

158.3

๗188 ๙

๘.3

ผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อความวิตกกังวล
และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

ปริญญาพันธ์

ของ

กรองทอง คงไพบูลย์

10 ต.ค. 2539

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว

กุมภาพันธ์ 2538

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

195846

ผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อความวิตกกังวล
และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
กรรองทอง คงไพบูลย์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว
กุมภาพันธ์ 2538

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ที่มีต่อความวิตกกังวลและการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรัง ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลตากสิน ปี พ.ศ. 2537 ที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป และมีการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 14 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากร โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน กลุ่มทดลองที่ 1 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และกลุ่มทดลองที่ 2 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง ทั้งสองกลุ่มนี้ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน และแบบประเมินการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวาน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ การทดสอบของวิลคอกซัน และแมน - วิทนี

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกมีความวิตกกังวลลดลง และมีการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง มีความวิตกกังวลลดลง และมีการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกและระยะเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีความวิตกกังวลและการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

THE EFFECT OF BEHAVIORAL COUNSELING ON DIABETES
MELLITUS PATIENTS' ON ANXIETY AND SELF-CARE OF
TAKSIN HOSPITAL IN BANGKOK

AN ABSTRACT

BY

KRONGTONG KONGPHAIBUL

Presented in partial fulfillment of the requirements for the Master
of Education degree in Guidance and Counseling Psychology
at Srinakharinwirot University

February 1995

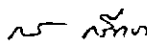
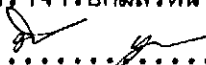
The purpose of this experimental research was to study the effect of Behavioral Counseling on Diabetes Mellitus Patients on anxiety and self-care of Taksin Hospital in Bangkok in Pre-Period and Post-Period Diabetes Mellitus Patients at Out Patient Department and Diabetes Mellitus Clinic of Taksin Hospital in Bangkok in the academic year 1994. The 14 subjects were randomly selected from Diabetes Mellitus Patients on anxiety were higher than 75 percentile and self-care were lower than 25 percentile, they were simple randomly into two experimental groups; each group was consisted of 7 Diabetes Mellitus patients. The experimental groups I were pre-period Diabetes Mellitus patients and the experimental groups II were post-period Diabetes Mellitus patients. Both of them were exposed to Behavioral Counseling. The instruments were anxiety questionnaire and self care evaluating scale. The data were analyzed by the Wilcoxon Matched Pairs Signed - Ranks Test and the Mann-Whitney U test.

The results were as follows :

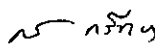
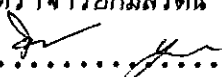
1. The anxiety of the pre-period Diabetes Mellitus patients were significantly more decrease and self-care were significantly more increase than before Behavioral Counseling was exposed at .05 level.
2. The anxiety of the post-period Diabetes Mellitus patients were significantly more decrease and self-care were significantly more increase than before Behavioral Counseling was exposed at .05 level.
3. There were significantly difference of the anxiety and self-care between the pre-period Diabetes Mellitus patients and post-period Diabetes Mellitus patients after behavioral counseling was exposed at .01 level.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..........ประธาน
(รองศาสตราจารย์กมลรัตน์ กรีทอง)
..........กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ บุญส่ง)

คณะกรรมการสอบ

..........ประธาน
(รองศาสตราจารย์กมลรัตน์ กรีทอง)
..........กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ บุญส่ง)
..........กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรหมธิตา แสนคำเครือ)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..........คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร.ศิริภา พลสุวรรณ)
วันที่ ๑๑ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์กมลรัตน์ กริทอง ประธานที่ปรึกษาและควบคุมการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ บุญส่ง กรรมการที่ปรึกษา และควบคุมการวิจัย และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรหมธิดา แสนคำเครือ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติมในการสอบปากเปล่าที่ได้กรุณาให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องในการทำปริญญานิพนธ์แก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา อาจารย์ไพศาล อันประเสริฐ และอาจารย์ณรงค์ลักษณ์ แก้วไตร ที่กรุณาได้รับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ขอขอบคุณอาจารย์นิยะดา ก้อนุสสาน์ อาจารย์โสภา ชนะภัย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลตากสิน

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน โรงพยาบาลตากสินปีพุทธศักราช 2537 ที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

และที่สำคัญที่สุดคือผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ น้อง และคุณสมบัติ น้อยประเสริฐ ที่ให้กำลังใจและช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้วิจัยในการทำปริญญานิพนธ์จนสำเร็จ

กรรองทอง คงไพบูลย์

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	
	คำนำ	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	5
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	6
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา	
	ตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม	12
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล	
	ต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	33
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตน	
	ต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	46
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	83
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	83
	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	84
	การดำเนินการทดลอง	88
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	90
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์	90
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	91

