น ๆ ทั้งหมดนี้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในทางส่งเสริมสุขภาพและเป็นอุปสรรคต่อสุขภาพ

2.5 ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต คำสอนของศาสนาแต่ละศาสนาสอนให้คนเป็นคนดี ประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ดีงาม คำสอนของศาสนาจึงกลายเป็นขนบธรรมเนียมประเพณี เช่น ห้ามดื่มสุราและของมึนเมา ซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต

3. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เศรษฐกิจของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมาก เช่น จากสถิติการเกิดโรคติดเชื้อมากมาย พบในกลุ่มประชาชนที่มีความเป็นอยู่ค่อนข้างยากจนมากกว่าประชาชนที่มีฐานะปานกลางหรือร่ำรวย แต่สำหรับกลุ่มที่มีความเป็นอยู่ค่อนข้างดี มักพบปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4. องค์ประกอบด้านการศึกษา องค์ประกอบด้านการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ

5. องค์ประกอบทางด้านการเมือง องค์ประกอบทางด้านการเมืองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เนื่องจากนโยบาย และทิศทางการพัฒนาทางสังคมของประเทศจะเป็นตัวกำหนดชี้แนะทางการพัฒนาของบุคคลในทิศทางต่างๆ ซึ่งจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความพร้อมของบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ประชาชน เช่น ความเพียงพอของบริการการรักษาพยาบาล กิจกรรมสุขศึกษาที่จัดให้ประชาชน กฎหมาย หรือข้อบังคับที่มีผลต่อสุขภาพ

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความหมายของการดูแลตนเอง

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2529:128) ให้นิยามว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึงการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเอง และเพื่อตนเองของปัจเจกบุคคล ในการตัดสินใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การสืบค้นโรค การรักษาเบื้องต้น รวมทั้งการใช้ยา และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองนี้ เป็นการดำเนินกิจกรรมทางบวก เพื่อให้มีสุขภาพดี เป็นกิจกรรมที่มีความหมาย และคาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง ตลอดจนเป็นสิ่งที่คุณต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง

มัลลิกา มติโก . (2530: 8) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึงการดูแลตนเองในขณะ

มีสุขภาพดีด้วย ตลอดจนวิธีการส่งเสริมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักการป้องกันตนเองจากโรค และสิ่งอันตรายที่จะมีผลต่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว

โอเรม. (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537: 22-23; อ้างอิงจากOrem. 1991. Nursing: Concepts of practice. Unpaged) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสุด จุดประสงค์ในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น และการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อ

1. ควบคุมประคองกระบวนการชีวิต และสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข
2. ผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะที่เหมาะสม
3. ป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรค และการได้รับภัยอันตรายต่าง ๆ
4. ป้องกัน หรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถภาพของบุคคล

ทัศนีย์ หงษาครประเสริฐ. (2540: 30) กล่าวว่า องค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่าการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชนโดยรวมความถึงการตัดสินใจเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

จินตนา มณฑลปัญญากุล. (2542: 21) ให้นิยามว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอย่างมีเป้าหมาย มีระบบ ระเบียบ ขั้นตอน และเมื่อปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้บุคคลมีการพัฒนาการดำเนินชีวิตไปได้ถึงสูงสุด

จากความหมายของการดูแลตนเองที่กล่าวมาข้างต้นพอสรุปได้ว่าการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง ของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการปฏิบัติตนหลังรับบริการสุขภาพอย่างมีเป้าหมาย มีระบบ ระเบียบ ขั้นตอน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม เมื่อปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้พัฒนาการของบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสุด

จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จะเห็นได้ว่า ถ้าผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้แล้วจะเกิดผลดีต่อสุขภาพของร่างกาย ซึ่งหลักในการรักษาโรคเบาหวานได้กล่าวไว้ว่า ผู้ที่สามารถรักษาโรคเบาหวานได้ดีที่สุด คือ ตัวผู้ป่วยเอง

โดโรธี โอเรม. (Dorothea E. Orem) เป็นผู้สร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โดยมีความเชื่อว่า “โดยทั่วไปแล้วมนุษย์มีความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ตลอดจนเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรคภัย หรือภัยอันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนาดังแต่วัยเด็ก และค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นภายในร่างกาย หรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย” (Orem, 1990: 6) จากความเชื่อนี้ โอเรม สรุปว่า มนุษย์ทุกคนมีความสามารถในการดูแลตนเอง มนุษย์จะต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพจากผู้อื่น เมื่อเขามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจบกพร่องจากการเจ็บป่วย หรืออยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย เช่น วัยทารก หรือภาวะวิกฤติ

โอเรม กล่าวว่า จุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองนั้น ประกอบด้วย

1. ควบคุมประกอบกระบวนการชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการของชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค
4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่เสียไป
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2535: 5-6) เน้นให้ประชาชนทุกคนสามารถดูแลตนเอง และครอบครัวได้ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ ดังนี้

1. ประชาชนมีความรู้ ความสามารถ และมีเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค วินิจฉัยโรคเบื้องต้น และรักษาอาการของโรคในเบื้องต้น ตลอดจนแก้ไขความเจ็บป่วย และดูแลสิ่งแวดล้อมได้
2. ระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นของรัฐ โดยเฉพาะที่สถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ส่งเสริม และสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน โดยจัดบริการอย่างผสมผสาน มีคุณภาพ ตลอดจนมีระบบส่งต่อผู้ป่วย
3. การสนับสนุนด้านวิชาการ และทรัพยากร ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง เป็นไปอย่างผสมผสาน สอดคล้องเกื้อกูลกันอย่างเป็นระบบ

มัลลิกา มัติโก. (2530: 11-13) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self-care in health) คือการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะ คือ

1.1 การรักษาสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา เป็นต้น

1.2 การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ ได้แก่

1.2.1 ป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention)

1.2.2 การป้องกันการรุนแรงของโรค (Secondary prevention)

1.2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention)

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self-care in illness) ในกลุ่มนักสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self-care)

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family care)

2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)

2.4 การดูแลสุขภาพโดยกลุ่ม หรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid or self help group)

โอเรม. (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540: 25-26; อ้างอิงจาก Orem. 1991. Nursing : Concepts of practice. unpagged) ได้ให้ข้อคิดถึงเป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคล คือ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ การดูแลที่เกิดผลดีต่อสุขภาพได้ เรียกว่า "Therapeutic" (Therapeutic self-care) ซึ่งจะก่อให้เกิดผลแก่บุคคล ดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และทำหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ

2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตาม

ศักยภาพ

- 3.ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรค และการบาดเจ็บ
- 4.ป้องกัน หรือปรับลดความเสี่ยงโรค
- 5.ส่งเสริมสวัสดิภาพ และความผาสุกของบุคคล

แนวคิดในเรื่องการดูแลตนเองของโอเรมได้สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ กล่าวคือ การดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามการรับรู้ และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเอง หรือต่อบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติโก. (2530:7-8) กล่าวว่า ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน คือ

1. เป็นการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของประชาชน ให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง เช่น การแปรงฟัน ล้างมือ อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ และการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อเป็นการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค และความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคคอติด ไส้กรอก บาดทะยัก โรคหัวใจที่เกิดจากสารโคเลสเตอรอลในอาหารประเภทไขมัน และการได้รับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจร่างกายประจำปี การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและถูกสุขลักษณะ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น
3. เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการประเมินภาวะสุขภาพตนเองได้นั้น ประชาชนต้องมีความรู้ และสามารถบอกความแตกต่างระหว่างสุขภาพ และความเจ็บป่วย ภายใต้บรรทัดฐานของสังคมเดียวกัน โดยผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น การเรียนการสอนในโรงเรียน บทความเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ในหนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุ และโทรทัศน์ ประชาชนจึงจะสามารถวิเคราะห์ และทราบความรุนแรงของโรคได้
4. เป็นการดัดแปลงการรักษาทางการแพทย์ ให้เหมาะสมกับสภาวะการณ์ที่เป็นจริง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคไตระยะสุดท้ายซึ่งการรักษาทางการแพทย์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะสามารถเลือกการปฏิบัติตนเองให้จากโรค แม้ว่าจะขัดต่อการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม
- 5.สามารถนำไปสู่การเคลื่อนไหวของกลุ่มที่จะช่วยกันดูแล ในกระบวนการการ

ดูแลรักษา เช่น กลุ่มเลิกสูรา กลุ่มเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มเพื่อการลดน้ำหนัก กลุ่มดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นต้น

จากแนวคิดการดูแลตนเองดังกล่าวผู้วิจัยได้นำแนวคิดมาเป็นแนวทางการจัดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการยอมรับว่า ตนเองมีความสามารถ หรือมีศักยภาพที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน

1.4 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มหรือกลุ่มสัมพันธ์ มีการนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน โดยมีมาตรฐานมาจากแนวคิดปรัชญาปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ของจอห์น ดิวอี้ ที่ถือว่าการศึกษาคือชีวิต ความเจริญงอกงาม การศึกษาเป็นประสบการณ์ และกระบวนการทางสังคมที่ต้องอาศัยความเข้าใจทางด้านสังคมวิทยา หลักการสอนของดิวอี้ จึงเน้นกระบวนการสอนมากกว่าเนื้อหาวิชาและถือการเรียนรู้ด้วยการกระทำเป็นการเรียนรู้ที่แท้จริง และเป็นแม่บทสำคัญในการจัดการศึกษาที่เน้นการรวมกลุ่มทำงานเพื่อการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิด แสดงความคิดเห็น (ชลดา อินทรสังขนาวิน. (2542: 24) ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ดังนี้

ทิตนา แชนณี. (2522: 1) ได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ว่า เป็นวิทยาการที่ว่าด้วยเรื่องความสัมพันธ์ของคนในกลุ่ม และกระบวนการกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงองค์ประกอบที่สำคัญๆ เกี่ยวกับเรื่องกลุ่มพฤติกรรมมนุษย์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ ตลอดจนการพัฒนาตนเอง

วินิจ เกตุจำ และคมเพชร ฉัตรศุภกุล. (2522: 14) ได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ว่า เป็นที่รวมแหล่งประสบการณ์ของบุคคลหลาย ๆ ฝ่ายได้มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เรียกว่า เกิดปฏิสัมพันธ์ ช่วยให้ค้นพบวิธีการแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน

ชไมพร มุขโต. (2525: 5) ได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ว่า เป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีพัฒนาการทางด้านทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง สู่การวิเคราะห์ ทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นสมาชิกยังยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและพร้อมจะแก้ไข สมาชิกจะมีประสบการณ์ในการดำรงชีวิตแบบประชาธิปไตย รู้จักรับผิดชอบในบทบาทของตนเอง รู้จักการแก้ปัญหา มีเหตุผล

เห็นอกเห็นใจผู้อื่นและรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่น

ถวิล ธาราโกชนี. (2523: 5) ได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ว่า เป็นกระบวนการที่กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งในกลุ่ม โดยพิจารณาไตร่ตรองถึงสิ่งที่กระทำ ตลอดจนพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อหาทางแก้ปัญหาต่างๆ ให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกที่ควรมากที่สุด

ดังนั้น กระบวนการกลุ่ม หมายถึง ที่รวมแหล่งแนวคิดและประสบการณ์ของบุคคลหลายๆ ฝ่ายที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกร่วมกันและความสัมพันธ์ ซึ่งการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่มนี้จะช่วยให้ค้นพบวิธีการแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน ความสัมพันธ์ของกลุ่มก่อให้เกิดความสามัคคี (ร่วมแรงร่วมใจกันทำงานหรือกำหนดกิจกรรมเพื่อส่วนรวม) กลุ่มจึงนับว่ามี “พลัง” ซึ่งสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเองในทุกๆ ด้าน (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร จัตรศุภกุล. 2522: 14 – 15)

อิทธิพลของกลุ่มที่มีต่อสมาชิก

1. กลุ่มมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของบุคคลที่เป็นสมาชิกอย่างมากวิธีการที่สมาชิกแก้ปัญหา การจดจำบทเรียน การประพฤติปฏิบัติ การสร้างนิสัย และเจตคติการดำเนินชีวิตการทำงาน ตลอดจนความพยายามที่จะให้บรรลุเป้าหมายของบุคคลล้วนอยู่ภายใต้อิทธิพลของกลุ่มทั้งสิ้น
2. กลุ่มเป็นเครื่องสนับสนุนและช่วยให้สมาชิกสามารถแสดงออกซึ่งความรู้สึกรักคิดอาภักดิ์ต่าง ๆ ทั้งในทางที่ดีและไม่ดี
3. กลุ่มช่วยสนองความต้องการของสมาชิกนั่นคือ การที่สมาชิกรวมกันเป็นกลุ่มนั้นแต่ละคนย่อมมีความต้องการอยู่ในจิตใจของตน ซึ่งบุคคลอื่นอาจจะทราบหรือไม่ทราบก็ได้ และโดยธรรมชาติของมนุษย์นั้นย่อมจะอยู่คนเดียวไม่ได้ เพราะจะเกิดความเบื่อหน่าย บุคคลทุกคนย่อมต้องมีพรรคพวก เพื่อนฝูง ต้องการความรัก การยอมรับจากกลุ่ม จึงเป็นเหตุให้คนมาเข้าร่วมกลุ่มกับคนอื่น ๆ มากขึ้น เพราะหวังว่ากลุ่มจะช่วยสนองความต้องการของตนได้
4. กลุ่มช่วยให้สมาชิกมองเห็นภาพของตนเองชัดเจนขึ้น คือช่วยให้สมาชิกทราบว่าตนเป็นอย่างไร ความมั่นใจ ความภาคภูมิใจ สิ่งเหล่านี้สมาชิกไม่สามารถรู้เห็นได้ด้วยตนเองอย่างชัดเจน ขึ้นอยู่กับบุคคลอื่น ๆ หรือกลุ่มที่จะสะท้อนให้เห็นสภาพของสมาชิกแต่ละคนว่าเป็นอย่างไร
5. กลุ่มมีอิทธิพลเหนือผลงาน และการทำงานของสมาชิก จะเห็นได้จากการ

ทำงานของบุคคลแต่ละคน การที่บุคคลจะทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพเพียงใดนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับเพื่อน ๆ ในกลุ่ม ถ้าสมาชิกส่วนใหญ่ของกลุ่มมีความกระตือรือร้นในการทำงาน ก็จะทำให้สมาชิกส่วนน้อยมีความกระตือรือร้นตามไปด้วย

6. กลุ่มมีอิทธิพลในการช่วยตัดสินใจ ในกรณีที่มีปัญหาหรือมีสิ่งที่จะต้องเลือกต้องตัดสินใจ อาจจะใช้มติของกลุ่มเป็นเครื่องตัดสินใจได้ คือ การเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้มีส่วนร่วมออกความเห็นเกี่ยวกับวิธีการที่จะแก้ปัญหานั้น ๆ ซึ่งจะช่วยให้ง่ายต่อการตัดสินใจ และยังก่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันในหมู่สมาชิกอีกด้วย

7. กลุ่มมีอิทธิพลเหนือความกลัว ความวิตกกังวล ความท้อแท้ใจของสมาชิก เช่น คนที่มีความกลัวเมื่อเข้าไปอยู่ในกลุ่มเพื่อน ๆ เขาจะสามารถปรับตัวให้คลายความกังวลได้ เมื่อเห็นเพื่อน ๆ ในกลุ่มไม่มีความกลัว

ความสำคัญของกระบวนการกลุ่ม

ความสำคัญของกระบวนการกลุ่มจะเน้นอยู่ในขณะที่ดำเนินการกลุ่ม บุคคลในกลุ่มหรือกลุ่มเองจะได้รับการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นดังนี้

1. คุณค่าในการพัฒนาการกลุ่ม สามารถพัฒนาการให้กับบุคคล ที่เป็นสมาชิกของกลุ่มได้อย่างดี ซึ่งคุณค่าในการพัฒนามีดังนี้

1.1 การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล เช่น ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ต้องการการยอมรับจากหมู่คณะ

1.2 การสร้างพัฒนาการด้านอารมณ์ และสังคม เมื่อบุคคลเข้าร่วมกลุ่มเขาจะได้รับการเรียนรู้เรื่องการแสดงออกด้านควบคุมอารมณ์

1.3 การพัฒนาการด้านเจตคติ ความสนใจ ความสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

2. คุณค่าในด้านการวินิจฉัย ในการเข้ากลุ่มโดยทั่วไปแล้ว ผู้นำกลุ่มจะมีโอกาสสังเกตพฤติกรรมสมาชิกในกลุ่มแต่ละคน ทำให้เข้าใจและมองเห็นลักษณะแบบต่าง ๆ ของสมาชิกในกลุ่ม

3. คุณค่าในการบำบัด ในการรวมกลุ่มของบุคคลนั้น จะมีคุณค่าด้านการบำบัดได้เป็นอย่างดี เพราะในการเข้ากลุ่มนี้จะช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์สร้างคามพึงพอใจในการทำงาน

4. คุณค่าในการศึกษาในโรงเรียน สามารถนำวิธีการของกระบวนการกลุ่ม ไปใช้

ให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาได้ เช่น การตั้งชมรม หรือแม้กระทั่งการนำเอาเรื่องกลุ่มไปสอนในชั้นเรียน เช่น การสอนกลุ่มย่อย การเล่นเกมบทบาทสมมติ เป็นต้น

องค์ประกอบของกระบวนการกลุ่ม

ความสำเร็จของการให้ความรู้ โดยกระบวนการกลุ่ม ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การจัดตั้งกลุ่ม ผู้นำหรือผู้ให้ความรู้ และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่ม (Marram.1978: 154 – 61)

1.การจัดตั้งกลุ่ม การจัดตั้งกลุ่มต้องมีการกำหนดการจัดตั้งกลุ่มแต่ละครั้งและนอกจากวัตถุประสงค์แล้วจะต้องคำนึงถึงโครงสร้างของกระบวนการกลุ่ม ซึ่งได้แก่ จำนวนสมาชิกภายในกลุ่มการคัดเลือกสมาชิก เวลา สถานที่ จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่มนั้น ๆ รวมทั้งการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สำหรับกลุ่มของสมาชิก จอห์นสัน (Johnson. 1982: 160) กล่าวว่า ควรให้สมาชิกได้นั่งเป็นวงกลม

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มนั้นจะต้องคำนึงถึง

1. สภาพอารมณ์ของผู้เข้าร่วมกลุ่ม

2. ความต้องการหรือความพร้อมในการจัดเข้ากลุ่ม จะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ซักถามความต้องการ ความคาดหวัง ความต้องการจากการเข้ากลุ่ม และแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม กฎและแนวทางในการปฏิบัติตัวของสมาชิก

ระยะเวลาที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับปัญหา จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเข้ากลุ่ม ควรใช้เวลา 45 – 60 นาที และสูงสุดไม่เกิน 2 ชั่วโมง วัชรีย์ ธุระคำ. (2523: 38) สอดคล้องกับสุกันยา ฉัตรสุวรรณ. (2529: 100) ซึ่งกล่าวไว้ว่าควรใช้เวลาประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง และความถี่ในการเข้ากลุ่มควรจัด 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์

การกำหนดสถานที่ในการทำกลุ่ม ควรมีบรรยากาศเป็นสัดส่วนเฉพาะเงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ สภาพแวดล้อมควรเหมาะสมไม่แออัดนั่งสบาย การกำหนดสถานที่นับเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นสิ่งช่วยส่งเสริมให้สมาชิกรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย

2. ผู้นำหรือผู้ให้ความรู้ ผู้นำหรือผู้ให้ความรู้มีบทบาทและหน้าที่ 2 ประการ (Marram. 1978: 154 – 161) ได้แก่ หน้าที่เป็นผู้นำ และบทบาทของผู้ปฏิบัติการ

การทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มในกระบวนการกลุ่มนั้น สามารถแยกออกได้เป็น 4 ประการ

1. เป็นผู้เลื้อยอำนาจประโยชน์ให้แก่สมาชิก
2. เป็นผู้สร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้เกิดขึ้นในกลุ่ม
3. มีหน้าที่ตรวจตราดูแลความเจริญก้าวหน้าและความงอกงามของการทำ

กลุ่ม

4. ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความรับผิดชอบโดยตรง ในการดำเนินการให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ และต้องมีการประเมินผลความก้าวหน้าของการเข้ากลุ่มเป็นระยะ ๆ

ส่วนหน้าที่ผู้นำกลุ่มในบทบาทของผู้ปฏิบัติการ ผู้นำจะต้องมีการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายและวิธีดำเนินการของกลุ่ม
2. สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม มีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้างและองค์ประกอบภายนอกทั่วไป
3. กระตุ้นการเพิ่มพูนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก
4. กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดระบายและแลกเปลี่ยนปัญหา
5. วางระบบการทำกลุ่มสำหรับสมาชิกของแต่ละคน ผู้นำกลุ่มจะต้องสามารถหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม
6. การช่วยเหลือลดความวิตกกังวลของสมาชิกในกลุ่ม ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม ต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่ม
7. สรุปผู้นำกลุ่มที่จะสามารถทำหน้าที่ทั้ง 2 บทบาทได้อย่างดีนั้น จะต้องเป็นผู้มีความรู้ในทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกลุ่ม เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร จิตวิทยาการเรียนรู้การสอน เป็นต้น ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้จะทำให้ผู้นำกลุ่มสามารถตรวจสอบความก้าวหน้าของกลุ่ม การกำหนดหรือการสร้างความสำเร็จก้าวหน้าของสมาชิกแต่ละคน การกำหนดเป้าหมายของแต่ละบุคคลและของกลุ่ม

บทบาทสมาชิกกลุ่ม

1. ช่วยนำกลุ่มโดยให้ข้อคิดใหม่ ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา
2. คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก
3. ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่สภาพที่พอเหมาะ ไม่เข้มงวดหรือเครียดมากเกินไป แก่ขัดข้องแย้งภายในกลุ่ม
4. ตรวจสอบความคิดเห็นต่าง ๆ ของเพื่อนในกลุ่ม

5. ประสานความคิดเห็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างสรรค์ในภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น

6. ปลุกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะความคิดและวิธีการใหม่ เพื่อผลักดันให้กลุ่มก้าวหน้าต่อไป

3. การจัดประสบการณ์เรียนรู้ในกลุ่มการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่ม มี 3 ระยะ ดังนี้ (Marram, 1978: 154 – 156)

ระยะที่ 1 เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธ์ภาพพูดคุย ทักทาย เล่าอาการประมาณ 5-10 นาที สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ของกลุ่ม กฎและแนวทางในการปฏิบัติในฐานะสมาชิกของกลุ่มส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระและมีความจริงใจในขณะทำกลุ่มนอกจากนี้ยังมีการสร้างบรรทัดฐานของกลุ่มที่ชัดเจน เพื่อเป็นกฎเกณฑ์ให้สมาชิกในกลุ่มถือปฏิบัติ

ระยะที่ 2 ระยะแก้ปัญหาและเกิดการเปลี่ยนแปลง ระยะนี้สมาชิกมุ่งความสนใจมาที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือ สนับสนุน การมีโอกาสได้คุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ และนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตนและสมาชิกอื่น ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการทำกลุ่มให้บรรลุเป้าหมาย เสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เชื้ออำนาจให้กลุ่มได้อภิปรายและหาทางแก้ไขช่วยเหลือ ทดสอบความถูกต้องเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มั่นใจและสามารถนำวิธีการไปใช้แก้ปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่มประมาณ 5-10 นาที ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางองกามของตนเองและความสำเร็จของกลุ่ม

การพัฒนาแบบกระบวนการกลุ่ม

การพัฒนาแบบกระบวนการกลุ่ม หรือการพัฒนาการทำงานเป็นกลุ่ม คือ การพัฒนาความสัมพันธ์ของแต่ละคนในกลุ่ม เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการพัฒนาแบบกระบวนการกลุ่ม มีหลักการดังต่อไปนี้

1. เป้าหมาย กลุ่มจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน เป็นที่เข้าใจและยอมรับของกลุ่ม

2. ประชุม กลุ่มจะต้องมีการประชุมเพื่อปรึกษาหารือการทำงานร่วมกัน
3. ประสาน จะต้องประสานทั้งจิตใจและวิธีการทำงานให้สอดคล้องกลมกลืนกัน
4. ผู้นำกลุ่มในการรวมกลุ่ม จะต้องเป็นผู้นำกลุ่ม ซึ่งจะเป็นผู้คอยกระตุ้นให้กลุ่มไปสู่จุดหมายที่ตั้งไว้
5. ปัญหา สมาชิกกลุ่มทุกคนควรเป็นผู้มีความริเริ่ม มีการแสดงความคิดเห็น ร่วมวิเคราะห์ และแก้ไขปัญหา และใช้ปัญญาในการทำงานอย่างเต็มที่
6. ปัญหา ทั้งภายในและภายนอกกลุ่ม สมาชิกทุกคนต้องร่วมกันเผชิญ และร่วมมือหาทางแก้ไข
7. ประเมิน เมื่อกลุ่มได้มีการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มไปแล้ว จะต้องมีการประเมินผล เพื่อหาข้อบกพร่องและนำไปแก้ไขปรับปรุงการจัดกิจกรรมของกลุ่ม จะต้องมีการปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอเพื่อมุ่งที่จะแก้ไขปัญหาและข้อบกพร่องในการทำงานร่วมกัน

ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม

1. ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของส่วนรวมได้รับการแก้ไข และตอบสนองความต้องการ ทำให้มีการพัฒนาไปในทิศทางที่สมาชิกกลุ่มต้องการอย่างแท้จริง
2. สมาชิกมีโอกาสนำความรู้ ความสามารถ แนวคิด และประสบการณ์ มาใช้ในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
3. กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้เกิดความสามัคคีในหมู่คณะ

จากหลักการดังกล่าวของกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดความรู้ เจตคติในทางที่ดีขึ้น เพื่อการปฏิบัติในทางที่ถูกต้อง จึงเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการดูแลบาดแผล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อสนองให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้อง

1.5 แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมสุขศึกษา

โปรแกรมสุขศึกษาเป็นวิธีทางสุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดโอกาส และประสบการณ์การเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติตนในเรื่องสุขภาพไปในทางที่เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติตนในเรื่องสุขภาพไปในทางที่เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน (นิภา มนูญปัจจุ. 2528: 8) เป็นกระบวนการที่มีการวางแผนไว้อย่างมีระบบ และมี

จุดมุ่งหมายที่จะให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนสามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเองรวมทั้งการเลือก และตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีตลอดไป (บุญยง เกียวการค้า. 2526: 328 – 383)

วิธีการให้สุศึกษาที่ดีที่สุดวิธีเดียวไม่มี นักสุศึกษาควรใช้หลาย ๆ วิธีให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และสิ่งแวดล้อม เพราะวิธีการสอนสุศึกษาแต่ละวิธีต่างก็มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเฉพาะด้านแต่ละเรื่องราวและแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ถ้าต้องการให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ การปฏิบัติตัว วิธีการ สุศึกษาต้องให้หลาย ๆ วิธี ต้องใช้เวลากระบวนการสอน สื่อการสอนต่าง ๆ ประกอบทั้งการจัดวิธีการสอนให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม มีโอกาสฝึกปฏิบัติใช้วิธีการสอนที่ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ทำให้เข้าใจ จำได้ ประทับใจ สามารถนำไปปฏิบัติตามได้ (สุรีย์ จันทรโมลี. 2527: 2 – 3)

ในการถ่ายทอดความรู้ ความคิด หรือประสบการณ์แก่ผู้เรียนนั้น การใช้ภาษาเพียงอย่างเดียวย่อมทำให้เกิดผิดพลาดได้ง่ายเพราะความไม่แจ่มแจ้งชัดเจน เนื่องจากภาษาเป็นนามธรรม มองไม่เห็นแต่ถ้าสิ่งนั้นเป็นรูปธรรมก็จะทำให้เกิดความสนใจ ดังนั้นอุปกรณ์สุศึกษาหรือสื่อการสอน จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ประกอบการให้สุศึกษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับความรู้ได้เรียนรู้และเข้าใจดียิ่งขึ้น กลวิธีการให้สุศึกษาแต่ละวิธีให้ได้ผล จำเป็นต้องเข้าใจถึงลักษณะของแต่ละกลวิธีรวมถึงประโยชน์และข้อจำกัดของการใช้เป็นอย่างดี กลวิธีต่างๆ ทางสุศึกษาที่สำคัญมีดังนี้ (ธนวรรณ อิมสมบุญ. 2532: 1)

1. การบรรยาย เป็นกลวิธีหนึ่งของการสอนที่ใช้กันมากและใช้ง่ายที่สุด แต่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่น้อยที่สุด โดยทั่วไปการบรรยายจะใช้ได้ผลที่ต้องมีการอภิปรายและการซักถามควบคู่กันไปด้วย
2. การสอนเฉพาะตัว หรือที่รู้จักกันดีในลักษณะของการปรึกษาสุขภาพ การสอนเฉพาะตัวมีผลต่อการเรียนรู้อย่างมาก ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้อย่างกว้างขวางทั้งในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและชุมชนในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน
3. สื่อสารมวลชน สื่อสารมวลชนที่ใช้ในงานสุศึกษาที่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับเป้าหมายจำนวนมาก สื่อสารใช้กันมาก ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งพิมพ์ต่างๆ โดยทั่วไปแล้วการใช้สื่อสารมวลชนในงานสุศึกษามีข้อจำกัดในด้านประสิทธิภาพเป็นอย่างมาก
4. โสตทัศนูปกรณ์ถ้าดูผิวเผินการใช้โสตทัศนูปกรณ์จะคล้ายกับการใช้สื่อสารมวลชน แต่มีความแตกต่างในขอบเขตของกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้
5. โปรแกรมสำเร็จรูป เป็นโปรแกรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้นโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้เรียน

สามารถเรียนรู้ได้เอง ซึ่งอาจจะอยู่ในลักษณะสิ่งพิมพ์หรือสิ่งอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ก็ได้ เพื่อให้แต่ละคนได้เรียนรู้เป็นการเฉพาะตัว

6. โทรศัพท์เพื่อการศึกษา เป็นสื่อการเรียนรู้คล้ายกับโปรแกรมสำเร็จรูปแตกต่างกัน ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายให้เรียนรู้เป็นกลุ่ม เป็นชั้น

7. การสร้างทักษะเฉพาะ เป็นกลวิธีที่จะใช้สำหรับการเรียนรู้ที่ต้องการให้มีการฝึกหัดฝึกปฏิบัติจริง

8. การสร้างสถานการณ์จำลองและเกม เป็นกลวิธีในการสอนโดยการจำลองสถานการณ์จริงขึ้นมาเพื่อให้กลุ่มได้เรียนรู้ จึงใช้ในการสร้างแรงจูงใจได้ดี

9. การเรียนรู้โดยการซักถาม เป็นกลวิธีในการสอนที่ให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดของตนเองเป็นหลักแล้วขยายขอบเขตความเข้าใจให้กว้างขวางออกไป ใช้ได้ดีกับกลุ่มนักเรียนนักศึกษา

10. การอภิปรายกลุ่ม เป็นกลวิธีทางสุศึกษาที่ใช้ได้ผลดีมากสำหรับการเรียนรู้เป็นกลุ่ม และสร้างแรงจูงใจในระยะยาว ซึ่งเป็นการพัฒนาการตัดสินใจโดยใช้บรรทัดฐานของกลุ่ม

11. การใช้ต้นแบบตัวอย่าง เป็นกลวิธีที่เป็นกลไกของกระบวนการทางสังคม คือ การที่บุคคลมีการเรียนรู้โดยการเลียนแบบหรือศึกษาจากบุคคลอื่นที่ตนเองยอมรับ มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดหรือนิยมชมชอบ

12. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเงื่อนไข เป็นกลวิธีในการแก้ไขพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง โดยอาศัยเงื่อนไขบางประการที่ได้กำหนดขึ้น และความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอที่จะเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ในเรื่องนั้น ๆ โดยตรง

13. การพัฒนาชุมชน เป็นกลวิธีที่ใช้ในงานสุศึกษา โดยการให้ชุมชนได้มีการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถ และความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ โดยทั่วถึงกันทั้งชุมชน การพัฒนาชุมชนเป็นการพึ่งพาตนเอง เป็นการแก้ไขปัญหาซึ่งใช้ได้ดีในชุมชนที่มีความตื่นตัว และมีความสนใจสูง

14. การใช้มาตรการในสังคม เป็นกลวิธีที่ใช้สำหรับการดำเนินการ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคล โดยใช้มาตรการต่าง ๆ ที่มีความเข้มงวดกวดขันในระดับต่าง ๆ กัน ตามลักษณะของปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย

15. การวางแผนและพัฒนาสังคมและองค์กรเป็นกลวิธีที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมในสังคม โดยการวางแผนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลและการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งมาก จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

เพื่อให้ได้ผลในการสอนสุศึกษา จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่จะสอน ความต้องการของผู้ที่จะเรียนรู้ และการวางแผนการสอนสุศึกษา สุศึกษาใช้หลายวิธีการในการ ดำเนินงาน หลักสำคัญคือใช้กระบวนการเรียนการสอน ซึ่งประกอบด้วยกำแนผู้เรียนการ วิเคราะห์ความต้องการของผู้เรียน การกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน การกำหนด เนื้อหาและการเลือกวิธีการสอน การประเมินความพึงพอใจ การประเมินผลการเรียนรู้ตาม วัตถุประสงค์และอื่น ๆ ตามความจำเป็น

ในการเลือกวิธีการสุศึกษาที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้ผู้รับฟังเกิดการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโดยทั่วไปการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและตลอดชีวิต ทุกคนเรียนรู้ในสิ่งเดียวกันด้วยวิธีที่แตกต่างกันหรือประสบการณ์เดียวกัน อาจทำให้เกิดการเรียนรู้ ของบุคคลแตกต่าง อัตราเร็วของการเรียนรู้ หรือเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะและทักษะของบุคคลได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527: 217 – 220) กล่าวคือ การเรียนรู้้นอกจากจะเป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้น ในตัวบุคคลแล้วยังเกิดขึ้นได้ในทุกสภาวะ ไม่จำเป็นต้องเกิดจากห้องเรียนเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การจัดโอกาสและกระบวนการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งอาจเป็นที่บ้าน ในชุมชน โรงพยาบาล หรือใน ชีวิตประจำวัน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกวิธีการทางสุศึกษาที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีบาดแผลศึกษาทดลองโดยใช้กระบวนการกลุ่ม และวิธีการทางสุศึกษา ได้แก่การบรรยาย การสอนเฉพาะตัว การแจกคู่มือเอกสาร และสไลด์ทัศนูปกรณ์ โดยมีรายละเอียดของการนำมาใช้ดังนี้

การบรรยาย

สุริย์ จันทรโมลี. (2527: 63 – 64) ได้กล่าวว่าวิธีการสอนสุศึกษาโดยวิธีการบรรยาย นั้นเป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่ผู้ฟังได้มากในเวลาจำกัด ไม่เสียเวลาให้ผู้ฟังจะไป ศึกษาเอง ทั้งยังใช้ได้เป็นอย่างดีกับหลักการพื้นฐาน และข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งข้อดีของการบรรยายคือ

1. ใช้ได้กับกลุ่มผู้ฟังที่มีจำนวนมากหรือน้อยก็ได้ และถ้าใช้สื่อบางอย่าง ประกอบการบรรยาย เช่น โทรทัศน์ สไลด์ วิทยุ ก็จะสามารถถ่ายทอดความรู้ไปยังผู้ฟังโดยไม่จำกัด จำนวน
2. สามารถถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์แก่ผู้ฟังได้มากในเวลาอันจำกัด
3. ใช้ได้เป็นอย่างดีกับการถ่ายทอดความรู้ทางทฤษฎี หลักการพื้นฐาน และ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ
4. ทำให้ผู้ฟังไม่ต้องเสียเวลาไปศึกษาหาความรู้เอง เพราะผู้บรรยายได้สรุป

สาระสำคัญต่าง ๆ ไว้แล้ว

5. พัฒนาทักษะในการฟังของผู้ฟัง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการรับรู้อย่างมีเหตุผลในเรื่องต่าง ๆ

สไลด์

ปัจจุบันสไลด์เข้ามามีบทบาทในวงการศึกษาวงการธุรกิจการค้า และวงการกิจการการท่องเที่ยวเป็นอย่างมาก เนื่องจากสไลด์ราคาไม่แพง ผลิตเองได้ง่าย และสามารถแก้ไขปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงได้อีกด้วย ประโยชน์และข้อดีของสไลด์พอสรุปได้ดังนี้

1. กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจที่จะเรียน
2. ใช้สอนได้ทุกระดับ ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาจนถึงมหาวิทยาลัยและระดับผู้ใหญ่
3. ผู้เรียนสามารถจะดูภาพได้นานเท่าที่ต้องการ
4. ใช้ในการทบทวนบทเรียน ช่วยให้ผู้เรียนจำสิ่งที่ผ่านมาแล้วได้มากขึ้น
5. ช่วยให้ผู้เรียนศึกษาได้ด้วยตนเอง
6. ใช้สอนได้ทุกกระบวนการวิชา
7. สามารถทำสไลด์ได้จากภาพวาด ข้อความต่าง ๆ ตัวพิมพ์ดีด สิ่งพิมพ์ รูปภาพ หรือของจริงได้ ทั้งเป็นสีและขาวดำ
8. ราคาไม่แพงมาก

วีดิทัศน์

วีดิทัศน์ หมายถึง เทปบันทึกภาพรายการสุภาพ นำมาเปิดให้ผู้เรียนดูและฟังการบรรยายทางเทปภาพ เพื่อศึกษาด้วยตนเอง เป็นสื่อในการให้สุศึกษา มีผลดีคือ

1. ประสิทธิภาพในการสื่อสารสูง มีทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน
2. สามารถให้ผู้ชมดูได้ครั้งละหลาย ๆ คน
3. สามารถสร้างได้ตามที่ต้องการ โดยมีเนื้อหาสาระตามจุดมุ่งหมาย

การจัดนิทรรศการ

การจัดนิทรรศการเป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งที่สำคัญในการสร้างประสบการณ์ทางการเรียนให้นักเรียน โดยสามารถจูงใจให้นักเรียนมีความสนใจ และเข้าใจในบทเรียนมากขึ้น และยังมีผู้ให้ความหมายของนิทรรศการ คือการแสดงให้เห็นการศึกษาอย่างหนึ่งด้วยการแสดงงานให้ชม อาจจะมีผู้บรรยายให้ฟัง หรือไม่ต้องมีก็ได้ การแสดงอาจจะแสดงนอกอาคารหรือในอาคารก็ได้ ซึ่ง

จะประกอบด้วยของจริง สิ่งจำลอง ภาพถ่ายและแผนภูมิ สิ่งของต่าง ๆ ที่จะนำมาแสดง แต่ในการจัดเตรียมจะต้องจัดเรียงลำดับขั้นตอนของเนื้อหาให้ดูง่ายและคำนึงถึงความชัดเจนรวมทั้งก่อให้เกิดความรู้ ช่วยให้ผู้ดูมีความเข้าใจข้อมูล โดยใช้ข้อความสั้น ๆ อธิบายประกอบ ซึ่งควรจะมีสิ่งดึงดูดความสนใจและน่าติดตามด้วย ดังนั้นถ้าจะสรุปในการจัดเพื่อผลทางการศึกษาว่านิทรรศการนั้นเป็นลักษณะของทัศนศึกษาอย่างหนึ่งเพราะเป็นการให้การศึกษาทางตา ทางหูและทางเสียง ซึ่งความมุ่งหมายของการจัดนิทรรศการพอสรุปได้ดังนี้

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสนใจให้แก่ผู้ชม บางครั้งผู้ชมอาจมีความคิดสับสนในใจหลาย ๆ สิ่งพร้อมกันในเวลาเดียวกัน แต่การจัดนิทรรศการนี้จะช่วยให้ผู้ชมเกิดสมาธิและสามารถดึงความสนใจเฉพาะเรื่องได้เป็นอย่างดี

2. สามารถที่จะจัดแสดงเค้าโครงเรื่อง อันเป็นพื้นฐานของความคิดได้ เพราะการจัดนิทรรศการช่วยให้มองเห็นภาพและเกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น

3. ช่วยเชื่อมโยงความคิดที่เป็นนามธรรมให้ออกมาในรูปของรูปธรรมและสามารถประสมประสานความรู้ที่กระจัดกระจายให้มารวมเข้าด้วยกัน

4. ถ้านักเรียนได้มีโอกาสจัดนิทรรศการเองจะช่วยส่งเสริมการแสดงออกซึ่งความรู้ความสามารถของตน และการที่นักเรียนได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจะทำให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้นักเรียนมีโอกาสรับผิดชอบงานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้นักเรียนมีโอกาสดำเนินงานร่วมกับคนอื่น

ภาพพลิก

ลินดีแมน (Lindeman. 1971: 191) กล่าวว่าการสอนนอกจากจะให้ความรู้โดยการพูดแล้ว การใช้สิ่งเร้าที่ไม่ใช่คำพูดร่วมด้วย เช่น ภาพพลิก เพื่อเป็นสื่อผ่านประสาทสัมผัสหลายทางคือ ทางตา ทางหู จะได้ผลมากกว่าสิ่งเร้าที่ผ่านทางหูเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะทำให้จำง่ายและจำได้เป็นเวลานาน

ภาพพลิกเป็นแผนภูมิที่มีหลายแผนลักษณะคล้ายกันหรือเรื่องเดียวกันแล้วเย็บเป็นเล่มสำหรับพลิกดูทีละแผ่น ใช้ในการอธิบายเรื่องราวต่าง ๆ ในรูปลักษณะหรือภาพ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจง่าย อาจมีคำอธิบายสั้น ๆ เป็นประโยชน์ใช้สำหรับประกอบคำอธิบาย สามารถใช้กับห้องธรรมดาค โดยไม่ต้องควบคุมแสง เสียง สามารถผลิตได้ง่าย

ภาพพลิกที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

1. แสดงความคิดเห็นถูกต้องตามความจริง

2. มีขนาดเห็นได้ชัดเจน ไม่จัดภาพหรือขนาดอักษรมากเกินไป
3. สีที่ใช้ควรเพียง 2 – 3 สี และใช้เพื่อเน้นหรือแสดงความแตกต่างเท่านั้น
4. ตัวอักษรเป็นตัวบรรจง อ่านง่าย ถ้าเป็นคำบรรยายให้บรรยายสั้น ๆ
5. รูปภาพ แผนภาพ หรือสัญลักษณ์ที่ใช้ในภาพพลิก ควรเป็นสิ่งดูเข้าใจง่าย

เอกสารแผ่นพับ/คู่มือ

เป็นอุปกรณ์ที่ควรแจกหลังจากให้ความรู้หรือสอนเรื่องใดเรื่องหนึ่งเสร็จแล้วเพื่อให้เตือนความจำหรือเป็นคู่มือของผู้เรียนต่อไป เป็นอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการให้สุขศึกษา แก่ประชาชนจำนวนมากให้รู้โดยทั่วกันอย่างรวดเร็ว

2.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1งานวิจัยในต่างประเทศ

คลีแมน. (Clement. 1970: 70) ได้ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มในการลดความวิตกกังวลของนักเรียน ซึ่งได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา 6 ครั้ง เมื่ออยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่สุดท้าย และอีก 1 ครั้ง เมื่อเข้าศึกษาในวิทยาลัยปีที่ 1 โดยเน้นทางด้านเจตคติ (Attitude) ความกลัว (Fear) ความทะเยอทะยาน (Aspiration) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับการปรึกษานักเรียนมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เลวิน. (Lewin. 1976: 206) ได้ศึกษาโดยทำการทดลองเกี่ยวกับผลของกลุ่มที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมและการเลือกรับประทานอาหารของแต่ละบุคคลในกลุ่มหญิงแม่บ้าน เป็นหญิงแม่บ้านทั้งหมด 6 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมี 13-17 คน ใน 3 กลุ่มแรก ถูกกระตุ้นโดยอาศัยการบรรยาย ส่วน 3 กลุ่มหลังถูกกระตุ้นโดยวิธีเดียวกัน แต่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น การทดลองครั้งนี้ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสมาชิกในกลุ่มมีโอกาสที่จะได้รับความจริงเกี่ยวกับปัญหาใดๆ ที่เกิดขึ้น กลุ่มหญิงแม่บ้านพยายามจะแก้ปัญหาเหล่านี้ด้วยกัน และยอมรับผลของการแก้ปัญหาเพราะกลุ่มหญิงแม่บ้านถือว่าเป็นผลที่ได้มาจากการแก้ปัญหาของพวกเขาเอง นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าในการทดลองครั้งนี้วิธีการอภิปรายกลุ่มและการตัดสินใจโดยกลุ่มมีผลเหนือกว่าวิธีการสอนแบบเป็นรายบุคคลมาก

โรเอสเลอร์ คูก และ ลิลลาร์ด. (Roessler, Cook & Lillard. 1977 : 313-317) ได้ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อการปรับตัวในการทำงานของผู้พิการ โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 43 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน ใช้เวลาเข้ากลุ่ม 2 ชั่วโมงต่อ 1 สัปดาห์ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม 20 คน ใช้เวลานัดพบกัน 4 ชั่วโมง 30 นาทีต่อ 1 สัปดาห์ติดต่อกัน 5

สัปดาห์เช่นกัน เครื่องมือที่ใช้คือ PAS (personal achievement skills) ผลการศึกษา พบว่า ผู้พิการมีแรงจูงใจที่สามารถกลับไปทำงาน มองชีวิตในแง่ดี เจตคติที่ดีกับงาน และมีความหวังในความสำเร็จมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ฮาร์ดี และคนอื่นๆ. (Hardy and others. 1982: 79 – 86) ได้ศึกษาวิจัยในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยการใช้สื่อสไลด์ประกอบคำบรรยาย และมีการอภิปรายกลุ่ม มีอัตราการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมที่จัดให้ตามปกติ

วอลเลซ และคนอื่นๆ. (Wallace and others. 1987: 30-35) ได้ศึกษาโดยการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้แก่บิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะช่วยเหลือบิดามารดาให้สามารถปรับตัวในการเผชิญกับโรคของเด็ก และพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติดูแลเด็กในด้านการรักษา และการเจริญเติบโต พัฒนาการของเด็กอย่างเหมาะสม บิดามารดาที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 145 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรก จำนวน 89 ราย สามารถเข้าร่วมการทดลองตามโปรแกรมที่จัดไว้คือ เข้ากลุ่มฟังการสอน และอภิปรายกลุ่มร่วมกับบิดามารดาคนอื่นๆ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมงเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนที่เหลือ 56 รายไม่สะดวกที่จะมาเข้ากลุ่ม ได้รับเพียงคู่มือที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกับเนื้อหาที่สอน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนจะมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่ม มีความรู้ในเรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติ ดูแลรวมทั้งมีเจตคติและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของเด็กดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคู่มืออย่างเดียว

เคิลลีย์. (Kitty. 1994: 84) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการอภิปรายกลุ่ม และการดูวิดีโอเทปเรื่องโรคเอดส์ โดยมีการทำแบบทดสอบก่อนทำกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของความรู้เรื่องโรคเอดส์ นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความเห็นใจต่อผู้ป่วยเอดส์ แต่เพศชายมีการยอมรับผู้ป่วยเอดส์น้อยกว่าเพศหญิง และการอภิปรายกลุ่ม พบว่า เพศหญิงยอมรับผู้ป่วยเอดส์มากกว่า แต่มีเจตคติต่อโรคเอดส์ในทางลบ และพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีความเห็นว่าโรคเอดส์เป็นโรคของกลุ่มเกย์ และกลุ่มรักต่างเพศก็สามารถเป็นเอดส์ด้วยเช่นกัน พฤติกรรมเสี่ยงคือการมีเพศสัมพันธ์ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ในเรื่องเอดส์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และวิมล โรมา. (2536 :42) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษารายกลุ่มสำหรับมารดาผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในพฤติกรรมการดูแลบุตร คลินิก

เด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างเดือนกันยายน 2535 – มกราคม 2536 จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 49 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 51 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษารายกลุ่มรวม 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง ระหว่างทดลอง และหลังการทดลอง ภายหลังการทดลอง มารดาผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับการให้คำปรึกษารายกลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงลงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

เพิ่มพูน ธรรมเจริญ. (2536: 2) ได้ศึกษาผลการสอน โดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 38 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการความรู้โดยกระบวนการกลุ่มมีคะแนนการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นวลกนก อัมพาผล. (2537: ก-ข) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอท่ากระโทก จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมด้านสุขวิทยาในการบริโภคอาหารหลังการสอนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มทุกคน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แสงทอง วีระทอง. (2538: ก-ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรามารัตน์ โดยมีกลุ่มศึกษา 36 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 36 คน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการสอนเรื่องโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และไม่พบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการสอนเรื่องโรคเอดส์โดยใช้กระบวนการกลุ่ม พบว่า กลุ่มศึกษามีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าก่อนสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างทางสถิติของคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์

สุนันท์ วงศ์ทองเหลือง. (2539: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโครงการอาหารกลางวัน และการให้โภชนศึกษา เพื่อแก้ไขทุพโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองประสิทธิผลของโครงการอาหารกลางวัน และการให้โภชนศึกษานักเรียนในกลุ่มทดลอง มีแนวโน้มของการ

เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยมีความความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนศึกษาอยู่ในระดับดี ส่วนน้ำหนักนั้นยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ คะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนศึกษาภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก และคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนศึกษา กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 คะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับโภชนศึกษาภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชลดา อินทรสังขนาวิน. (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ในการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยกระบวนการกลุ่มมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดสูงกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กุลอนงค์ ฉัตรทอง. (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อลดระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกกล้ามเนื้อ มดลูก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยโรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรุณี สองประเสริฐ. (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรับบริการฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัด ฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติอยู่ในระดับดี และดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธีระ ภักดีจริง. (2548: บทคัดย่อ) ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนช่องสามหมอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มทดลองได้รับกระบวนการกลุ่มติดต่อกัน 6 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลเท้า และการสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีบาดแผลจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลตนเองในเรื่องของการทำแผล การควบคุมอาหาร ผู้วิจัยยังได้ศึกษาวิธีการจัดโปรแกรมสุขภาพ และวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยได้เลือกวิธีการให้สุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผลได้อย่างถูกต้อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยนำแนวคิด และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบในการประยุกต์ใช้ โปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. รูปแบบการวิจัยและแผนการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การดำเนินการทดลอง
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่นำมาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผลมารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 172 คน (สถิติห้องตักแต่งบาดแผลปี พ.ศ. 2548)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผลมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 40 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการวันจันทร์ อังคาร และพุธ เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และวันพฤหัสบดี ศุกร์ เสาร์ และอาทิตย์ เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Eligibility criteria)

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษแบบผู้ป่วยนอก
2. มีแผลที่เท้าชนิดเฉียบพลัน (Acute wound) ได้แก่ แผลที่เกิดในระยะเวลาสั้นๆ

ไม่เกิน 2-3 สัปดาห์

3. มีอายุระหว่าง 40 - 65 ปี

4. มีความสามารถในการสื่อสารได้ สายตาดี มองเห็นได้ชัดเจน สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของมือได้

5. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. มีหลอดเลือดอุดตันที่ขา คลำชีพจรที่เท้าไม่ได้
2. แผลมีการติดเชื้อรุนแรง
3. มีเลือดออกที่บาดแผล
4. การติดเชื้อในกระดูก (Osteomyelitis)

รูปแบบการวิจัยและแผนการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เป็นรูปแบบวิจัยชนิด Non - randomized control group pretest – posttest แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังภาพประกอบ 2 (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538: 253)

กลุ่มทดลอง $O_1 \quad X \quad O_2$

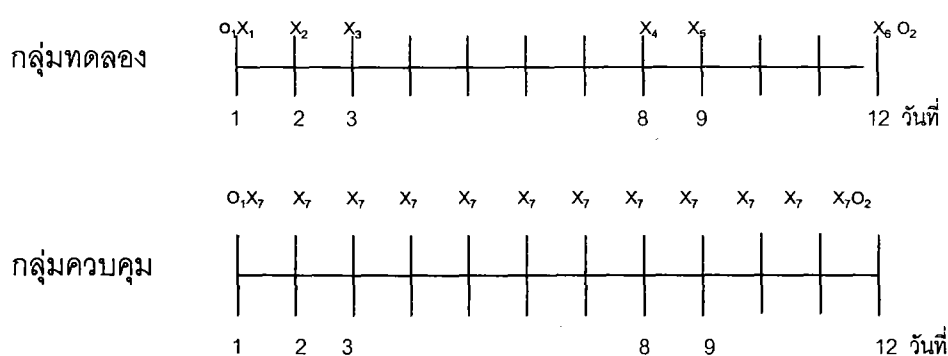
กลุ่มควบคุม $O_1 \quad \sim \quad X \quad O_2$

O_1	หมายถึง	การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
O_2	หมายถึง	การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง
X	หมายถึง	โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม
$\sim X$	หมายถึง	การสอนสุขศึกษาตามปกติ

ภาพประกอบ 2 รูปแบบการวิจัย

แผนการวิจัย

แผนการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการระหว่าง เดือน ธันวาคม 2548-สิงหาคม 2549 รวมเวลา 9 เดือน ศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เก็บข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ใช้เวลาติดตามกลุ่มตัวอย่าง 12 วันต่อกลุ่ม/ต่อราย ดังนี้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ($X_1 - X_6$) และกลุ่มทดลองทำแผลด้วยตนเองทุกวัน วันละ 2 ครั้ง โดยวันที่จัดกิจกรรมกลุ่มทดลองมาทำแผลที่ห้องตักแต่งบาดแผล เพื่อให้ผู้วิจัยประเมิน กลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ และทำแผลทุกวัน โดยเจ้าหน้าที่ห้องตักแต่งบาดแผล



- O_1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
- O_2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง
- X_1 หมายถึง กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 เรื่อง การทำแผล
- X_2 หมายถึง กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 ให้ความรู้และฝึกการบริหารเฉพาะส่วน
กลุ่มทดลองทำแผลด้วยตนเอง ผู้วิจัยประเมินผล
- X_3 หมายถึง กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 ให้ความรู้และสาธิตอาหารเบาหวาน
กลุ่มทดลองทำแผลด้วยตนเอง ผู้วิจัยประเมินผล
- X_4 หมายถึง กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4 สรุปการทำแผลในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง
ทำแผลด้วยตนเอง ผู้วิจัยประเมินผล
- X_5 หมายถึง กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 5 สรุปการบริหารเฉพาะส่วนในผู้ป่วยเบาหวาน
กลุ่มทดลองทำแผลด้วยตนเอง ผู้วิจัยประเมินผล
- X_6 หมายถึง กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 6 สรุปรายการอาหารในผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มทดลองทำแผลด้วยตนเองผู้วิจัยประเมินผล
- X_7 หมายถึง ให้สุขศึกษาตามปกติและทำแผลโดยเจ้าหน้าที่ประจำ

ภาพประกอบ 3 แผนการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. โปรแกรมสุ่มศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมสุ่มศึกษา เรื่องการทำแผล

1.2 โปรแกรมสุ่มศึกษา เรื่องการบริหารเฉพาะส่วน

1.3 โปรแกรมสุ่มศึกษาเรื่องอาหารกับผู้ป่วยเบาหวาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูก ผิด ไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น

3.1 แบบบันทึกการบริหารเฉพาะส่วน เป็นแบบบันทึกการปฏิบัติวันละ 2 ครั้งตามทำการบริหารเฉพาะส่วน

3.2 แบบบันทึกการควบคุมอาหาร ลักษณะเป็นแบบบันทึกการรับประทานอาหารมื้อเช้า กลางวัน และเย็น

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำแผลด้วยตนเองของกลุ่มทดลองเป็นแบบสังเกต ความถูกต้องตามขั้นตอนการทำแผล 11 ขั้นตอน

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการหายของแผล เป็นแบบบันทึกองค์ประกอบการหายของแผล แบ่งออกเป็น

5.1 ขนาดของแผล การวัดขนาดของแผล คือ ความกว้าง ความยาว และลึก ใช้มาตรวัดเป็นมิลลิเมตร

5.2 สีของบาดแผล ประเมินสีของบาดแผลเป็น 3 ระดับ คือ สีแดง/ชมพู สีเหลือง/ซีด และ สีดำ/น้ำตาล

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโปรแกรมสุ่มศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม แบบประเมินการทำแผล แบบบันทึกการบริหารเฉพาะส่วน และแบบบันทึกการอาหารประจำวัน ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ศึกษาจากเอกสารตำรา และผู้เชี่ยวชาญเพื่อประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีขนาดแผล
2. นำโปรแกรม แบบสอบถาม และแบบบันทึกที่สร้างให้คณะกรรมการควบคุม
ปริญญานิพนธ์ตรวจเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข
3. นำโปรแกรม แบบสอบถาม และแบบบันทึกที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ให้
ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา กระบวนการที่ใช้และข้อเสนอแนะ
ต่าง ๆ ต่อกันนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและนำเสนอให้คณะกรรมการควบคุม
ปริญญานิพนธ์ตรวจอีกครั้ง
4. นำโปรแกรมสุ่มศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน
ที่มีขนาดแผลและมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์-
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและนำเสนอ
คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจอีกครั้งหนึ่ง

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย เครื่องมือที่ใช้ในการ
รวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบบันทึกการบริหารเฉพาะส่วน ประกอบด้วยท่าบริหาร 9 ท่า ในระยะเวลา
5 วันที่ผ่านมา บริหารวันละ 2 ครั้ง รวม 10 ครั้ง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามจำนวนครั้งของ
การปฏิบัติ

2. แบบบันทึกการรับประทานอาหาร ในระยะเวลา 5 วันที่ผ่านมา รวมจำนวนมื้อ
อาหารเท่ากับ 15 มื้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ

	ข้อปฏิบัติทางบวก	ข้อปฏิบัติทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ (> 10 มื้อ)	3	0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-10 มื้อ)	2	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง (< 5 มื้อ)	1	2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย (0 มื้อ)	0	3 คะแนน

3. แบบประเมินการทำแผลด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง กำหนดเกณฑ์การให้
คะแนน ตามขั้นตอนการทำแผล 11 ขั้นตอน ดังนี้

ปฏิบัติถูกต้อง	ได้	1	คะแนน
ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ได้	0	คะแนน

4. แบบประเมินการหายของแผลกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

4.1 การวัดขนาดของแผลใช้ คาลิเปอร์ (Caliper) วัดขนาดของแผลและนำไปเทียบกับไม้บรรทัด ใช้มาตรวัดเป็นมิลลิเมตรคือความกว้าง วัดจากตำแหน่ง 9-3 นาฬิกา เป็นแนวเส้นตรง ความยาววัดจากตำแหน่ง 12-6 นาฬิกาเป็นแนวเส้นตรง ความลึกวัดจากส่วนที่ลึกที่สุดของแผลจากปลายไม้พันสำลี เกณฑ์การแปลความหมายเปรียบเทียบการหายของแผลตามการเปลี่ยนแปลงขนาดของแผล ซึ่งวัดเป็นมิลลิเมตร

4.2 การประเมินสีของบาดแผล กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

สีแดง/ชมพู	ได้	2 คะแนน
สีเหลือง/ซีด	ได้	1 คะแนน
สีดำ/น้ำตาล	ได้	0 คะแนน

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพแบบสอบถามการดูแลตนเอง

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถาม และแบบประเมิน ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และภาษาที่ใช้เป็นรายชื่อโดยให้คะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2540: 117)

- +1 หมายถึง ข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
- 0 หมายถึง ข้อคำถามที่ไม่แน่ใจว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
- 1 หมายถึง ข้อคำถามที่ไม่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญรายชื่อ นำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) ระหว่างข้อคำถามกับสิ่งที่ต้องการวัด และเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ไว้ และตัดข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) น้อยกว่า 0.5 ออกไป

2. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาตรวจให้คะแนน และวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ความยากง่าย (Difficulty) ของแบบสอบถามด้านความรู้โรคเบาหวาน โดยหาลัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบถูกต้องจำนวนผู้ที่ตอบถูกต้องทั้งหมด (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 129) ได้ข้อคำถามที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.39-0.70 จำนวน 9 ข้อ

2.2 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

2.2.1 แบบสอบถามความรู้โรคเบาหวาน วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539: 119) ได้ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ จากข้อคำถาม 14 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.41-0.56

2.2.2 แบบสอบถามการควบคุมอาหาร วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539: 119) ได้ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ จากข้อคำถาม 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.41-0.77

2.3 วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

2.3.1 แบบสอบถามความรู้โรคเบาหวาน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (K.R.20) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 129) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.75

2.3.2 แบบสอบถามการควบคุมอาหาร วิเคราะห์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1990: 161) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 125-127) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.64

การดำเนินการทดลอง

1. การจัดกิจกรรมกลุ่ม การดำเนินการทดลองครั้งนี้จัดกิจกรรมกลุ่มโดยใช้กระบวนการกลุ่มแบ่งออกเป็น 6 ครั้ง ดังตาราง 1

ตาราง 1 การดำเนินการทดลองโดยใช้กระบวนการกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง

วันที่	กิจกรรมกลุ่ม	เวลา
1	Pretest	30 นาที
	กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 เรื่องการทำแผลเบาหวาน	
	1. ขั้นสร้างสัมพันธภาพ	15 นาที
	1.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และกำหนดวันนัดหมายพร้อมใบนัดการเข้ากลุ่ม	10 นาที
	1.2 สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง	15 นาที
	1.3 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำแผล ในเรื่องต่อไปนี้	
	- อุปกรณ์การทำแผล	
	- น้ำยาที่ใช้ในการทำแผลและยาใส่แผล	
	- วัสดุที่ใช้ในการปิดแผล	
	- การดูแลความสะอาดของแผล	
	2. ขั้นดำเนินการ	
	2.1 ผู้วิจัยให้สุขศึกษา เรื่องบาดแผลและการหายของแผลเบาหวาน	15 นาที
	2.2 สาธิตและฝึกการทำแผลด้วยตนเองพร้อมอุปกรณ์การทำแผล	15 นาที
	3. ขั้นสรุป	
	3.1 สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อประโยชน์และการคุ้มค่าของการทำแผลด้วยตนเอง	5 นาที
	3.2 ผู้วิจัยจัดเตรียมชุดทำแผลให้กลุ่มทดลองนำไปใช้ในการทำแผลด้วยตนเอง	
	รวม	1 ชั่วโมง 35 นาที

ตาราง 1 (ต่อ)

วันที่	กิจกรรมกลุ่ม	เวลา
2	กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 เรื่องการบริหารเฉพาะส่วน	
	1. ขั้นสร้างสัมพันธภาพ	
	1.1 สมาชิกกลุ่มแสดงการทำแผลด้วยตนเอง	15 นาที
	1.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยประเมินการทำแผลและเปรียบเทียบวิธีการ ทำแผลของสมาชิกกลุ่ม	10 นาที
	2. ขั้นดำเนินการ	
	2.1 ผู้วิจัยให้สุศึกษา เรื่องการบริหารเฉพาะส่วนและแจกแผ่น พับประกอบ	15 นาที
	2.2 สาธิตและฝึกการบริหารเฉพาะส่วน	15 นาที
	3. ขั้นสรุป สมาชิกกลุ่มสรุป เรื่องการบริหารเฉพาะส่วน	5 นาที
	4. ผู้วิจัยมอบหมายให้สมาชิกกลุ่มบันทึก "การบริหารเฉพาะส่วน"	
	รวม	1 ชั่วโมง
3	กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 เรื่องอาหารเบาหวาน	
	1. ขั้นสร้างสัมพันธภาพ สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การ รับประทานอาหารคาว อาหารหวาน (ผลไม้,ขนม) และเครื่องดื่ม	15 นาที
	2. ขั้นดำเนินการ	
	2.1 ผู้วิจัยให้สุศึกษา เรื่องอาหารเบาหวาน พร้อมตัวอย่าง อาหาร และแจกแผ่นพับ	15 นาที
	2.2 สมาชิกกลุ่มร่วมกันจัดเมนูอาหารเบาหวาน เข้า กลางวัน เย็น	15 นาที
	3. ขั้นสรุป สมาชิกกลุ่มแสดงความตั้งใจในการควบคุมการ รับประทานอาหาร	20 นาที
	4. ผู้วิจัยมอบหมายให้สมาชิกกลุ่มบันทึก "เมนูอาหารของฉัน" เป็น เวลา 3 วัน	5 นาที
	5. สมาชิกกลุ่มทำแผลด้วยตนเอง ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยประเมินการ ทำแผล	10 นาที
	รวม	1 ชั่วโมง 25 นาที

ตาราง 1 (ต่อ)

วันที่	กิจกรรมกลุ่ม	เวลา
8	กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำแผลด้วยตนเอง	
	1. สมาชิกกลุ่มทำแผลด้วยตนเอง ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ประเมินการทำแผล	10 นาที
	2. สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรื่องการทำแผลด้วยตนเอง	30 นาที
	2.1 ปัญหาการทำแผลด้วยตนเอง	
	2.2 ประเมินการหายของแผล	
	3. สมาชิกกลุ่มส่งเมนูอาหาร 3 วัน ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์	5 นาที
	รวม	45 นาที
9	กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 5 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรื่องการบริหารเฉพาะส่วน และประเมินอาหารเบาหวาน	
	1. สมาชิกกลุ่มทำแผลด้วยตนเอง ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ประเมินการทำแผล	10 นาที
	2. สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการบริหารเฉพาะส่วน	20 นาที
	2.1 ปัญหาการบริหารเฉพาะส่วน	
	2.2 ระบุท่าบริหารที่ปฏิบัติ 3 ท่าแรก	
	3. ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ “เมนูอาหารของฉัน” ของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มประเมินอาหารเบาหวานต่อไป	30 นาที
	3.1 อาหารประเภทห้ามรับประทาน	
	3.2 อาหารประเภทรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน	
	3.3 อาหารประเภทรับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด	
	4. ผู้วิจัยมอบหมายให้สมาชิกกลุ่มบันทึก “เมนูอาหารของฉัน” ต่อไป	5 นาที
	อีก 1 สัปดาห์ กำหนดส่งในวันที่ 14 จากการทดลอง	
	รวม	1 ชั่วโมง 5 นาที

ตาราง 1 (ต่อ)

วันที่	กิจกรรมกลุ่ม	เวลา
12	กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 6 สรุปเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	
	1. สมาชิกกลุ่มสรุปการดูแลตนเอง	
	1.1 สมาชิกกลุ่มสรุป เรื่องการทำแผลด้วยตนเอง	10 นาที
	1.2 สมาชิกกลุ่มสรุป เรื่องการบริหารเฉพาะส่วน	20 นาที
	1.3 สมาชิกกลุ่มสรุปประเภทอาหารเบาหวาน	10 นาที
	- สมาชิกกลุ่มระบุประเภทอาหารเบาหวาน 3 รายการแรกของตนเองพร้อมแบบบันทึกเมนูอาหารของฉัใน 1 สัปดาห์ ที่ได้รับมอบหมาย	
	- สมาชิกกลุ่มสรุปประเภทอาหารเบาหวาน	
	2. สมาชิกกลุ่มทำแผลด้วยตนเอง ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ประเมินการทำแผล	10 นาที
	3. Post – test	30 นาที
		รวม 1 ชั่วโมง 20 นาที

หมายเหตุ ผู้วิจัยสังเกต และบันทึกปฏิกิริยาของสมาชิกกลุ่มตลอดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

2. การจัดแบ่งกลุ่ม การดำเนินการทดลองครั้งนี้ จัดแบ่งกลุ่มทดลองจำนวน 5 กลุ่มตามแผนการวิจัย ดังตาราง 2

ตาราง 2 ตารางการดำเนินการทดลองของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์
1	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 1	-	-
2	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 1	-	-	กลุ่มที่ 1
3	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 2	-	-
4	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 2	-	-	กลุ่มที่ 2

ตาราง 2 (ต่อ)

ลำดับที่	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์
5	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 3	-	-
6	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 3	-	-	กลุ่มที่ 3
7	กลุ่มที่ 4	กลุ่มที่ 4	กลุ่มที่ 4	-	-
8	กลุ่มที่ 4	กลุ่มที่ 4	-	-	กลุ่มที่ 4
9	กลุ่มที่ 5	กลุ่มที่ 5	กลุ่มที่ 5	-	กลุ่มที่ 5
10	กลุ่มที่ 5	กลุ่มที่ 5	-	-	-

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปยังผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ เพื่อขออนุมัติการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าทีมผู้ป่วยนอก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ดังนี้

3.1 เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองตามแบบสอบถามด้านความรู้ และการปฏิบัติทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 เก็บข้อมูลกระบวนการกลุ่มของกลุ่มทดลองในเรื่องต่อไปนี้

3.2.1 สรุปการทำแผลในกลุ่มทดลอง (วันที่ 8)

3.2.2 สรุปการบริหารเฉพาะส่วนในผู้ป่วยเบาหวาน (วันที่ 9)

3.2.3 สรุปรายการอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน (วันที่ 12)

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร และการหายของแผลภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

3. เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร และการหายของแผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

1.1 ตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
	$\sum R$	แทน	ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

1.2 หาความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร และการหายของแผล โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 129)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าความยากง่ายคำถามแต่ละข้อ
	R	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
	N	แทน	จำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด

1.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

1.3.1 แบบสอบถามด้านความรู้โรคเบาหวาน โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ แบบพอยท์ไบซีเรียล

(Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.2539: 119)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	S_i^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

1.3.2 แบบสอบถามการควบคุมอาหาร โดยหาค่าสหสัมพันธ์รายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.2539: 117-118)

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2] [n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	xy	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Items) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และ คะแนน Y
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองคะแนน X
	$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองคะแนน Y

1.4 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

1.4.1 แบบสอบถามด้านความรู้โรคเบาหวาน โดยใช้สูตร Kuder Richardson 20 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 123)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right\}$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อสอบของแบบทดสอบ
	p	แทน	ค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ
	q	แทน	$1 - p$ (สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ)
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

1.4.2 แบบสอบถามการควบคุมอาหาร ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (alpha coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.2540: 125-127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \frac{1 - \sum S_i^2}{S_t^2}$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	N	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	$\sum S_i^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนของแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

2. สถิติพื้นฐาน

2.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538: 259)

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ	p	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

2.2 หาค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ 2524 : 36)

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ	x	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	$\sum x$	แทน	ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล
	n	แทน	จำนวนคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.3 หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2544: 65)

$$S = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างของมัธยฐาน ความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร และการหายของแผลภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test

3.2 ทดสอบความแตกต่างของมัธยฐาน ความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร และการหายของแผลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Md	แทน	มัธยฐาน
ΔMd	แทน	ความแตกต่างของมัธยฐาน
p	แทน	ความน่าจะเป็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานและดัชนีมวลกาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ส่วนที่ 2 สรุปการจัดการดำเนินการทดลอง โดยใช้กระบวนการกลุ่มของกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างของมัธยฐานความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร ขนาดแผลและสีของแผลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างของมัธยฐานความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร ขนาดแผลและสีของแผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann – Whitney U test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานและดัชนีมวลกาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตาราง 3 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
เพศ		
ชาย	10 (50.00)	7 (35.00)
หญิง	10 (50.00)	13 (65.00)
อายุ (ปี)		
30 - 39	1 (5.00)	1 (5.00)
40 - 49	5 (25.00)	6 (30.00)
50 - 59	7 (35.00)	6 (30.00)
60 - 69	7 (35.00)	7 (35.00)
	$\bar{x} = 55.1 \pm 9.5$	$\bar{x} = 54.2 \pm 9.2$
สถานภาพสมรส		
โสด	3 (15.00)	3 (15.00)
คู่	12 (60.00)	12 (60.00)
ม่าย/หย่า/แยก	5 (25.00)	5 (25.00)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1 (5.00)	0
ประถมศึกษา	13 (65.00)	11 (55.00)
มัธยมศึกษา	5 (25.00)	9 (45.00)
ปริญญาตรี	1 (5.00)	0

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
อาชีพ		
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	1 (5.00)	0
รับจ้าง	4 (20.00)	3 (15.00)
ค้าขาย	3 (15.00)	6 (30.00)
เจ้าของกิจการ	4 (20.00)	0
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	8 (40.00)	11 (55.00)
รายได้เฉลี่ย/เดือน (บาท)		
< 3,000	9 (45.00)	5 (25.00)
3,001 – 8,000	4 (20.00)	11 (55.00)
8,001 – 13,000	2 (10.00)	3 (15.00)
13,000 – 18,000	2 (10.00)	1 (5.00)
> 18,000	3 (15.00)	0
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน (ปี)		
< 5	7 (35.00)	12 (60.00)
5 - 10	10 (50.00)	7 (35.00)
> 10	3 (15.00)	1 (5.00)
	$\bar{x} = 6.2 \pm 4.2$	$\bar{x} = 4.4 \pm 3.1$
ดัชนีมวลกาย (กก./ ม²)		
ผอม (< 18.00)	2 (10.00)	1 (5.00)
ปกติ (18.00-23.00)	5 (25.00)	9 (45.00)
น้ำหนักเกิน (23.01-24.99)	3 (15.00)	3 (15.00)
อ้วนระดับ 1 (25.00-29.99)	9 (45.00)	7 (35.00)
อ้วนระดับ 2 (30.00-39.99)	1 (5.00)	0
	$\bar{x} = 24.00 \pm 6.63$	$\bar{x} = 23.20 \pm 2.98$

จากตาราง 3 พบว่า

เพศ กลุ่มทดลองมีเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.00 และ 35.00 ตามลำดับ

อายุ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีอายุมากกว่า 40 ปี มีช่วงอายุ 40, 50 และ 60 ปีใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 60.00 รองลงมา มีสถานภาพ ม่าย/หย่า/แยก ร้อยละ 25.00 และสถานภาพโสด ร้อยละ 15.00

ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 65.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา ร้อยละ 25.00 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ส่วนกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 55.00 และ 45.00 ตามลำดับ

อาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 40.00 เป็นแม่บ้าน / พ่อบ้าน รองลงมา มีอาชีพใกล้เคียงกันทั้งรับจ้าง เจ้าของกิจการและค้าขาย กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 55.00 เป็นแม่บ้าน / พ่อบ้าน รองลงมา ร้อยละ 30.00 มีอาชีพค้าขาย

รายได้เฉลี่ย / เดือน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 45.00 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 3,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 20.00 มีรายได้ 3,001 – 8,000 บาท ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 55.00 มีรายได้ 3,001 – 8,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 25.00 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 3,000 บาท

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 50.00 ป่วยเป็นเบาหวาน 5 – 6 ปี รองลงมา ร้อยละ 35.00 ป่วยเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี และ ร้อยละ 15.00 ป่วยเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 60.00 ป่วยเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี รองลงมา ร้อยละ 35.00 ป่วยเป็นเบาหวาน 5 – 10 ปี

ดัชนีมวลกาย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในระดับน้ำหนักเกิน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 45.00 อ้วนระดับ 1 รองลงมา ร้อยละ 25.00 อยู่ระดับปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ระดับปกติ และอ้วนระดับ 1 ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 45.00 และ 35.00 ตามลำดับ และร้อยละ 15.00 อยู่ในระดับน้ำหนักเกิน

ส่วนที่ 2 สรุปการจัดดำเนินการทดลองโดยใช้กระบวนการกลุ่มของกลุ่มทดลอง

ตาราง 4 สรุปผลการจัดกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองจำนวน 6 ครั้ง

วันที่	กิจกรรมกลุ่ม	ผลการจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม
1	แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การทำแผล สาธิตและฝึกการทำแผล ด้วยตนเอง	สมาชิกกลุ่มทดลองเคยมีบาดแผลเกิดขึ้น ทำแผลด้วย ตัวเองแต่ไม่รู้วิธีการปฏิบัติ น้ำยาที่ใช้ และอุปกรณ์ใน การทำแผลอย่างถูกต้องถูกวิธี เช่น ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ทำ แผลที่ฆ่าเชื้อโรค ใช้มือจับสำลี ใช้น้ำยาไม่ถูกต้องกับ แผล เช่น ใช้แอลกอฮอล์เช็ดภายในแผล หรือเวลา อาบน้ำไม่ค่อยระวังทำให้แผลเปื่อยน้ำ แต่บางคนที่มี บาดแผลใหม่ครั้งแรกจะไม่กล้าทำแผล ปิดแผล สมาชิกกลุ่มได้ช่วยกันเสริมสร้างพลังในการทำแผล ด้วยตนเอง
2	ให้ศึกษาเรื่องการบริหาร เฉพาะส่วน สาธิตและฝึกการบริหาร เฉพาะส่วน	สมาชิกกลุ่มทดลองเข้าใจถึง ผลดีของการบริหาร เฉพาะส่วนอย่างสม่ำเสมอซึ่งจะช่วยให้การไหลเวียน ของเลือดบริเวณขาและเท้าดีขึ้น อันเป็นผลให้ บาดแผลหายเร็วขึ้น ซึ่งสมาชิกกลุ่มบางคนไม่กล้าจะ บริหารหรือเคลื่อนไหวบริเวณที่เป็นบาดแผลกลัวแผล ฉีกขาด เลือดออก เมื่อได้รับฟังการให้ศึกษา เรื่อง การบริหารเฉพาะส่วน โดยเฉพาะสมาชิกกลุ่มที่ต้อง ตัดนิ้วเท้า สมาชิกกลุ่มสามารถปฏิบัติได้โดยมีแรงจูงใจจากการ ปฏิบัติพร้อมๆ กันของกลุ่ม
3	แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับประทานอาหาร	สมาชิกกลุ่ม กล้าแสดงความคิดเห็น ตอบคำถาม และ อธิบายให้กลุ่มเข้าใจถึงการเลือกรับประทาน

ตาราง 4 (ต่อ)

วันที่	กิจกรรมกลุ่ม	ผลการจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม
	ให้สุขศึกษาเรื่องอาหารเบาหวาน จัดเมนูอาหารเบาหวาน	อาหารและการควบคุมอาหารของตนเอง ซึ่งมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด รวมไปถึงการควบคุมน้ำหนักตัวได้ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับประทานอาหารคาว อาหารหวาน ผัก ผลไม้ และเครื่องดื่ม สมาชิกกลุ่ม สรุปได้ว่าอาหารทุกมื้อมีความสำคัญเท่ากัน สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันจัดเมนูอาหารเบาหวาน เข้ากลางวัน เย็น พบว่าอาหารเข้านั้น สมาชิกกลุ่มบางคนยังมีรายการอาหารประเภทขนมปัง กับกาแฟ หรือนม เนื่องจากความเคยชิน และความเร่งด่วนในการดำเนินชีวิต บางรายการพบว่าอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน และหนัง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ เนื่องจากผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารประเภทนี้เป็นประจำซึ่งเมื่อนำอาหารประเภทเหล่านี้มาพูดคุยกันในกลุ่ม เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรรับประทานอาหารประเภทนี้ เพราะจะทำให้ไขมันในเลือดสูงและอ้วน เมื่อสมาชิกกลุ่มได้รับฟังตัวอย่างรายการอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานแล้วจึงตั้งใจที่จะควบคุมการรับประทานอาหาร และบันทึกเมนูอาหารของตน เป็นเวลา 3 วัน ตามที่ผู้วิจัยมอบหมาย
8	การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำแผลด้วยตนเอง	กลุ่มทดลองบางคนมีอายุมากสายตาไม่ค่อยดี มีความสับสนในการจำขั้นตอน และวิธีการทำแผล สมาชิกกลุ่มคอยให้กำลังใจช่วยบอกขั้นตอนต่าง ๆ ที่ถูกต้องให้ เมื่อเสร็จสิ้นการทำแผล มีการชมเชยมอบขวัญและกำลังใจ ด้วยการปรบมือ ซึ่งทำให้มีความตั้งใจ มั่นใจมากยิ่งขึ้น

ตาราง 4 (ต่อ)

วันที่	กิจกรรมกลุ่ม	ผลการจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม
	ประเมินการหายใจของแผล	เมื่อกลุ่มทดลองได้ปฏิบัติ และดูแลทำแผลด้วยตนเอง ซึ่งจะเห็นขั้นตอนและกระบวนการหายใจของแผลเกิดขึ้นตามลำดับ ตั้งแต่ระยะที่มีการอักเสบ ระยะงอกขยาย จนถึงระยะที่บาดแผลปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติตลอดจนเห็นความสำคัญของการทำแผลด้วยตนเอง ซึ่งต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการสังเกตบาดแผลเป็นระยะ ๆ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติ และทำแผลได้ด้วยตนเอง บาดแผลหายเร็วยิ่งขึ้น
9	การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การบริหาร เฉพาะส่วน วิเคราะห์ "เมนูอาหารของ ฉัน"	การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มได้กระตุ้นสนับสนุน ให้กำลังใจ และร่วมกันบริหารเฉพาะส่วนในทุก ๆ ทำทำให้สมาชิกกลุ่ม สามารถปฏิบัติ และระบุท่าบริหารที่ปฏิบัติมากที่สุด 3 ท่าแรกได้คือ ท่าที่ 1,2,5 เนื่องจากเป็นท่าที่ง่ายต่อการปฏิบัติ นอกจากนี้ท่าที่ 9 จะเป็นท่าที่สมาชิกกลุ่มทดลองที่มีน้ำหนักตัวมาก อ้วน มีพุง ยกขาไม่ขึ้น สมาชิกกลุ่มวิเคราะห์เมนูอาหารเบาหวาน จำนวน 3 วัน ดังนี้ 1. อาหารประเภทห้ามรับประทาน เช่น ขนมหวานต่าง ๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง หรือขนมชนิดมัน หนั๋งเปิด หนั๋งไก่ 2. อาหารประเภทรับประทานได้โดยไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักบุ้ง ตำลึง 3. อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าวกล้อง หัวยั่ว

ตาราง 4 (ต่อ)

วันที่	กิจกรรมกลุ่ม	ผลการจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม
12	สรุปการทำแผลด้วยตนเอง สรุปการบริหารเฉพาะส่วน	สมาชิกกลุ่มสรุป เรื่องการทำแผลด้วยตนเอง 1. สมาชิกกลุ่มสามารถทำแผลได้ด้วยตนเอง ด้วยวิธีและขั้นตอนที่ถูกต้อง ตลอดจนปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง 2. กระบวนการกลุ่มเป็นการเสริมสร้างพลังให้กับสมาชิกที่ไม่กล้า และกลัวการทำแผลด้วยตนเอง เป็นกำลังใจให้กันและกันจนสามารถปฏิบัติได้ 3. ทำให้รู้จักอุปกรณ์ น้ำยาที่ใช้ ในการทำความสะอาดแผล วัสดุที่ใช้ในการปิดแผล ตลอดจนการดูแลความสะอาดของแผล เช่น ห้ามแผลถูกน้ำต้องทำแผลทุกวัน 4. ได้เรียนรู้ถึงการล้างมือที่ถูกต้อง 6 ขั้นตอน ก่อนและหลังการทำแผลซึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการดูแลบาดแผล และป้องกันการติดเชื้อ 5. สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้สังเกตเห็นขั้นตอนและกระบวนการหายของบาดแผลอย่างเป็นรูปธรรม และสามารถสังเกตเห็นลักษณะของแผลติดเชื้อได้ คือ บวม แดง ร้อน 6. ทำให้รู้ถึงการดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดบาดแผลขึ้นใหม่ หรือมิให้บาดแผลลุกลาม เกิดการติดเชื้อขึ้น 7. สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และถ่ายทอดการดูแลบาดแผลอย่างถูกต้องให้เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นได้ สมาชิกกลุ่มสรุปเรื่อง การบริหารเฉพาะส่วน 1. การบริหารเฉพาะส่วนมีความสำคัญต่อการหายของบาดแผล ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงขา และเท้าได้ดี ข้อมต่อ กล้ามเนื้อ และกระดูกส่วนต่างๆ ได้เคลื่อนไหว คล่องตัวมากยิ่งขึ้น 2. การบริหารเฉพาะส่วนสามารถปฏิบัติได้เป็นประจำ

ตาราง 4 (ต่อ)

วันที่	กิจกรรมกลุ่ม	ผลการจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม
	สรุปอาหารเบาหวาน	ทุกวัน เข้า เย็น หรือเมื่อมีเวลารว่าง และการเคลื่อนไหว บริเวณที่มีแดดแผดไม่ทำให้แดดจืดขาด บาดเจ็บ หรือ มีเลือดออกได้ หากไม่หักโหม หรือ ลงน้ำหนักมากเกินไป 3. สรุปทำการบริหารเฉพาะส่วนที่สมาชิกกลุ่ม ส่วนใหญ่ ปฏิบัติได้ 3 ท่าแรก คือ ท่าที่ 1,2 และ 5 4. สมาชิกกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวมากจะบริหารเฉพาะส่วน ได้บางท่าเท่านั้นเนื่องจากยกขาไม่ขึ้นติดหน้าท้องแต่ก็สามารถปฏิบัติท่าที่ถนัดได้ประจำ สมาชิกกลุ่มสรุป เรื่องอาหารเบาหวาน 1. การควบคุมอาหารและการเลือกรับประทานอาหาร อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน มีน้ำตาล อยู่ในระดับปกติ ซึ่งมีผลทำให้บาดแผลหายเร็วยิ่งขึ้น 2. สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ผลร้ายของการไม่ควบคุมอาหาร ซึ่งทำให้บาดแผลไม่หายได้อย่างรวดเร็ว หรือ อาจ ลุกلامทำให้สูญเสียอวัยวะได้ 3. สมาชิกกลุ่มสามารถประเมินประเภทของอาหารที่ เหมาะสมและสามารถรับประทานได้ 4. สามารถจัดเมนูอาหารของตนได้ดีขึ้นและเหมาะสม ในแต่ละมื้ออาหาร 5. สมาชิกกลุ่มสามารถปรับเปลี่ยนและเลือกอาหารที่ ตนเองสามารถรับประทานได้ ตลอดจนเห็น ความสำคัญในการรับประทานอาหารเช้า ซึ่งเป็นมื้อ อาหารที่สำคัญ 6. การรับประทานผักเป็นประจำ และเลือกรับประทาน ผลไม้ที่ไม่หวานมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด และทำให้ สุขภาพดี

การจัดกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม พบว่า สมาชิกมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน ช่วยค้นหาวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่ม ทั้งในเรื่องการทำแผล การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร และนำไปสู่การปฏิบัติจริง

ตาราง 5 การจัดกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม พบว่ากลุ่มมีอิทธิพลต่อผลการวิเคราะห์การทำแผลครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4 ของกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน

การทำแผล	n	Md	range	Wilcoxon	
				Signed Rank test	p
ครั้งที่ 1	20	5.50	11.00	3.42	<.001
ครั้งที่ 2	20	10.00	4.00		
ครั้งที่ 2	20	10.00	4.00	2.96	.002
ครั้งที่ 3	20	11.00	1.00		
ครั้งที่ 3	20	11.00	1.00	1.41	.079
ครั้งที่ 4	20	11.00	0		
ครั้งที่ 1	20	5.50	1.00	3.42	<.001
ครั้งที่ 3	20	11.00	1.00		
ครั้งที่ 1	20	5.50	11.00	3.42	<.001
ครั้งที่ 4	20	11.00	0		
ครั้งที่ 2	20	10.00	4.00	2.97	.002
ครั้งที่ 4	20	11.00	0		

การดำเนินการทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินการทำแผลด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง 6 ครั้ง จากตาราง 5 พบว่า การทำแผลของกลุ่มทดลอง ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ การทำแผลเริ่มคงที่ในครั้งที่ 3 และคงที่ในครั้งที่ 4 – 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองสามารถทำแผลได้อย่างถูกต้องด้วยตนเองตามวัตถุประสงค์

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร ขนาดแผลและสีของแผล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

ตาราง 6 การวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร ขนาดแผล และสีของแผล ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง

		Wilcoxon Signed			
การทดสอบ		n	Md	range	Rank Test p
ความรู้โรคเบาหวาน	ก่อนทดลอง	20	6.50	4.00	3.76 <.001
	หลังทดลอง	20	8.00	02.00	
การบริหารเฉพาะส่วน	ก่อนทดลอง	20	0	0	3.93 <.001
	หลังทดลอง	20	55.00	70.00	
การควบคุมอาหาร	ก่อนทดลอง	20	14.00	4.00	3.88 <.001
	หลังทดลอง	20	17.00	4.00	
ขนาดแผล	ก่อนทดลอง	20	24.00	754.20	3.92 <.001
	หลังทดลอง	20	6.00	300.00	
สีของแผล	ก่อนทดลอง	20	1.00	2.00	4.15 <.001
	หลังทดลอง	20	2.00	0	

จากตาราง 6 พบว่ากลุ่มทดลองมีตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังต่อไปนี้

ความรู้โรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีความรู้โรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.1

การบริหารเฉพาะส่วน กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองไม่มีการบริหารเฉพาะส่วน หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการบริหารเฉพาะส่วนสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.2

การควบคุมอาหาร กลุ่มทดลองมีการควบคุมอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.3

การหายของแผล กลุ่มทดลองมีขนาดของแผลหลังการทดลองเล็กกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีสีของแผลหลังการทดลองแดงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.4

ตาราง 7 การวิเคราะห์ความแตกต่างความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร ขนาดแผล และสีของแผล ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มควบคุม

					Wilcoxon Signed	
การทดสอบ		n	Md	range	Rank test	p
ความรู้โรคเบาหวาน	ก่อนทดลอง	20	7.00	4.00	3.78	<.001
	หลังทดลอง	20	9.00	3.00		
การบริหารเฉพาะส่วน	ก่อนทดลอง	20	0	0	3.95	<.001
	หลังทดลอง	20	47.50	60.00		
การควบคุมอาหาร	ก่อนทดลอง	20	12.00	7.00	3.85	<.001
	หลังทดลอง	20	15.00	5.00		
ขนาดแผล	ก่อนทดลอง	20	12.00	119.92	3.06	.001
	หลังทดลอง	20	8.75	82.42		
สีของแผล	ก่อนทดลอง	20	1.00	1.00	3.00	.002
	หลังทดลอง	20	2.00	1.00		

จากตาราง 7 พบว่ากลุ่มควบคุมมีตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังต่อไปนี้

ความรู้โรคเบาหวาน กลุ่มควบคุมมีความรู้โรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริหารเฉพาะส่วน กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองไม่มีการบริหารเฉพาะส่วน หลังการทดลองมีการบริหารเฉพาะส่วนสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การควบคุมอาหาร กลุ่มควบคุมมีการควบคุมอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การหายของแผล กลุ่มควบคุมมีขนาดของแผลหลังการทดลองเล็กกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีสีของแผลหลังการทดลองแดงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร ขนาดแผลและสีของแผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2

ตาราง 8 การวิเคราะห์ความแตกต่างความรู้โรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร ขนาดแผล และสีของแผล ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	กลุ่มตัวอย่าง	n	Md	range	Mann-Whitney		
					U test	z	p
ความรู้โรคเบาหวาน	กลุ่มทดลอง	20	6.50	4.00	169.00	.869	.193
	กลุ่มควบคุม	20	7.00	4.00			
การควบคุมอาหาร	กลุ่มทดลอง	20	14.00	4.00	72.50	3.509	<.001
	กลุ่มควบคุม	20	12.00	7.00			
ขนาดแผล	กลุ่มทดลอง	20	24.00	754.20	116.00	2.279	.012
	กลุ่มควบคุม	20	12.00	119.92			

ตาราง 8 (ต่อ)

การทดสอบ	กลุ่มตัวอย่าง	n	Md	range	Mann-Whitney		
					U test	z	p
สีของแผล	กลุ่มทดลอง	20	1.00	2.00	172.00	1.148	.126
	กลุ่มควบคุม	20	1.00	1.00			

จากตาราง 8 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีตัวแปรที่ศึกษา 2 ตัวที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้โรคเบาหวาน และสีของแผล นอกจากนี้ ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ไม่มีการบริหารเฉพาะส่วน ดังนั้น การเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่างของตัวแปรทั้ง 2 จึงวิเคราะห์ด้วยมัธยฐาน (Md)

แต่ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีตัวแปรที่ศึกษาอีก 2 ตัวที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการควบคุมอาหาร และขนาดของแผล ดังนั้นการเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่างของตัวแปรทั้ง 2 จึงวิเคราะห์ด้วยความแตกต่างของมัธยฐาน (ΔMd)

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร ขนาดแผล และสีของแผล หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	กลุ่มตัวอย่าง	n	Md/ ΔMd	range	Mann-Whitney		
					U test	z	p
ความรู้โรคเบาหวาน	กลุ่มทดลอง	20	8.00	2.00	153.00	1.461	.072
	กลุ่มควบคุม	20	9.00	3.00			
การบริหารเฉพาะส่วน	กลุ่มทดลอง	20	55.00	70.00	188.00	.331	.371
	กลุ่มควบคุม	20	47.50	60.00			
การควบคุมอาหาร	กลุ่มทดลอง	20	3.00	4.00	154.50	1.273	.102
	กลุ่มควบคุม	20	3.00	5.00			

ตาราง 9 (ต่อ)

การทดสอบ	กลุ่มตัวอย่าง	n	Md/ Δ Md	range	Mann-Whitney		
					U Test	z	p
ขนาดแผล	กลุ่มทดลอง	20	15.00	455.00			
	กลุ่มควบคุม	20	1.78	117.45	72.00	3.465	<.001
สีของแผล	กลุ่มทดลอง	20	2.00	0			
	กลุ่มควบคุม	20	2.00	1.00	130.00	2.876	.002

หมายเหตุ ความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน สีของแผล ใช้ค่า Md

การควบคุมอาหาร ขนาดแผล ใช้ค่า Δ Md

จากตาราง 9 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการหายของแผลดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมทั้งองค์ประกอบของขนาดของแผลและสีของแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2.4

ส่วนความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน และการควบคุมอาหารหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2.1, 2.2, และ 2.3

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอเชิงทฤษฎีจากงานวิจัย

สังเขป ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. กลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้ภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง
 - 1.1 ความรู้โรคเบาหวาน
 - 1.2 การบริหารเฉพาะส่วน
 - 1.3 การควบคุมอาหาร
 - 1.4 การหายของแผล
2. กลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้ดีกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง
 - 2.1 ความรู้โรคเบาหวาน
 - 2.2 การบริหารเฉพาะส่วน
 - 2.3 การควบคุมอาหาร
 - 2.4 การหายของแผล

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผลมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 40 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมสุขศึกษา เรื่องการทำแผล การบริหารเฉพาะส่วน และอาหารเบาหวาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการสุขภาพ แบ่งออกเป็น แบบบันทึกการบริหารเฉพาะส่วน และแบบสอบถามการควบคุมอาหาร

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำแผลด้วยตนเอง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการหายของแผล แบ่งออกเป็น ขนาดของแผล และสีของบาดแผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ทดสอบความแตกต่าง ความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร และการหายของแผลภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test

2. ทดสอบความแตกต่าง ความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร และการหายของแผลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุเฉลี่ยประมาณ 55 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา มีอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 8,000 บาท ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ยประมาณ 4-6 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยในระดับน้ำหนักเกิน

2. ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า

2.1 กลุ่มทดลอง มีความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน การควบคุมอาหาร และการหายของแผลหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2.2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการหายของแผล ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน และการควบคุมอาหารไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความรู้โรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีความรู้โรคเบาหวานหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สมมุติฐาน ข้อ 1.1 แต่การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2.1 แสดงให้เห็นว่าการทดลองโดยใช้กระบวนการกลุ่มทั้ง 6 ครั้ง ทำให้การให้สุขศึกษาในวันที่ 1 ของการวิจัยดีขึ้น แต่ไม่แตกต่างจากการสอนสุขศึกษาตามปกติซึ่งได้รับการสอนทุกครั้งที่มาตามนัดหมาย แต่อย่างไรก็ตามความเข้าใจในปัญหาของโรค และการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการทำกระบวนการกลุ่มตลอดการวิจัย ขณะเดียวกันกระบวนการกลุ่มมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มในการจดจำบทเรียน

2. การบริหารเฉพาะส่วน กลุ่มทดลองมีการบริหารเฉพาะส่วนหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สมมุติฐานข้อ 1.2 แต่การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 2.2 แสดงให้เห็นว่าการทดลองโดยใช้กระบวนการกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองมีการบันทึกการบริหารเฉพาะส่วนในแต่ละวันตลอดการวิจัยเพื่อเป็นข้อมูลในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการบริหารเฉพาะส่วน (กิจกรรมครั้งที่ 5) และร่วมกันสรุปการบริหารเฉพาะส่วน (กิจกรรมครั้งที่ 6) ทำให้กลุ่มทดลองซึ่งไม่เคยบริหารเฉพาะส่วน สามารถบริหารเฉพาะส่วนได้อย่างสม่ำเสมออย่างไรก็ตามความยากง่ายของการบริหารเฉพาะส่วนทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ปฏิบัติได้ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ อย่างไรก็ตามการบริหารเฉพาะส่วนที่มีความเป็นไปได้เชิงปฏิบัติสูงสุด 3 ท่าแรก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ ท่าที่ 1, 2 และ 5 ท่าที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ท่าที่ 3 และ 4

3. การควบคุมอาหาร กลุ่มทดลองมีการควบคุมอาหารหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1.3 แต่การเปรียบเทียบ

ระหว่างกลุ่ม หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2.3 แสดงให้เห็นว่าการทดลองโดยใช้กระบวนการกลุ่ม กลุ่มทดลองได้ร่วมกันจัดเมนูอาหารเบาหวาน (กิจกรรมครั้งที่ 3) ร่วมกันวิเคราะห์เมนูอาหาร(กิจกรรมครั้งที่ 5) และร่วมกันสรุปอาหารเบาหวาน(กิจกรรมครั้งที่ 6) ทำให้กลุ่มทดลองสามารถควบคุมอาหารดีขึ้น อย่างไรก็ตามความเคยชินในการรับประทานอาหาร และความสะดวกในการจัดหาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการควบคุมอาหาร ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ปฏิบัติได้ใกล้เคียงกัน เช่น อาหารประเภทข้าวหมูแดง ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู และอาหารประเภทผัก

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน และการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน คมเพชร จัตรศุภกุล. (2522: 14-15) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของกลุ่มบุคคลที่ได้มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพึงพอใจซึ่งกันและกันของกลุ่ม จะช่วยให้ค้นพบวิธีการแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้บุคคลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน ซึ่งคุณค่าของกระบวนการกลุ่มจะอยู่ในขณะดำเนินกลุ่ม บุคคลในกลุ่มจะได้รับการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาความรู้ไปในทางที่ดีขึ้น สุริย์ จันทรโมลี. (2527: 100-102) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เกิดการตัดสินใจด้วยการยอมรับและสมัครใจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถาวร และชไมพร มุขโต. (2525: 15) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง โดยผู้วิจัยได้นำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นการนำกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่มที่ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น เสนอแนวทางในการแก้ปัญหาอันนำไปสู่การปฏิบัติที่เกิดการยอมรับ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการทำแผลด้วยตนเอง นอกจากนี้ สื่อการสอนต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ประกอบการบรรยายได้แก่ ภาพพลิก เอกสารแผ่นพับที่ให้กลับไปศึกษาต่อด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งก่อให้เกิดการทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในทางที่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม โรบินสัน. (Robinson. 1985: 11) กล่าวว่า เนื่องจากประชาชนในประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวนมากมองเห็นผลเสียต่อสุขภาพบางประการที่เกิดจากการรักษาโรค และประชาชนมีความสามารถที่จะจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมได้มากขึ้น จึงทำให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างรวดเร็ว และในปัจจุบันแพทย์และพยาบาล จะเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดกลุ่มมากขึ้น (Dean. 1986: 281) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีระยะเวลาที่ป่วยประมาณ 5 ปี ทำให้ความสามารถที่จะจัดการกับตนเองไม่แตกต่างกัน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับจากรวรรณ รัชมีเหลืออ่อน. (2535: ก-ข) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่า และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับการรักษาด้วยรังสีที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลจำนวน 40 ราย โดยผู้ป่วย 20 คนแรกถูกจัดอยู่ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการรักษาพยาบาลปกติ และผู้ป่วย 20 คนถัดมาถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ซึ่งใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองนอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษพบว่า ก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2527: 163-168) ได้ศึกษาผลการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลศูนย์เขียงรายประชาชนนครราชสีมา จังหวัดเขียงราย ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาวิจัยเพียง 2 เดือน ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ระยะเวลาอันสั้นไม่อาจส่งผลถึงระดับความดันโลหิตได้ และไม่มี ความแตกต่างของน้ำหนักตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน ไกรเทพ. (2548: 104-109) ซึ่งพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารดีกว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่แตกต่างจากนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 กลุ่มควบคุม และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี ส่องประเสริฐ. (2544: 88-90) ซึ่งพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การหายของแผล กลุ่มทดลองมีการหายของแผลทั้งองค์ประกอบของขนาดของบาดแผล และสีของบาดแผล หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1.4 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการหายของบาดแผลทั้งองค์ประกอบขนาดของแผลและสีของแผลดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2.4 ทั้งนี้เนื่องจากการทดลองโดยใช้กระบวนการกลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการสาธิต และฝึกการทำแผลด้วยตนเอง (กิจกรรมครั้งที่ 1) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ

การทำแผลด้วยตนเอง (กิจกรรมครั้งที่ 4) และร่วมกันสรุปการทำแผลด้วยตนเอง (กิจกรรมครั้งที่ 6) นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มสามารถกระตุ้นให้กลุ่มทดลองสนใจ และสามารถทำแผลด้วยตนเองได้ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง และเมื่อจำเป็น โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล โดยพบว่ากลุ่มทดลองสามารถทำแผลได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นมา ส่วนกลุ่มควบคุมต้องมาโรงพยาบาลเพื่อทำแผลทุกวัน เพียงวันละ 1 ครั้ง แสดงให้เห็นว่า แผลเบาหวานระยะเฉียบพลัน หากได้รับการทำความสะอาดบ่อยครั้ง และถูกต้อง ทำให้การหายของแผลของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้โรคเบาหวาน การบริหารเฉพาะส่วน และการควบคุมอาหาร ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการสอนจากปกติทุกวัน แต่กระบวนการกลุ่มสามารถเสริมสร้างพลังในการทำแผลด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองที่มีบาดแผลมีความมั่นใจในการทำแผล และสามารถทำแผลด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง และบาดแผลหาย มีการออกขายได้ดีเป็นลำดับ ซึ่งผลที่ได้นับว่าคุ้มค่าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีบาดแผล

2. ลักษณะแผลที่เท้าชนิดเฉียบพลัน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นเกณฑ์สำหรับการพิจารณาให้ผู้ป่วยเบาหวานทำแผลได้ด้วยตนเอง ดังนั้นควรมีการสนับสนุนการจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง และกับเจ้าหน้าที่ อันจะทำให้เกิดการเรียนรู้ปัญหาในการดำเนินชีวิต เรียนรู้การปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ภายหลังการจัดกระบวนการกลุ่ม ควรอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในกิจกรรม

2. จัดให้มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อการทำแผลด้วยตนเองในผู้ป่วยที่มีบาดแผลเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยที่มีบาดแผลจากหลอดเลือดดำอักเสบ แผลมะเร็งต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องทำแผลทุกวัน และเปลี่ยนทำความสะอาดแผลเมื่อแผลจะ ถ้าผู้ป่วยสามารถทำแผลได้ด้วยตนเองก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาทำแผลที่โรงพยาบาล ไม่เกิดความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และเวลาที่ต้องเดินทาง

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งเป็นแนวทางในการลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางตลอดจนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชกร สังขชาติ. (2536). *ความรู้เบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ชลบุรี: ภาควิชาการศึกษานอก
ระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. อุดลำนาค.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2540). *แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2541)*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองบรรณธิการใกล้หมอ. (2546). *คู่มือเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: บริษัท ก.พล จำกัด.
- กันยา สุวรรณแสง. (2536). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: รวมสาส์น.
- กลอนงค์ ฉัตรทอง. (2544). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อลดระดับ
ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยเนื้องอกกล้ามเนื้อกระดูก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
อูดลำนาค.
- คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2535). *รายงานการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง.
กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก*.
- จารุวรรณ รัชมีเหลืออ่อน. (2535). *ผลของการใช้กลุ่มช่วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่า และความ
สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับรังสี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. อูดลำนาค.
- จิตร จิรรัตน์สถิต และมณี แก้วปลั่ง. (2543). *ปรึกษาแพทย์เรื่องเบาหวาน*. เชียงใหม่: โครงการตำราหน่วย
วารสารวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา มณฑลปัญญากุล. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง).
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
อูดลำนาค.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2547). *ทฤษฎีทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทิมา โคชะนันท์. (2544). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อูดลำนาค.

- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. อัดสำเนา.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2526). *"ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก."* เอกสารประกอบการสอนวิชา พัฒนาเด็กและการเลี้ยงดูเด็ก. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- ชลดา อินทรสังขนาวิน. (2542). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ ;และวิมล โรมา. (2536, กันยายน-มกราคม). "ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาสำหรับมารดาผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในพฤติกรรมการดูแลบุตร คลินิกเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลลำปาง". *วารสารสุขศึกษา*. 62 (ฉบับที่ 16): 42.
- ชาญชัย เรืองขจร. (2540). *เอกสารคำสอนวิชาหลักและวิธีการด้านสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาการพิมพ์.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เทพนิมิตรการแพทย์.
- ชไมพร มุขโต. (2525). *ผลการใช้กิจกรรมในการพัฒนาความซื่อสัตย์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- ดวงเดือน ไกรเทพ. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนกลุ่มสหวิทยาเขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- ถวิล ธาวาโกชน. (2523). *กระบวนการกลุ่ม*. ลพบุรี: ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะวิชาครุศาสตร์ วิทยาลัยครูเทพสตรี.
- ทัศนีย์ หงษาครประเสริฐ. (2540). *ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- ทศนา แคมณี. (2522). *กลุ่มสัมพันธ์ : ทฤษฎีและแนวปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: บุรพาศิลป์.

- เทพ หิมะทองคำ. (2546). *ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ธนวรรณ อิมสมบูรณ์. (2532, ตุลาคม – ธันวาคม). “การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ”.
- วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ*. 15 (ฉบับที่ 4): 11 – 15.
- ธีระ ภักดีจุง. (2548). *การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนช่องสามหมอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ*.
- ปริญญา นิพนธ์ สธ.ม. ขอนแก่น; บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *อดสำเนา.นิภา มนูญิจ*. (2538). *การวิจัยทางสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต.
- บุญทิพย์ สิริรังศรี. (2539). *ผู้ป่วยเบาหวาน : การดูแลแบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพิมพ์ ศูนย์อาเขียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2527). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: การพิมพ์พระนคร.
- บุญยง เกี่ยวการค้า. (2526). “วิธีการสุขศึกษา”. (เอกสารการสอนวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาสุขศึกษา). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). “จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข.” ในเอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยา หน่วยที่ 11. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2527). “พฤติกรรมสุขภาพ”. (เอกสารการประชุมชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 สาขาวิชาสุขศึกษา). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- _____. (2534). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรวรรณสูตร. (2525). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรียาภรณ์ บุญเยี่ยม. (2545). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร*. ปริญญา นิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *อดสำเนา*.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงใหม่ล่าสุด)*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- _____. (2543). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: เจริญผลการพิมพ์.

- เพิ่มพูน ธรรมเจริญ. (2536). ผลการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีวิทยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อุดลำนเา.
- เพ็ญศรี ระเบียบ. (2545). การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: บริษัท ลิฟวิงทราเวล มีเดีย จำกัด.
- ไพฑูรย์ ลือกิจนา. (2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ที่ทำงานนอกร้าน โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อุดลำนเา.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเองของทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: แสงแดดการพิมพ์.
- เยาวลักษณ์ โพธิ์ตาและคณะ. (2539). พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี สถาบันพระบรมราชชนก. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2538). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วชิรพร โชติพานัส. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อุดลำนเา.
- วิจิตรา กุสมภ์ (2546). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินิจ เกตุขำและคมเพชร จัตรสกุล. (2522). กระบวนการกลุ่ม (ศึกษา 325). กรุงเทพฯ: พิธีพัฒนาการพิมพ์.
- วินิจ เกตุขำ และคมเพชร จัตรสกุล. (2528). กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- วิทยา ศรีดามา. (2541). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา ศรีดามา. (2542). ตำราอายุรศาสตร์ 3. กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2542). ตำราอายุรศาสตร์ 3. กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .

- วิทยา ศรีดามา. (2545). *การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลาวัณย์ ประทีปแก้ว. (2533). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในโรงเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรวิ ฐะคำ. (2523). *จิตวิทยาแนะแนวและการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ: จงเจริญการพิมพ์.
- วัลยา ดันตโยทัยและอดิษฐ์ สงดี. (2538). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4*. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- วารี ระกิติ. (2530). "หลักการสอนสุขศึกษา." (เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศิริธร ยิ่งรุ่งเรือง. (2541). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพมารดาในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อุดลำนานา.
- ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล. (2546). *ตำราโรคเบาหวาน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2539). "พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง". *เอกสารคำสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วย 1-7* หน้า 93-150. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2538). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง.
- สุกันยา ฉัตรสุวรรณ. (2529). *ผลการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยเพื่อลดระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระฉก*. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. อุดลำนานา.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). *โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- _____. (2525). *การสอนสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุภาณี เสนาดีชัย. (2543). *การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- สมณฑา เสรีรัตน์. (2539). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: อรุณศิลป์ครีเอชั่น.

- สุรางค์ พันธุ์เยี่ยม. (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการรักษาที่สถานีนอนามัย อำเภอลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุรีย์ จันทรมล. (2527). วิธีการทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- แสงทอง ธีระทองคำ. (2538). ประสิทธิภาพของกระบวนการกลุ่มต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- แสงระวี รัชมีแจ่ม. (2545). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในสถานสงเคราะห์ โรงพยาบาลพระประแดง. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- ลำเรียง ถาวรทรัพย์. (2548) ประสิทธิภาพของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการป้องกันสารเสพติดของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- หน่วยเวชระเบียนและเวชสถิติ ฝ่ายวิชาการ. (2546). สถิติผลการปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.
- อรุณี สองประเสริฐ. (2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสนามไชยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- อาภาภรณ์ เรียบเลิศหิรัญ. (2537). ประสิทธิภาพของการให้สุขศึกษาแบบพิเศษที่มีพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.

- อภิชาติ วิษณุวัฒน์ และคณะ. (2546). *ตำราโรคเบาหวาน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เว็บบอร์ด
การพิมพ์.
- Bennett, G., & Moddy, M. (1995). *Wound care for Health Professional S*. London: Chapman
& Hall.
- Black J.M., and Jacob, E.M. (1997). *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders
Company.
- Beyant, R.A. (Ed.). (1992). *Acute and Chronic wounds Nursing Management*. St Louis: Mosby
YearBook.
- Bloom, S.B. (1975). Taxonomy of Education objective. *Hand book 1 : Cognitive Domain*. New
York: David McKay Co. Inc.
- Carville, K. (1995). *Wound Care Manual*. Hoiton St: The Silver Chain Nursing Association.
- Dowgthy, D.B. (1992). *Principle of wound healing and wound chronic Wound S: Nursing
Management*. St. Louis: Msby Year Book.
- Johnson, M.P. (1982, May – June). "Support Group for Patients of Chronicill Children. *Pediatric
Nursing*. 8 (3): 160 – 163.
- Klemp. (1986). *Adolescents with IDDM and their Families the Fok of management Role of
Management Ru possibility Diabetes Knowledge and Skills and Family Support in
Compliance and Metabolic Control*: P.H.D. University of Miami.
- Lang, G.C. (1981). *Making sense "about diabetes*. Dakota narratives of illness Medical
Natheropolgy.
- Lewin, L.S. (1976). "The lay personal primary care practice". *Public health report*. 91 (2):
206.
- Lohn, Christian. (1996, October). *Prevention of Non – Insulin – Dependent Diabeters Mellitus
(NIDDM) Among the Southern Cheyenne : An Auslysis of its Prevalence, Risk Factors
and initial Treatment Among Full – Blood Fill – Blood Indians*. Dissertation Abstracts
international.
- Marran, G.D. (1984, July). "Self – help group can they helps" *Journal Psychosocial Nursing*.
22.

- O'Connor, P, J. and others. (1987, November – December). "Metabolic Control in Non – insulin Dependent Diabetes Mellitus: Factors Associated with Patient Customers," *Diabetes Care*. 10 (6): 967 – 701.
- Robinson, D. (1985). Self-help group, *British Journal Hospital Medicine*. 34(2): 109-111.
- Roessler, R, Cook, D. & Lillard,D. (1977). "Effect of Systemic group Counseling on work adjustment clients. *Journal of counseling psychology*. 24 (4) : 313 - 317.
- Rosenblum, R.K. (1994, July – August). Developing a pediatric patient – family education program, in *pediatric Nursing*. 20: 356 – 362
- Schmith, F.E. & P.J. Woodridge. (1973, March – April). "Psychological preparation of surgical patients" *Nursing Research*. 22 (2): 109 – 115.
- Twaddle, A.C. (1981). *Sickness Behavior and The Sick-Role*. Massachusetts: Schenkmen Publishing Company.
- Wallace, M.H. and others. (1987). "Parents of Canny term survivors of childhood cancer: A preliminary survey to Characterizing concerned needs" *Oncology nursing term*. 14 (2): 30 – 35.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---|---|
| 1. รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมพ์ลักษณ์ รังษีกินตร | อาจารย์ระดับ 8
หัวหน้าภาคการศึกษาทั่วไป
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ |
| 3. อาจารย์ ดร.จารุพร สาธนี | อาจารย์ 2 ระดับ 7
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ |
| 4. นางสาวดวงพร ไช้เนาค | พยาบาลวิชาชีพ 9 วช.
หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล |
| 5. นายแพทย์อนันต์ มโนมัยพิบูลย์ | นายแพทย์ 9 วช. ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม
หัวหน้าศูนย์ส่งเสริมการวิจัย
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล |

ภาคผนวก ข

หนังสือขอเชิญผู้เชี่ยวชาญและขอความร่วมมือ

ที่ ศธ 0519.12/๗444



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/๔ พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกึ่งการแพทย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย โปรแกรมสุศึกษา

เนื่องด้วย นางรวิสดี บุญจางู นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน และ รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมพ์ลักษณ์ รังนิภโนคร และ อาจารย์จางูพร สารนีย์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโปรแกรมสุศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางรวิสดี บุญจางู และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จีระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443109 มือถือ 01-6559767



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5731

ที่ ศธ 0519.12/7445

วันที่ 14 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางรวิศดี บุญขจร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุศึกษา โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน และ รองศาสตราจารย์ธาดา วัฒนวิเศษเวที เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์วิรัช สุขวงศ์ เป็นผู้ช่วยฯตรวจโปรแกรมสุศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางรวิศดี บุญขจร และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศร 0519.12/7443



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ศูนย์วิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/4 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอยื่นเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย โปรแกรมสุขภาพ

เนื่องด้วย นางรศวดี บุญขจร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาบัตร เรื่อง “ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน และ รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัชรเวที เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาบัตร ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวดวงพร โคะนาค พยาบาลวิชาชีพ 8 วช. และ นายแพทย์ อนันต์ นโมมัยทิบูลย์ นายแพทย์ 8 วช. เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจโปรแกรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางรศวดี บุญขจร และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จิระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443109 มือถือ 01-6559767

ที่ ศร 0519.12/7654



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๔ พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และแผนการจัดการเรียนรู้

เนื่องด้วย นางรวิศดี บุษยะจาร์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ
โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ
วชิรพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน และ รองศาสตราจารย์ธาดา วัฒนวิเศษ
เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
โดยขอใช้สถานที่เพื่อใช้แผนการจัดการเรียนรู้การดูแลแผลด้วยตนเอง และการบริหารเฉพาะส่วนการบริโภคอาหาร
กับผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 110 คน และตอบแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ
การกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2548 - มกราคม 2549

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางรวิศดี บุษยะจาร์ ได้เก็บข้อมูล
เพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-244-3109 มือถือ 01-655-9767

ภาคผนวก ค
หนังสืออนุมัติการวิจัยในคน

No. Y. 90

Ethics Committee

For

Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

Title of Project : The Effectiveness of Health Education
Program with Group Process on Health
Behaviors for Diabetes Mellitus Patients at
Bangkok Metropolitan Administration Medical
College and Vajira Hospital

Registered Number : 0049.49

Principal Investigator : Mrs. Russawadee Bussayajaru

Name of Institution : Bangkok Metropolitan Administration
Medical College and Vajira Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics
Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of
Helsinki.

Chairman

(Mr. Pitinan Natrujirote)

Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL 26 APR. 2006

ภาคผนวก ง
โปรแกรมสุขศึกษา
โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 เรื่องบาดแผลและการทำแผล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่อง การหายของแผล
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทำแผลได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้แผลหายเร็วขึ้น

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 35 นาที

กิจกรรม

1. ขั้นสร้างสัมพันธภาพ

1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและกำหนดวันนัดพร้อมใบนัดการเข้ากลุ่ม

1.2 สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง ประวัติการเจ็บป่วย การเกิดแผล การดูแลแผลด้วยตนเอง และการรักษาที่ผ่านมา

1.3 สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำแผลด้วยตนเองที่ผ่านมาในเรื่อง ต่อไปนี้

1.3.1 อุปกรณ์การทำแผล

1.3.2 น้ำยาที่ใช้ในการล้างแผล และยาใส่แผล

1.3.3 วัสดุที่ใช้ในการปิดแผล

1.3.4 การดูแลความสะอาดของแผล

หมายเหตุ * ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์ น้ำยา วัสดุที่ใช้สำหรับการทำแผลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำแผลด้วยตนเอง

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยให้สุขศึกษาเรื่องบาดแผลและการหายของแผลเบาหวาน

2.2 สาธิตและฝึกการทำแผลด้วยตนเองพร้อมอุปกรณ์การทำแผลเบาหวาน

3. ขั้นสรุป

3.1 สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อประโยชน์และความคุ้มค่าของการทำแผลด้วยตนเอง

3.2 ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกปฏิกิริยาสมาชิกกลุ่ม

3.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมชุดทำแผลให้กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ในการทำแผลด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกปฏิกิริยาของสมาชิกกลุ่มตลอดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

การสอนสุขศึกษาเรื่องบาดแผล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการหายของแผล
2. เพื่อให้สามารถทำแผลได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้แผลหายเร็วขึ้น

เนื้อหา

บาดแผล โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อย ซึ่งก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้มากมายโดยเฉพาะแผลเบาหวาน มีผู้ประมาณไว้ว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยเบาหวานจะเกิดแผลที่เท้าทำให้มีอัตราการถูกตัดเท้าสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 15 - 46 เท่า

แผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเกิดได้จากหลายปัจจัย บางรายแผลอาจเกิดจากการบาดเจ็บ ธรรมดา อุบัติเหตุ การบาดเจ็บซ้ำๆ หรือมีการบาดเจ็บตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้จะทำให้แผลลุกลามและรักษาได้ยาก สาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเกิดแผลบริเวณผิวหนัง คือ การเสียดสีและแรงกดในบริเวณนั้นเป็นเวลานานๆ ซึ่งในผู้ป่วยเบาหวานจะรู้สึกเจ็บปวดทำให้ไม่เปลี่ยนท่าในการลงน้ำหนัก เมื่อเกิดแผลบนผิวหนังผู้ป่วยยังคงเดินอยู่ในท่าเดิมทำให้เกิดแรงกดซ้ำๆ บนแผลนั้นและดันให้แบคทีเรียลึกเข้าไปในเนื้อเยื่อ เส้นเอ็น และกระดูกได้

แผลเบาหวานเป็นแผลที่มีการไหลเวียนของเลือดไม่ดี เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน หลอดเลือดตีบแข็งออกซิเจนไปเลี้ยงแผลไม่เพียงพอ มีกระบวนการหายของแผลช้าการสร้างเนื้อเยื่อลดลง ทำให้ติดเชื้อเกิดเนื้อตายและหายยาก ผิวหนังเกิดการฉีกขาดหรือบาดเจ็บซ้ำอีกได้ง่าย กระบวนการหายของแผลจึงเป็นไปได้ช้า ดังนั้นจึงต้องป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและให้การดูแลผิวหนังให้ดีที่สุด

การหายของแผล

เมื่อผิวหนังและเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของการสมานแผลหรือการหายของแผลกระทั่งแผลตกสะเก็ดและเป็นรอบแผลเป็น ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการหายของแผล เช่น ภาวะโภชนาการการบริหารเฉพาะส่วน และการทำแผล

ดังนั้นเมื่อเกิดบาดแผล จึงมีกระบวนการหายของแผลเกิดขึ้นตามลำดับ ซึ่งการประเมินบาดแผลได้แก่

1. การวัดขนาดของแผล บาดแผลจะมีทั้งความยาว ความกว้างและบางรายอาจมีความลึก การวัดขนาดของบาดแผล จึงจำเป็นต้องวัดทั้ง 3 มิติ โดยใช้มาตราวัดเป็นมิลลิเมตร คือ
 - 1.1 ความยาว วัดจากตำแหน่ง 12 นาฬิกา ถึง 6 นาฬิกา เป็นแนวเส้นตรง
 - 1.2 ความกว้าง วัดจากตำแหน่ง 3 นาฬิกา ถึง 9 นาฬิกา เป็นแนวเส้นตรง
 - 1.3 ความลึก โดยการใส่ปลายไม้พันสำลีใส่เข้าไปในบาดแผลตำแหน่งที่ลึกที่สุด และหมุนไม้พันสำลีลงไปจนสุด โดยวิธีการปราศจากเชื้อ

2. การประเมินสีของบาดแผลโดยสังเกตสีของแผลดังนี้

2.1 สีแดง เป็นแผลที่มีตุ่มเนื้อเล็กๆ สีชมพูอ่อน ซึ่งแสดงถึงการสมานของแผลและจะเจริญปกคลุมหนาขึ้นกลายเป็นสีแดงเข้มขึ้น

2.2 สีเหลือง เป็นสีของสิ่งขับหลังที่ออกมาจากแผลมีลักษณะเหลืองขุ่น เหลืองปนเขียวหรือสีเหลืองปนแดง และมีเนื้อตายเป็นสีเหลือง

2.3 สีดำ เป็นแผลที่มีเนื้อเยื่อตายมากที่สุด เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงมี สิ่งขับหลังออกมาจากแผลมีเนื้อตายสีดำ หรืออาจเป็นสีเทา น้ำตาลเข้ม

การทำแผล

เมื่อเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บและเกิดบาดแผลขึ้น การทำความสะอาดแผลเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการส่งเสริมการหายของแผล ในการทำแผลที่ดีและถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยหายกลับคืนสู่ภาวะปกติได้รวดเร็วขึ้น

การทำแผล หมายถึง การชำระล้างทำความสะอาดรอบๆ บาดแผลและภายในบาดแผลด้วย น้ำยาชะล้างเชื้อและ/ หรือให้น้ำเกลือ ตลอดจนการตกแต่งบาดแผล การกำจัดเนื้อตายรวมทั้งการใส่ยาหรือยาปฏิชีวนะที่บาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบาดแผลและช่วยส่งเสริมการหายของแผล

อุปกรณ์

1. ชุดทำความสะอาดปราศจากเชื้อชนิดใช้ครั้งเดียวประกอบด้วย

- ถาดหลุม
- สำลี
- ผ้าก๊อซ
- ปากคีบ

2. น้ำยาที่ใช้ทำแผล ได้แก่

- แอลกอฮอล์ 70%
- น้ำเกลือ 0.9%
- น้ำยาที่ใช้ตามความเหมาะสม และตามแผนการรักษา

3. พลาสเตอร์ปิดแผลและ/หรือผ้าพันแผล

ขั้นตอนการทำแผล

1. ล้างมือ
2. เตรียมอุปกรณ์ในการทำแผล
3. เปิดชุดทำแผล
4. เทน้ำยาที่ใช้ล้างแผลลงในถาดหลุม
5. เปิดแผล

6. ใช้ปากคีบหยิบสำลีชุบแอลกอฮอล์ เช็ดทำความสะอาดบริเวณรอบๆ แผลโดยเช็ดทำความสะอาดเป็นวงกลม จากขอบแผลเป็นวงกว้างออกไปประมาณ 2 นิ้ว
7. ใช้น้ำเกลือ 0.9% เช็ดแผลโดยเช็ดจากด้านในออกด้านนอกจนแผลสะอาด
8. ทำความสะอาดผิวหนังรอบๆ ด้วยแอลกอฮอล์ จากขอบแผลเป็นวงกว้างออกไปประมาณ 2 นิ้ว
9. ใช้ก๊อสชุบน้ำเกลือ 0.9% หรือบิดหมาดๆ ใส่ไว้ในแผลอย่างหลวมๆ ใสน้ำยาตามแผนการรักษา
10. ปิดแผลด้วยผ้าก๊อส และปิดพลาสติกหรือใช้ผ้าพันแผล
11. ล้างมือ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรคอีกครั้ง

โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 เรื่อง การบริหารเฉพาะส่วน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่อง การบริหารเฉพาะส่วน
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถบริหารเฉพาะส่วนได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตทำให้แผลหายเร็วขึ้น

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรม

1. ขั้นสร้างสัมพันธภาพ
 - 1.1 สมาชิกกลุ่มจัดอุปกรณ์น้ำยาและวัสดุที่ใช้ในการปิดแผลพร้อมทั้งแสดงการทำแผลด้วยตนเอง
 - 1.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยประเมินการทำแผลและเปรียบเทียบวิธีการทำแผลของสมาชิกกลุ่ม
เพื่อให้เห็นความแตกต่างและนำไปสู่แนวทางการแก้ไขในวิธีที่ถูกต้อง
2. ขั้นดำเนินการ
 - 2.1 ผู้วิจัยให้สุขศึกษาเรื่อง การบริหารเฉพาะส่วนและแจกแผ่นพับ
 - 2.2 สาธิตและฝึกการบริหารเฉพาะส่วน
3. ขั้นสรุปสมาชิกกลุ่มแสดงความตั้งใจในการบริหารเฉพาะส่วน
4. ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกปฏิกิริยาของสมาชิกกลุ่มตลอดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
5. ผู้วิจัยมอบแบบบันทึกการบริหารเฉพาะส่วน

การสอนสุขศึกษา เรื่อง การบริหารเฉพาะส่วน

วัตถุประสงค์

1. ให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการบริหารเฉพาะส่วน
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถบริหารเฉพาะส่วนได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตทำให้แผลหายเร็วขึ้น

เนื้อหา

การออกกำลังกายชนิดลงน้ำหนักเป็นข้อห้ามในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผล ดังนั้นจึงควรจออกกำลังกายด้วยวิธีไม่ลงน้ำหนัก เช่น การบริหารเท้า ซึ่งช่วยทำให้การหมุนเวียนของโลหิตที่เท้าดีขึ้นการบริหารเท้าควรทำให้เป็นกิจวัตรประจำวัน

ท่าบริหารเท้ามีดังต่อไปนี้

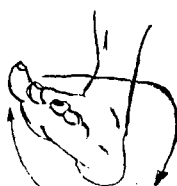
ท่าที่ 1 งอนิ้วเท้าของเท้าทั้ง 2 ข้างขึ้นมา แล้วเหยียดตรงลงข้างล่างโดยที่ไม่ยกส้นเท้า ปฏิบัติ 10 ครั้ง ตามรูป



ท่าที่ 2 ยกปลายเท้าทั้งหมดของเท้าทั้ง 2 ข้างขึ้นสูงจากพื้นที่สุดเท่าที่จะสูงได้ โดยที่ไม่ยกส้นเท้า แล้วยกส้นเท้าขึ้นโดยที่ปลายนิ้วยังอยู่ที่พื้น ปฏิบัติ 10 ครั้ง ตามรูป



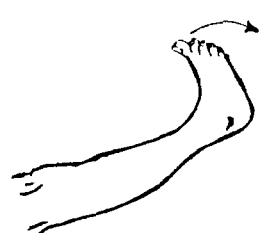
ท่าที่ 3 วางส้นเท้าอยู่กับพื้น แล้วยกปลายเท้าทั้ง 2 ข้างหมุนเป็นวงกลม และกลับมาอยู่ตรงกลาง ปฏิบัติ 10 ครั้ง ตามรูป



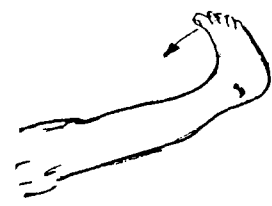
ท่าที่ 4 วางปลายเท้าอยู่กับพื้น แล้วยกส้นเท้าหมุนเป็นวงกลม และกลับมาอยู่ตรงกลาง ปฏิบัติ 10 ครั้ง ตามรูป



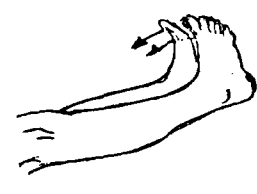
ท่าที่ 5 ยกเข่าขึ้นและยืดขาทีละข้าง แล้วเหยียดเท้าโดยให้ปลายเท้าชี้เหยียดตรงข้ามกับตัวเรา แล้วค่อย ๆ วางเท้าลงบนพื้น ปฏิบัติข้างละ 10 ครั้ง ตามรูป



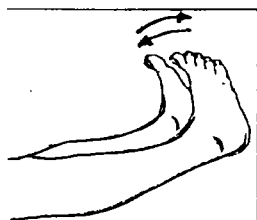
ท่าที่ 6 ยืดขาทีละข้างออกไปในขณะที่ส้นเท้ายึดอยู่ที่พื้น แล้วยกขาขึ้นมาให้ตรงขนานกับพื้นและจัดฝ่าเท้าเข้ามาหาตัวแล้วยืดกลับ ปฏิบัติข้างละ 10 ครั้ง ตามรูป



ท่าที่ 7 ทำเหมือนท่าที่ 6 แต่ทำ 2 ข้างพร้อมกัน ปฏิบัติ 10 ครั้ง



ท่าที่ 8 ยืดและงอฝ่าเท้าสลับกันโดยทำพร้อมกันกับข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง โดยใช้ข้อเท้าขยับ แต่ไม่ขยับขา ปฏิบัติ 10 ครั้ง ตามรูป



ท่าที่ 9 เขี่ยขาให้ตรงแล้วยกขึ้นขนานกับพื้น หมุนข้อเท้าให้ปลายเท้าหมุนเป็นวงกลม นับ 1-10 โดยใช้ปลายเท้าเขียนเป็นตัวเลขในอากาศตั้งแต่ 1-10



โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 เรื่องอาหารเบาหวาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่อง อาหารเบาหวาน
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมการรับประทานอาหารเบาหวานได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 25 นาที

กิจกรรม

1. ขั้นสร้างสัมพันธภาพ

สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานอาหารประเภทอาหารคาว อาหารหวาน และเครื่องดื่มเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. ขั้นดำเนินการ
 - 2.1 ผู้วิจัยให้สุขศึกษา เรื่อง อาหารเบาหวานพร้อมตัวอย่างอาหาร และแจกแผ่นพับ
 - 2.2 สมาชิกกลุ่มร่วมกันจัดเมนูอาหารเบาหวานเข้า กลางวัน เย็น
3. ขั้นสรุป สมาชิกกลุ่มแสดงความตั้งใจร่วมกัน (พันธะสัญญากลุ่ม) ในการควบคุมการรับประทานอาหาร
4. ผู้วิจัย มอบหมายให้สมาชิกกลุ่มบันทึก "เมนูอาหารของฉัน" เป็นเวลา 3 วัน
5. สมาชิกกลุ่มทำแผลด้วยตนเอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยประเมินการทำแผล

การสอนสุขศึกษา เรื่อง อาหารเบาหวาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมการรับประทานอาหารเบาหวานได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

เนื้อหา

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีปัญหาจากการที่ร่างกายใช้น้ำตาลได้ไม่ดี น้ำตาลในร่างกายส่วนใหญ่ได้มาจากอาหารที่รับประทาน ดังนั้นการให้โภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจึงมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมต่อสุขภาพ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจะบรรลุเป้าหมายและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตนและการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการควบคุมอาหาร จึงกล่าวได้ว่าการควบคุมโรคเบาหวาน นั้นบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดคือผู้ป่วยเอง

การควบคุมอาหารเป็นเรื่องสำคัญอันดับแรก และเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน เพียงแต่ผู้ป่วยลดอาหารพวกแป้งและน้ำตาลก็จะช่วยลดน้ำตาลในเลือดลงและป้องกันการเกิดหลอดเลือดตีบแข็งได้

การควบคุมอาหารที่สำคัญ ได้แก่

1. ต้องกินอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เช่นเดียวกับคนปกติ ทั่วไป ซึ่งขึ้นอยู่กับน้ำหนัก อายุ เพศ อาชีพ และการออกกำลังกาย เพียงแต่ลดจำนวนคาร์โบไฮเดรตและเพิ่มโปรตีนให้มากขึ้นเพื่อเป็นการชดเชย การกินผักต่างๆ ให้มากเพื่อให้ได้วิตามิน เกลือแร่ และไม่ช่วยให้หิวบ่อย การรับประทานอาหารในผู้ป่วยที่รักษาโดยการควบคุมอาหารและรับประทานยาไปด้วย ควรจะรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายมีไขมันน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง

2. การควบคุมน้ำหนักตัว เป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมโรคเบาหวาน การควบคุมน้ำหนักจึงเป็นปัญหาหลักที่ต้องดูแล

ประเภทอาหารเบาหวาน

อาหารผู้ป่วยเบาหวานนั้นแบ่งง่ายๆ เป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 ห้ามรับประทาน ได้แก่ อาหารน้ำตาล และขนมหวาน เช่น ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา น้ำผลไม้ซึ่งมีน้ำตาลประมาณร้อยละ 15 ยกเว้นน้ำมะเขือเทศมีน้ำตาลประมาณร้อยละ 1 น้ำชาใส่น้ำตาล กาแฟดำใส่น้ำตาล นมข้นหวาน หรือครีมเทียม ควรใส่นมจืดพว่องไข่มัน หรือน้ำตาลเทียม

ประเภทที่ 2 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด อาหารเหล่านี้มีวิตามินและเกลือแร่ แต่ให้พลังงานต่ำนอกจากนั้นยังมีกากอาหารที่เรียกว่า ไฟเบอร์ ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลงและลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้

ประเภทที่ 3 รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง (คาร์โบไฮเดรต) ปัจจุบันอาหารพวกแป้งนั้นไม่จำกัดถ้าผู้ป่วยไม่อ้วนมาก เนื่องจากรับประทานคาร์โบไฮเดรตมากขึ้นไม่ได้ทำให้ระดับน้ำตาลสะสมสูงขึ้น แต่ควรเลือกรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตที่มีคุณภาพ คือ เลือกคาร์โบไฮเดรตที่มีปริมาณไฟเบอร์ (เส้นใยอาหาร) มากและมีการดูดซึมช้า ถ้าดื่มกาแฟดำ ควรใส่นมจืดพรมันเนย หรือน้ำตาลเทียมแทน

การควบคุมเบาหวานที่ดี ต้องเริ่มโดยการกินอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายที่จะทำให้น้ำหนักใกล้เคียงมาตรฐาน ไม่ควรอดอาหารมากเกินไป มีอาการออกกำลังกายบ้างจะช่วยให้การเผาผลาญ น้ำตาลและไขมันดีขึ้น

โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4 เรื่อง ประสพการณ์การทำแผลด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการดูแลบาดแผลด้วยตนเอง
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินการหายของแผล

ระยะเวลา 45 นาที

กิจกรรม

1. **ขั้นสร้างสัมพันธภาพ**
 - 1.1 สมาชิกกลุ่มจัดอุปกรณ์น้ำยาและวัสดุที่ใช้ในการปิดแผลพร้อมทั้งทำแผลด้วยตนเอง
 - 1.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วย ประเมินการทำแผลเพื่อนำไปสู่การประเมินการหายของแผลในแต่ละคน
2. **ขั้นดำเนินการ**
 - 2.1 สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการทำแผลด้วยตนเอง
 - 2.2 สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประเมินการหายของแผลในแต่ละคน
 - 2.3 สมาชิกกลุ่มประเมินผลและประโยชน์จากการทำแผลด้วยตนเอง
3. **ขั้นสรุป**

สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการทำแผลด้วยตนเองกับแผลเบาหวาน
4. **สมาชิกกลุ่มส่งเมนูอาหาร 3 วัน** ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์เพื่อประเมินอาหารเบาหวานรายบุคคลใน

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 5

5. **ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกปฏิกิริยาของสมาชิกกลุ่มตลอดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม**

**โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 5 เรื่อง ประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารเฉพาะส่วนและอาหารเบาหวาน
วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการบริหารเฉพาะส่วน
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการควบคุมการรับประทานอาหารเบาหวาน

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรม

1. **ขั้นสร้างสัมพันธภาพ**
 - 1.1 สมาชิกกลุ่มจัดอุปกรณ์น้ำยาและวัสดุที่ใช้ในการปิดแผล พร้อมทั้งทำแผลด้วยตนเอง
 - 1.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยประเมินการทำแผลเพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมการหายของแผล
2. **ขั้นตอนการดำเนินการ**
 - 2.1 สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่อง การบริหารเฉพาะส่วน
 - 2.1.1 สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการบริหารเฉพาะส่วน
 - 2.1.2 สมาชิกกลุ่มระบุท่าบริหารที่ปฏิบัติ 3 ท่าแรกที่เหมาะสมกับตนเอง
 - 2.2 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ "เมนูอาหารของฉัน" ของสมาชิกกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มประเมินอาหารเบาหวานดังต่อไปนี้
 - 2.2.1 อาหารประเภทห้ามรับประทาน
 - 2.2.2 อาหารประเภทรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน
 - 2.2.3 อาหารประเภทรับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด
3. **ขั้นสรุป**

สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการบริหารเฉพาะส่วนและอาหารเบาหวาน กับแผลเบาหวาน
4. ผู้วิจัยมอบหมายให้สมาชิกกลุ่มบันทึก "เมนูอาหารของฉัน" ต่อไปอีก 5 วันกำหนดส่งในวันที่ 14 ของการวิจัย
5. ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกปฏิกิริยาของสมาชิกกลุ่มตลอดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 6 เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแล เรื่อง การทำแผลได้ด้วยตนเอง
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแล เรื่อง การบริหารเฉพาะส่วนได้ด้วยตนเอง
3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแล เรื่อง การควบคุมการรับประทานอาหารเบาหวานได้ด้วยตนเอง

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรม

1. ขั้นสร้างสัมพันธภาพ
สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
2. ขั้นดำเนินการ
2.1 สมาชิกกลุ่มสรุปการทำแผลเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางในการทำแผลได้ด้วยตนเองอย่าง

ถูกต้อง

2.1.1 ขั้นตอนการเตรียมอุปกรณ์ น้ำยา

2.1.2 ขั้นตอนการทำแผล

2.1.3 ขั้นตอนการปิดแผล

2.2 สมาชิกกลุ่มสรุปการบริหารเฉพาะส่วน เพื่อเป็นแนวทางในการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตของอวัยวะส่วนปลาย

2.3 สมาชิกกลุ่มสรุปรายการอาหารเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมการรับประทานอาหารเบาหวาน ได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

2.3.1 สมาชิกกลุ่มระบุนายการอาหารเบาหวาน 3 ราย การแรกของตนเองพร้อมแบบบันทึก "เมนูอาหารของฉัน" ใน 5 วัน ที่ได้รับมอบหมาย

2.3.2 สมาชิกกลุ่มสรุปประเภทอาหารเบาหวาน

3. สมาชิกกลุ่มทำแผลด้วยตนเองผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยประเมินการทำแผล

4. ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกปฏิกิริยาของสมาชิกกลุ่มตลอดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

ใบนัดการทำกิจกรรมกลุ่ม

ชื่อ-สกุล.....

HN.....

ห้องตึกแต่งบาดแผล กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์

กิจกรรมกลุ่ม

1. ทำแผลด้วยตนเอง
2. บริหารเฉพาะส่วน
3. กำหนดเมนูอาหาร

การทำกิจกรรมกลุ่ม

ครั้งที่ 1 วันที่.....

ครั้งที่ 2 วันที่.....

ครั้งที่ 3 วันที่.....

ครั้งที่ 4 วันที่.....

ครั้งที่ 5 วันที่.....

ครั้งที่ 6 วันที่.....

ในการทำกิจกรรมกลุ่ม

กรุณาเข้าร่วมกิจกรรม
และนำบัตรนัดมาด้วยทุกครั้ง

ด้วยความปรารถนาดีจาก

รศวดี บุษยะจาร์

หัวหน้าห้องตึกแต่งบาดแผล

โทร 02-244310

ภาคผนวก จ
แผนพับเอกสารความรู้



การบริहारหน้า

การบริหารหน้าช่วยทำให้การหมุนเวียนเลือด
ที่เท้าดีขึ้น หมั่นบริหารหน้าท่าละ 10 ครั้ง
ให้เป็นกิจวัตรประจำวัน เพื่อสุขภาพของเท้าที่ดี

การบริหารเฉพาะส่วน

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์
หอศกแต่งบาดแผล
โทร. 0-2244-3109

ด้วยความปรารถนาดี
จาก

รศ.วดี บุษยะจารุ

หัวหน้าหอศกแต่งบาดแผล



ท่าที่ 1 ปฏิบัติ 10 ครั้ง

1. งอนิ้วเท้าของเท้าทั้ง 2 ข้าง ขึ้นมาข้างบน (ตามรูป) แล้วเหยียดตรงลงข้างล่าง โดยที่ไม่ยกส้นเท้า



ท่าที่ 4 ปฏิบัติ 10 ครั้ง

1. ให้นิ้วปลายเท้าอยู่กับพื้น
2. ยกส้นเท้า
3. หมุนส้นเท้าให้เป็นวงกลม และกลับมาอยู่ตรงกลาง



ท่าที่ 5 ปฏิบัติข้างละ 10 ครั้ง ท่าที่ละข้าง

1. ยกเข่าขึ้น
2. ยืดขาทั้งสองข้าง
3. เหยียดเท้าโดยให้นิ้วปลายเท้าซึ่งเหยียดตรงข้างกับตัวเรา
4. แล้วค่อย ๆ วางเท้าลงบนพื้นและทำอย่างนี้กับขาอีกข้างหนึ่ง



ท่าที่ 6 ปฏิบัติข้างละ 10 ครั้ง ท่าที่ละข้าง

1. ยืดขาทั้งสองข้างออกไปในขณะที่ยืนเท้าอยู่ที่นี่
2. ยกขาขึ้นมาให้ตรงขนานกับพื้น
3. งดฝ่าเท้าเข้ามาหาตัว
4. แล้วยืดกลับ



ท่าที่ 7 ปฏิบัติ 10 ครั้ง

ท่าเหมือนท่าที่ 6 แต่ทำ 2 ข้างพร้อมกัน



ท่าที่ 8 ปฏิบัติ 10 ครั้ง ยกเข่าขึ้น

ยืดและงอฝ่าเท้าสลับกันโดยทำพร้อมกันของเท้าทั้ง 2 ข้าง โดยใช้ข้อเท้ายันแต่ไม่ขยับขา

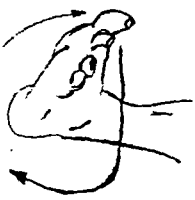


ท่าที่ 9 ปฏิบัติข้างละ 10 ครั้ง

1. เหยียดขาให้ตรงแล้วยกขึ้นขนานกับพื้น
 2. ใช้นิ้วเท้าหมุนปลายเท้าเป็นวงกลม
- นับ (ใช้เท้าเขียนเป็นตัวเลขในอากาศตั้งแต่ 1 ถึง 10)

ท่าที่ 2 ปฏิบัติ 10 ครั้ง

1. ยกปลายเท้าทั้งหมดของเท้าทั้ง 2 ข้าง ขึ้นสูงจากพื้นที่สุดเท่าที่จะสูงได้ โดยที่ไม่ยกส้นเท้า
2. ยกส้นเท้าขึ้นโดยที่ปลายนิ้วยืนอยู่ที่พื้น



ท่าที่ 3 ปฏิบัติ

1. ยกส้นเท้าขึ้น
2. ยกปลายเท้าของเท้าทั้ง 2 ข้าง
3. หมุนปลายเท้าเป็นวงกลมและกลับมาอยู่ตรงกลาง

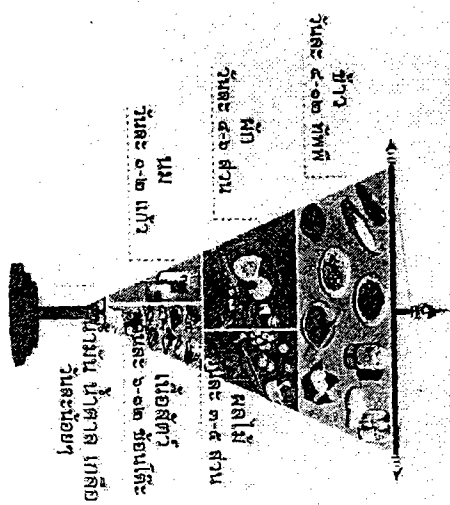


การเลือกวัตถุดิบในการประกอบอาหารเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น

การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น

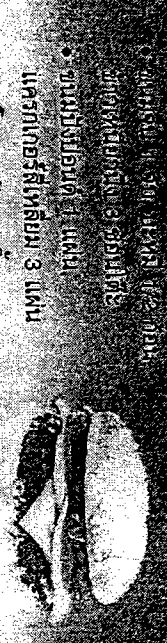
เลือกประเภทอาหารตามงบประมาณ

- ควบคุม 5 หมู่
- เลือกอาหารหลากหลายชนิดไม่ซ้ำ จำจ
- สลับเปลี่ยนเมนูอาหารในหมวดเดียวกันได้ในหมวดผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ โดยหมวดข้าว-แป้ง เป็นอาหารหลัก สลับกับผลิตภัณฑ์จากแป้งเป็นบางส่วน



หมวดผัก แป้ง และผลิตภัณฑ์

- 1 ส่วน ให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี โปรตีน 2 กรัม
- คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม
- ข้าวสุก 1/3 ถ้วยตวง (1 ทัพพีเล็กในถ้วยหรือชามข้าวไฟฟ้า)
- ข้าวต้ม 3/4 ถ้วยตวง (2 ทัพพีเล็ก), ร่วนเล็กน้อย 2/3 ถ้วยตวง



การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น

การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น



การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น

การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น

การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น

การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น

การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น

การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น

การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น

การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น



- กลัวย่น้ำหรือกล้วยไข่ 1 ผลกลาง (45 กรัม), แอปเปิ้ล 1 ผลเล็ก, ทุเรียน 1 เม็ดกลาง (40 กรัม), ละมุด 1 1/2 ผล
- กลัวย่น้ำหอม หรือกล้วยไข่ 1/2 ผลใหญ่ (50 กรัม) ผึ่ง 1/2 ผลกลาง (120 กรัม), มะม่วงอ่อนหรือ 1/2 ผลกลาง (80 กรัม), มะม่วงดิบ 1/2 ผลใหญ่ (100 กรัม)
- ส้มเขียวหวาน 2 ผลกลาง (150 กรัม), ส้มโอ 2 กลีบใหญ่, มะขามหวาน 2 ผล
- ขมิ้น 4 ผลใหญ่ (250 กรัม), เงาะ 4 ผลใหญ่
- ลำไย 6 ผล, สาลี่ 7 ผล, ลองกอง 10 ผล, องุ่น 15 ผล
- มะละกอสุก 8 ชิ้นขนาดคำ, แตงโม 10 ชิ้นขนาดคำ
- น้ำผลไม้ 1/3 ถ้วยตวง, น้ำแครอท 1/2 ถ้วยตวง

การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น

การเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยและน่ารับประทานมากขึ้น

แบบสอบถามการสำรวจข้อมูล

แบบสอบถามการสำรวจข้อมูลนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทย ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์

วัตถุประสงค์ของการสำรวจข้อมูลนี้ มีดังนี้

ชนิดอาหาร	น้ำหนักต่อจาน (กรัม)	พลังงาน (กิโลแคลอรี)
ข้าวสวยหุงสุก	289	438
ข้าวเหนียวหุงสุก	318	483
ข้าวเหนียวหุงสุก	320	540
ข้าวเหนียวหุงสุก	293	554
ข้าวเหนียวหุงสุก	315	557
ข้าวเหนียวหุงสุก	300	596
ข้าวเหนียวหุงสุก	494	352
ข้าวเหนียวหุงสุก	354	397
ข้าวเหนียวหุงสุก	295	530
ข้าวเหนียวหุงสุก	244	577
ข้าวเหนียวหุงสุก	350	679
ข้าวเหนียวหุงสุก	347	259
ข้าวเหนียวหุงสุก	272	456
ข้าวเหนียวหุงสุก	367	497
ข้าวเหนียวหุงสุก	323	243
ข้าวเหนียวหุงสุก	435	332
ข้าวเหนียวหุงสุก	345	411
ข้าวเหนียวหุงสุก	373	876
ข้าวเหนียวหุงสุก	150	385
ข้าวเหนียวหุงสุก	162	369
ข้าวเหนียวหุงสุก	166	255
ข้าวเหนียวหุงสุก	111	167

รูปแบบการบริโภค

การบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารของคนไทยมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์

วัตถุประสงค์ของการสำรวจข้อมูลนี้ มีดังนี้

- โอเคไหม 1 ก้อน ให้ผลผลิตและอาหารทอดในน้ำมัน
- ตะโก 4 กระแสไฟฟ้า (1 x 1 นิ้ว) ให้ผลผลิตและอาหารทอดในน้ำมัน
- เท้าในหม้อน้ำ 1 อันกลมขนาด 2 นิ้ว ให้ผลผลิต 1 หัฟฟิในหม้อน้ำ
- ข้าวเหนียว 1/2 ถ้วย ให้ผลผลิต 1 หัฟฟิ และอาหารทอดในหม้อน้ำ

ไม่ควรรับประทานขนมหม้อน้ำ นอกจากในโอกาสพิเศษ เช่น วันเกิด ปีใหม่ และควรทำในระยะเวลาที่รวดเร็วและในปริมาณที่เหมาะสม

ไม่ควรรับประทานขนมหม้อน้ำ เพราะจะทำให้ร่างกายได้รับพลังงานมากเกินไป

น้ำตาลเทียมส่วนใหญ่ที่ขายในประเทศไทย เป็นแอลกอฮอล์แทน ซึ่งมีส่วนผสมเป็น 200 เท่าของน้ำตาลทราย แอลกอฮอล์แทน 1 ช้อน (38 มิลลิกรัม) ให้พลังงานเท่ากับน้ำตาล 2 ช้อนชา ผู้ที่ยังคงติดรสหวาน สามารถใช้ใส่น้ำตาล หรือเครื่องดื่มได้ แอลกอฮอล์แทนทดแทนความหวานไม่ได้ จึงต้องให้ใส่หลังรับประทานอาหารแล้ว

การบริโภคอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาได้ทดสอบความปลอดภัยและอนุญาตให้ใช้แอลกอฮอล์แทนได้ไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ฟรุ๊ตคอส เป็นน้ำตาลผลไม้ มีรสหวานกว่าน้ำตาลทรายเกือบ 2 เท่า จึงใช้ปริมาณน้อยกว่า แม้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นช้ากว่าน้ำตาลทราย แต่การรับประทานในปริมาณมาก มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้เช่นเดียวกัน และยังทำให้ไขมันในเลือดสูงอีกด้วย พลังงานที่ได้เท่ากับน้ำตาล จึงไม่เหมาะกับผู้ที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง

คำแนะนำ

1. รับประทานอาหารให้ครบถ้วนทุกมื้อ
2. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ
3. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ
4. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ
5. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ
6. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ
7. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ
8. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ
9. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ
10. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ
11. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ
12. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ
13. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ
14. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ



เม็ลลิสเตอริ

เม็ลลิสเตอริเป็นเครื่องดื่มสมุนไพรที่มีรสหวานและอร่อย มีส่วนผสมของสมุนไพรที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมากมาย เช่น กล้วย ฝรั่ง และ 100 กรัม จะให้พลังงาน 35 กิโลแคลอรี วัตถุดิบน้อยๆ เป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ที่ต้องการเพิ่มตามเข็มนาฬิกาเป็น 55, 75 และ 100 กิโลแคลอรี ตามลำดับ อาหารหวานฉบับใหม่มีรสเป็นเอกลักษณ์ ควบคู่กับรสชาติที่อร่อย 2-4 ช้อนกินข้าว และควรเลือกเม็ลลิสเตอริชนิดไม่ติดมันและหวาน รับประทานเป็นประจำและช่วยให้ร่างกายแข็งแรง

เม็ลลิสเตอริไม่ติดมัน : เมื่อเวลาออกไปช้อปปิ้ง 2 ช้อนโต๊ะ, ลูกชิ้นปลา 5 ลูก เม็ลลิสเตอริติดมันน้อย : เม็ลลิสเตอริ 1 เม็ด ไม่ติดมันและหวานทั้ง 6 ชิ้นปลา (ขนาด 1 1/4 นิ้ว) 1 ตัว

เม็ลลิสเตอริติดมันปานกลาง : เม็ลลิสเตอริครึ่งถ้วยกับ 2 ช้อนโต๊ะ, ไข่ 1 ฟอง, เนื้อไก่ 2/3 หลอด, เนื้อไก่ 1/2 แผ่น,

เม็ลลิสเตอริติดมันมาก : กุ้ง 10 ตัว, หอยเชลล์ 10 ตัว, เนื้อไก่ 1/2 แผ่น, 2 ช้อนโต๊ะ, ใส่กระเทียมหรือสับปะรดกึ่งถ้วย 1 ถ้วย

เม็ลลิสเตอริ : หมวดย่อย 1 ส่วนมีไขมัน 5 กรัม

ให้พลังงาน 45 กิโลแคลอรี

- เม็ลลิสเตอริ/กล้วย/ฝรั่ง : เม็ลลิสเตอริ 1 ช้อน
- เม็ลลิสเตอริ : เม็ลลิสเตอริ 1 ช้อน

เม็ลลิสเตอริ 1 ช้อน

เม็ลลิสเตอริ 1 ช้อน, ฝรั่ง 4 ช้อน

เม็ลลิสเตอริ 1 ช้อน, ฝรั่ง 10 เม็ด

เม็ลลิสเตอริไม่ติดมันมีแคลอรีต่ำสำหรับผู้ที่ต้องการควบคุมน้ำตาลในเลือดและเพิ่มน้ำหนัก จึงควรเลือกใช้เม็ลลิสเตอริที่หวานน้อย เช่น เม็ลลิสเตอริที่หวานน้อย เม็ลลิสเตอริและน้ำตาลกลูโคส แทนเม็ลลิสเตอริที่หวานมาก นอกจากนี้ ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด แป้งอบที่มีไขมัน (baked products) และอาหารที่มีไขมัน



อาหารมีผลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อชะลอและป้องกันภาวะเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานควรระวังความผิดปกติของระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ในเลือด < 7%

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย



sanofi aventis

the sanofi health industry

บริษัท อเวนติส ฟาร์มา จำกัด

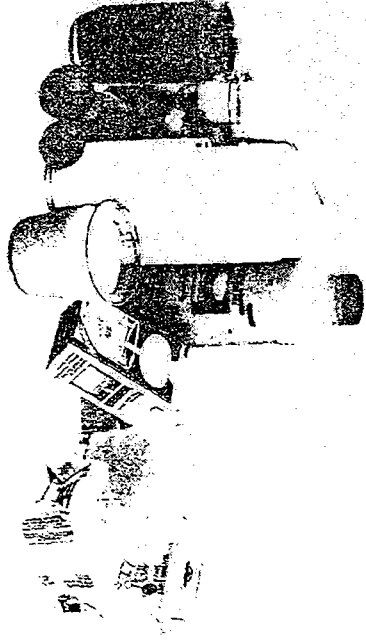
Tel : 02 264-9999

เม็ลลิสเตอริ

เม็ลลิสเตอริเป็นเครื่องดื่มสมุนไพรที่มีรสหวานและอร่อย มีส่วนผสมของสมุนไพรที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมากมาย เช่น กล้วย ฝรั่ง และ 100 กรัม จะให้พลังงาน 35 กิโลแคลอรี วัตถุดิบน้อยๆ เป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ที่ต้องการเพิ่มตามเข็มนาฬิกาเป็น 55, 75 และ 100 กิโลแคลอรี ตามลำดับ อาหารหวานฉบับใหม่มีรสเป็นเอกลักษณ์ ควบคู่กับรสชาติที่อร่อย 2-4 ช้อนกินข้าว และควรเลือกเม็ลลิสเตอริชนิดไม่ติดมันและหวาน รับประทานเป็นประจำและช่วยให้ร่างกายแข็งแรง

- เม็ลลิสเตอริไม่ติดมัน 240 มล. มีไขมัน 8 กรัม ให้พลังงาน 150 กิโลแคลอรี
- เม็ลลิสเตอริติดมัน 240 มล. มีไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 120 กิโลแคลอรี
- เม็ลลิสเตอริไม่ติดมัน 240 มล. มีไขมันน้อยมาก ให้พลังงาน 90 กิโลแคลอรี
- เม็ลลิสเตอริติดมัน 240 มล. มีไขมัน 8 กรัม ให้พลังงาน 150 กิโลแคลอรี เทียบกับน้ำ

ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานหวานมากเกินไป เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่โรคเบาหวานได้ นอกจากนี้ ควรเลือกซื้อเม็ลลิสเตอริที่หวานน้อย หรือหวานน้อยที่สุด



ภาคผนวก จ
แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

ชาย.....คน.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ(หัวหน้าผู้วิจัยและคณะ) นางรศวดี บุษยะจารุ เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ ชูเชิญ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัยอาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่า หากมีอันตรายใด ๆ ในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังการวิจัย อันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้น ๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย และในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6 ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชย และค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7 หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้วิจัย

(นางรศวดี บุษยะจารุ)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

2. ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่อง () ที่ตรงกันความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน และ
เติมคำลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ ปี (ระบุอายุปีเต็ม)

3. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้รับการศึกษา

() ระดับประถมศึกษา

() ระดับมัธยมศึกษา

() ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

() ระดับปริญญาตรี

() อื่นๆ (ระบุ).....

5. สถานภาพสมรส

() โสด

() คู่

() ม่าย

() หย่า

() แยกกันอยู่

6. อาชีพ

- () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- () แม่บ้าน/ พ่อบ้าน
- () ค้าขาย
- () เกษตรกรรม
- () ข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- () รับจ้าง
- () อื่นๆ (ระบุ)

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- () ต่ำกว่า 3,000 บาท
- () 3,001 - 8,000 บาท
- () 8,001 - 13,000 บาท
- () 13,001 - 18,000 บาท
- () มากกว่า 18,000 บาท

8. ระยะเวลาที่ท่านป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผล

โปรดลงเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบ

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. ลักษณะของแผลติดเชื้อคือ ปวด บวม แดง ร้อน			
2. ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลจะหายช้า เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงแผลไม่เพียงพอ			
3. การทำแผลควรเช็ดภายในแผลด้วยแอลกอฮอล์			
4. อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวนคือ ผลไม้			
5. ข้าวขาวเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าข้าว กล้อง			
6. แก้วมังกรเป็นผลไม้ที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถ รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน			
7. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผลที่เท้าควรนั่งห้อยเท้า			
8. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบาดแผลที่เท้าควรเคลื่อนไหว บริเวณที่มีบาดแผลเพื่อให้แผลหายเร็วขึ้น			
9. ผิวหนังที่แห้งมักทำให้เกิดแผลได้ง่าย			

ภาคผนวก ช
แบบบันทึกต่างๆ

แบบบันทึกการบริหารเฉพาะส่วน

No.

ห้องตากแดดตากแผล กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและเวชिरพยาบาล

การบริหารทำ

การบริหารทำช่วยทำให้การหมุนเวียนของเลือดที่เท่าเทียม
หมั้นบริหารทำห่าละ 10 ครั้ง ให้เป็นกิจวัตรประจำวัน
เพื่อสุขภาพของเท่าที่ดี

ด้วยความปรารถนาดีจาก

รศ.วิดี บุษยะจาร์

หัวหน้าห้องตากแดดตากแผล

โทร 02-2443109

แบบบันทึกเมนูอาหารของฉัน 3 วัน

No.

ห้องตากแดดบาดแผล กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและเวชศิริพยาบาล

การควบคุมอาหารเป็นหลักการสำคัญในการควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการ และเป็นการ
ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

ด้วยความปรารถนาดีจาก
รศ.วดี บุณยะจารย์
หัวหน้าห้องตากแดดบาดแผล
โทร 02-2443109

แบบบันทึกเมนูอาหารของวัน 5 วัน

No.

ห้องตึกแต่งบาดแผล กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวิชิรพยาบาล

การควบคุมอาหารเป็นหลักการสำคัญในการควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ต้องการ และเป็นการ
ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

ด้วยความปรารถนาดีจาก
รศ.สวัสดิ์ บุษยะจากร์
หัวหน้าห้องตึกแต่งบาดแผล
โทร 02-2443109

ภาคผนวก ช
ภาพกิจกรรม

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 เรื่องการทำแผลเบาหวาน



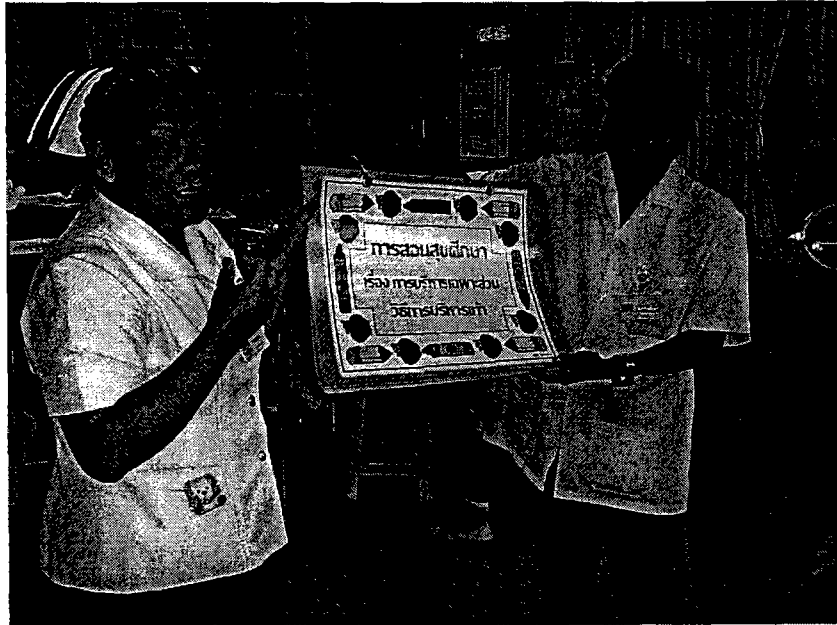
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การทำแผล



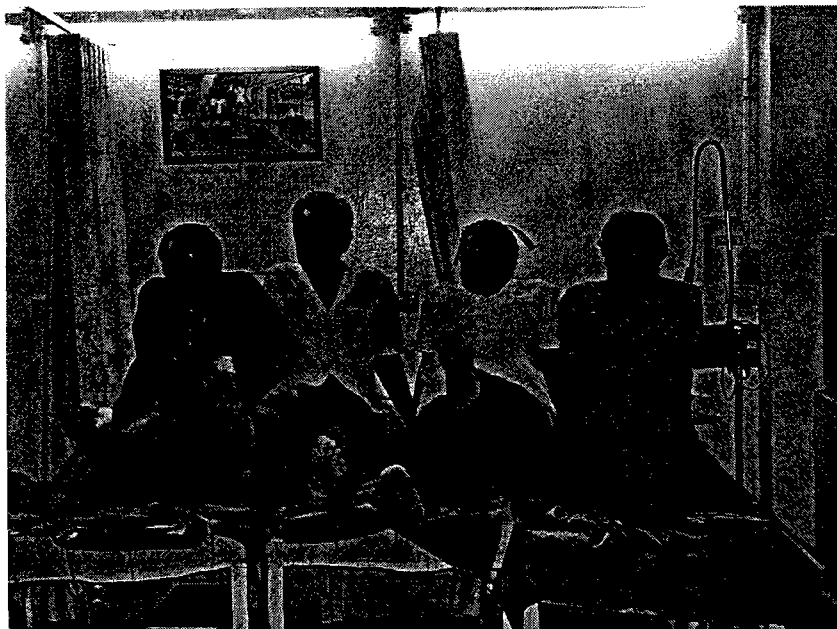
ให้สุขศึกษาเรื่องบาดแผล

ภาพประกอบ 4 กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 เรื่องการทำแผลเบาหวาน

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 เรื่องการบริหารเฉพาะส่วน



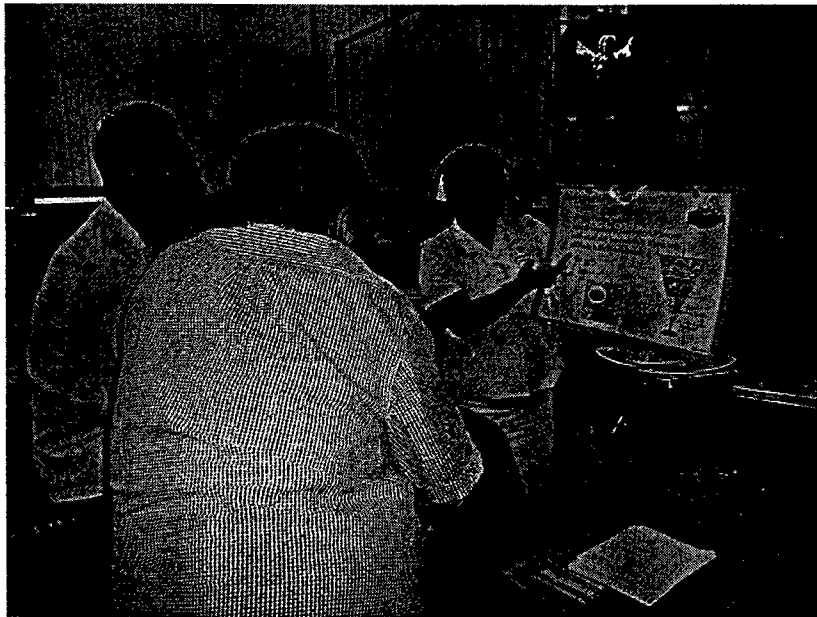
สอนดูศึกษาเรื่องการบริหารเฉพาะส่วน



สาริตและฝึกการบริหารเฉพาะส่วน

ภาพประกอบ 5 กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 เรื่องการบริหารเฉพาะส่วน

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 เรื่องอาหารเบฮวาน



สอนสุขศึกษาเรื่องอาหารเบฮวาน



สมาชิกร่วมกันจัดเมนูอาหาร

ภาพประกอบ 6 กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 เรื่องอาหารเบฮวาน

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4 เรื่องแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำแผลด้วยตนเอง



แลกเปลี่ยนความคิดเห็นการทำแผลด้วยตนเอง



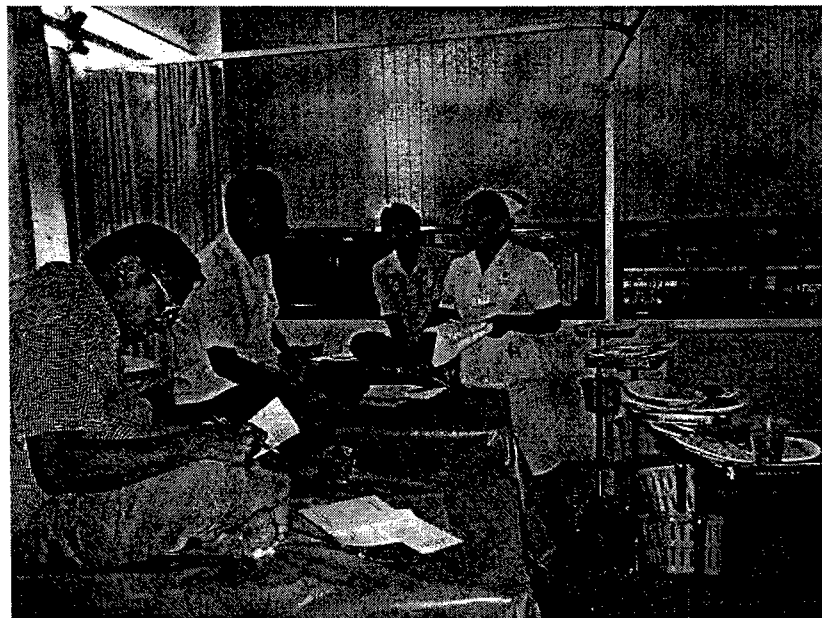
ประเมินการหายของแผล

ภาพประกอบ 7 กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4 เรื่องแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำแผลด้วยตนเอง

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 5 เรื่องแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริหารเฉพาะส่วน และ ประเมินอาหารเบหหวาน



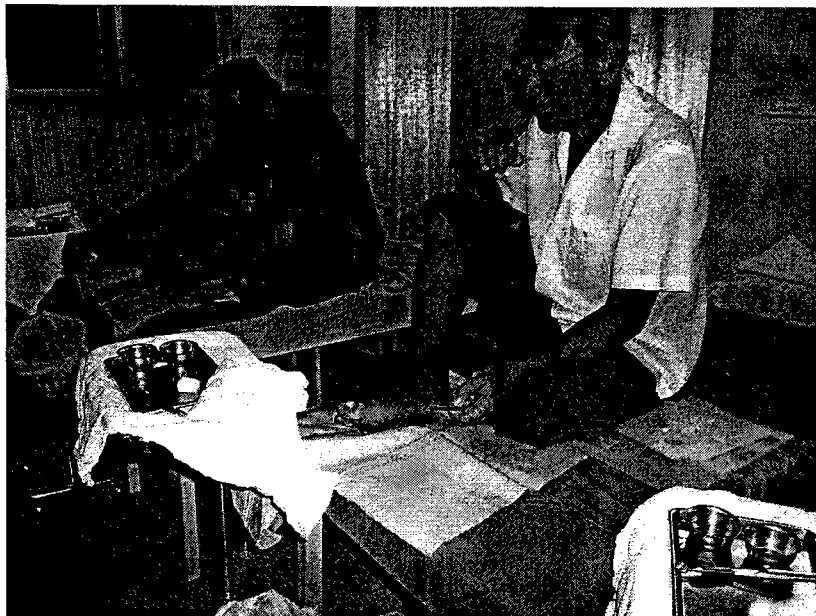
การบริหารเฉพาะส่วน



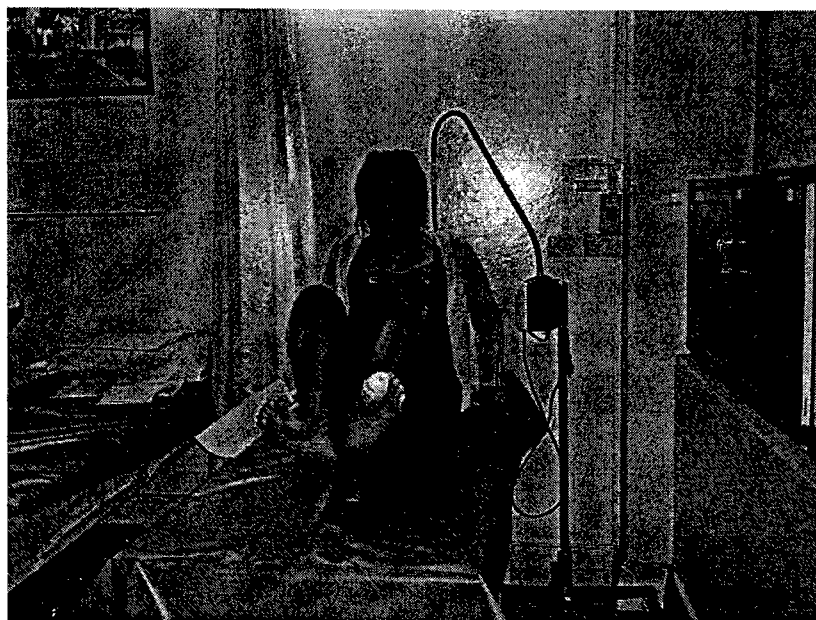
ประเมินอาหารเบหหวาน

ภาพประกอบ 8 กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 5 เรื่องแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริหารเฉพาะส่วน และ
ประเมินอาหารเบหหวาน

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 6 สรุปเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน



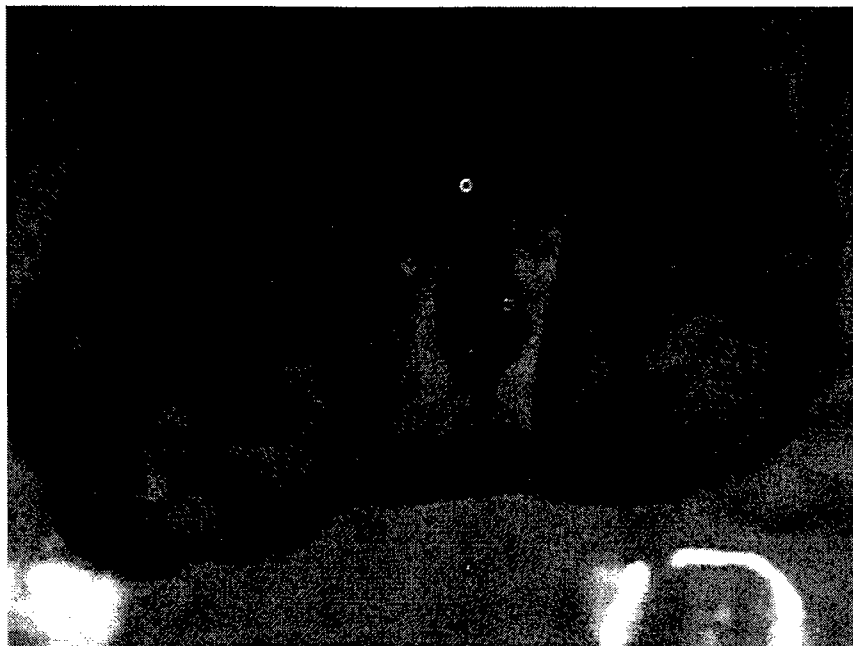
สรุปการทำแผลด้วยตนเอง



สรุปการบริหารเฉพาะส่วน

ภาพประกอบ 9 กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 6 สรุป การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

รูปแผลเบาหวานก่อนและหลังทดลอง



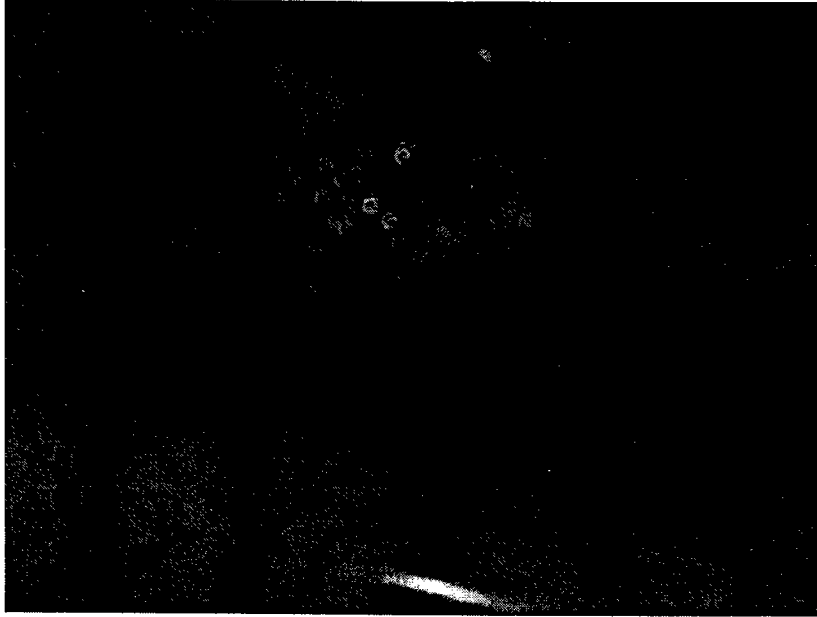
ก่อนทดลอง



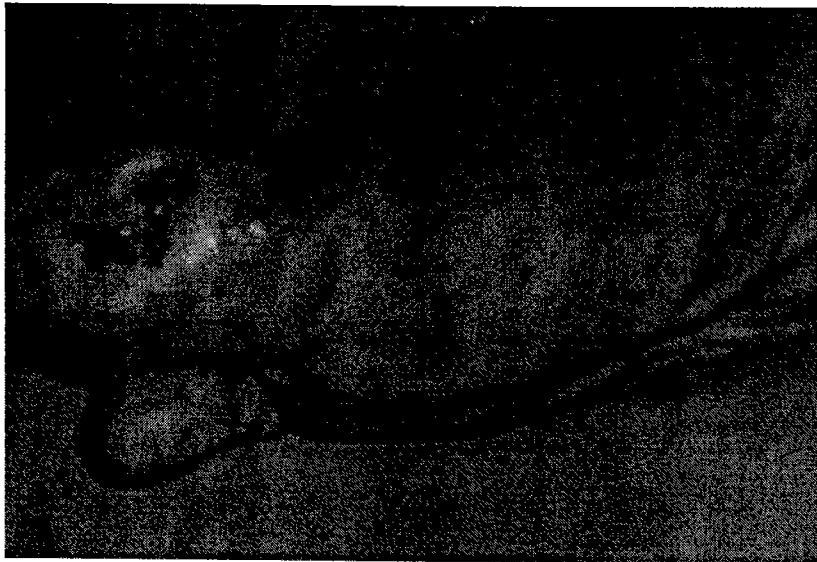
หลังทดลอง

ภาพประกอบ 10 แผลเบาหวานก่อนและหลังทดลอง

รูปแผลเบาหวานก่อนและหลังทดลอง



ก่อนทดลอง



หลังทดลอง

ภาพประกอบ 11 แผลเบาหวานก่อนและหลังทดลอง

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางรวิศวดี บุษยะจารุ
วันเดือนปีเกิด	5 กรกฎาคม พ.ศ. 2501
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	118/9 ซอยวัดราชสิทธิธาราม แขวงวัดท่าพระ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร 10300
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ห้องตงแตงบาดแผล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2518	มัธยมศึกษาตอนปลาย
	โรงเรียนวัดชินนร กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2524	ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์
	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ. 2527	ศึกษาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา)
	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2549	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