5 บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	95
บทย่อ	95
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	95
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	95
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	96
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	96
การดำเนินการทดลอง	97
การวิเคราะห์ข้อมูล	97
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	98
อภิปรายผล	98
ข้อเสนอแนะ	101
บรรณานุกรม	102
ภาคผนวก	110
ภาคผนวก ก	111
ภาคผนวก ข	126
ประวัติย่อของผู้วิจัย	146

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	น้ำหนักที่ควรจะเป็นในส่วนสูงระดับต่าง ๆ	56
2	การเปลี่ยนแปลงเบาหวานที่สัมพันธ์กับระดับอินซูลิน	73
3	เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม	91
4	เปรียบเทียบการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเริ่มแรกก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม	92
5	เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรังก่อน และหลัง การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม	92
6	เปรียบเทียบการปฏิบัติตามต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเรื้อรังก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม	93
7	เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2	93
8	เปรียบเทียบการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2	94
9	แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน..	118
10	แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	119
11	เปรียบเทียบความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเริ่มแรก ก่อนและหลังการทดลอง.....	120
12	เปรียบเทียบการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเริ่มแรก ก่อนและหลังทดลอง	121

13	เปรียบเทียบความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง.....	122
14	เปรียบเทียบการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเรื้อรัง ก่อนและหลังทดลอง	123
15	เปรียบเทียบความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรัง.....	124
16	เปรียบเทียบการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเริ่มแรก และ ระยะเรื้อรัง	125
17	การให้คำปรึกษาของกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในแต่ละสัปดาห์	132

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

เบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาใหญ่มากทางด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 6 ล้านคนจากทั่วโลก และยังมีอีกจำนวนมากที่อยู่ในข่ายสงสัยว่าอาจเป็นโรค (Pinlpps, et al. 1987 : 601) กัทธรี และ กัทธรี (Guthrie and Guthrie.1983 : 617-618) กล่าวว่า เบาหวานเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพมากด้วยเหตุผล 2 ประการ ประการแรกเป็นโรคที่พบได้ทั่วไป และมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ประการที่สอง เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมากกว่าโรคอื่น ๆ จากพยาธิสภาพของโรคเบาหวานทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งบั่นทอน และทำลายสุขภาพของผู้ป่วยโดยมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ไม่เต็มที่ เช่น แขน ขา กล้ามเนื้อ หัวใจ และสมอง เกิดการเสื่อมของจอตา (Retinopathy) ไต (Nephropathy) เกิดการเสื่อมของประสาทส่วนปลาย (Peripheral Neuropathy) และระบบต้านทานโรคเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความพิการจนเสียชีวิตได้ง่าย (จิตร สิทธิอมร. 2529 : 484) จากการศึกษาของกอร์ดอน และคนอื่น ๆ (Gorden and others. 1977 : 497 - 499) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันสูงกว่าคนปกติ 2 เท่า อาการตาบอดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่จอรับภาพของตาผิดปกติ เกิดสูงกว่าคนปกติถึง 25 เท่า และอันตรายจากไตเสื่อมสมรรถภาพสูงกว่าคนปกติ 17 เท่า และผู้ป่วยเบาหวานต้องถูกตัดขาเนื่องจากแผลเน่าตายมากกว่าคนปกติ 5 เท่า

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และจิตใจของผู้ป่วย เกิดความทุกข์ทรมาน อาจเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยส่วนรวมอีกด้วย

การเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้น ย่อมทำให้เกิดความไม่สบายใจ หรือความแปรปรวนทางอารมณ์เกิดขึ้นด้วย จนส่งผลกระทบให้เกิดความผิดปกติทางกาย และจิตใจมากขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยทางกายทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นไปอีก ดังที่ วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2534 : 76) ได้กล่าวถึงความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นการเรียนรู้ว่า ความวิตกกังวล ความกลัว ความประหม่าเกิดขึ้นจากการเชื่อมสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกของร่างกาย เช่น เจ็บปวด ทรมาน หรือกำลังอยู่ในภาวะหวั่นไหวกับสิ่งกระตุ้นภายนอกบางอย่างที่เป็นสิ่งเร้าทำให้เกิดความรู้สึกว่าต้องขัดแย้งกันเอง จนกลายเป็นเงื่อนไขทางอารมณ์ติดตัว และ ลาซารัส (Lazarus and Averill, 1972 : 247 - 251) ยังได้กล่าวถึงความวิตกกังวลว่าเป็นผลจากการที่บุคคลได้รับสิ่งเร้า และคิดประเมินหรือคาดคะเนว่าสิ่งเร้า นั้นจะทำให้เกิดสิ่งที่ไม่พึงพอใจ หรือทำให้เกิดอันตรายต่อบุคคล มีผลให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนไป คือ ไม่สามารถดำเนินพฤติกรรมไปตามปกติ อีกทั้งยังก่อนพฤติกรรมหลักหนี เพื่อให้พ้นจากสิ่งเร้านั้น

ความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน ดังที่กล่าวข้างต้นนั้น พบเห็นได้ชัดเจน 2 ระยะ คือ ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานแล้ว ในคนที่ในระยะเริ่มแรก มักจะวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เพิ่งจะเป็น ไม่เคยเป็นมาก่อน ความรู้สึกที่ว่าทำไมต้องเกิดขึ้นกับเขาด้วย ดังที่แบนดูรา (Bandura, 1969 : 427 - 428) ได้อธิบายถึงความวิตกกังวลโดยเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ โดยการสังเกตผู้อื่นในสังคมที่เราสนใจ มีการจดจำไว้ และนำมาลอกเลียนแบบภายหลังเป็นการเรียนรู้ตามธรรมชาติของบุคคล ดังนั้นความวิตกกังวลจึงเกิดจากการได้เห็นบุคคลถูกกระตุ้น โดยสิ่งเร้าบางอย่างซึ่งมีผลทำให้บุคคลนั้นได้รับผลกระทบที่ไม่พึงพอใจ และเมื่อตนเองจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าดังกล่าวจึงเกิดความวิตกกังวลว่าตนเองจะได้รับผลกระทบที่ไม่พึงพอใจดังที่ได้เห็นจากตัวแบบ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานานแล้วก็มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคเบาหวาน เช่น ตาบอด การสูญเสียอวัยวะส่วนปลาย อันได้แก่ เท้า นิ้วเท้า นิ้วมือ เมื่อเกิดแผลเรื้อรังเน่าเสียต้องตัดทิ้ง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูงเกินระดับปกติ จนทำให้หมดสติได้ ความวิตกกังวลในระยะหลังนี้เกิดขึ้นได้ดังที่ แบนดูรา (Bandura, 1969 : 177 - 191) ได้อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลได้รับการเตือนให้ระมัดระวังอันตรายจากสิ่งเร้าบางอย่างก็จะ

ทำให้สิ่งเร้านั้นสร้างความวิตกกังวลให้กับบุคคลได้ นอกจากนี้ความวิตกกังวลนี้ยังเกิดจากการขาดทักษะในพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งมีผลทำให้บุคคลเกิดความไม่แน่ใจ ในผลกรรมที่ตนเองจะได้รับทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อสิ่งเร้าที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ตนขาดทักษะนั้น ๆ

ส่วนการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานมีแนวทางในการปฏิบัติที่สำคัญคือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับยาอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลสุขอนามัยทั่วไป โดยเฉพาะการดูแลเท้า ดังที่ อาร์มสตรอง (Arastrong. 1987 : 512) ได้กล่าวถึงแนวทางในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การดูแลตนเองที่สำคัญ 3 อย่าง คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาเม็ด ลดระดับน้ำตาลในเลือด และการฉีดอินซูลิน นอกจากนี้ ลีโอ (Leo. 1967 : 219) ยังได้กล่าวถึงการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานว่า "เป็นการยากที่จะประสบความสำเร็จอย่างจริงจังในการเอาชนะต่อโรคเรื้อรังใด ๆ จนกว่า การปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง เพื่อควบคุมโรคนั้น ๆ จะได้รับการยอมรับ" จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติตนเหล่านี้เป็นสภาพปัญหาที่ยากยิ่งในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ สภาพที่ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ความขัดแย้งกับความต้องการของร่างกาย มนุษย์นั้นประกอบด้วยคุณลักษณะ 2 ส่วน คือ คุณลักษณะทางกายกับคุณลักษณะทางจิตใจ (สุชา จันทน์เอม. 2515 : 168) การทำงานของคุณลักษณะทั้ง 2 นี้ จะต้องไปด้วยกัน เมื่อจิตใจได้รับความกระทบกระเทือนก็จะส่งผลมาถึงทางร่างกายด้วยสมกับคำพูดที่ว่า จิตใจมีความสัมพันธ์กับร่างกาย เป็นสิ่งที่แยกจากกันไม่ได้ การทำงานของจิตใจ และร่างกายจะต้องไปด้วยกัน (ชรินทร์ ชื่นกำไร. 2516 : 133)

จากการสำรวจเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ร้อยละ 40 มีอาการแสดงถึงความวิตกกังวล โดยแสดงความรู้สึกไม่สบายกระวนกระวายใจ หวั่นเกรงว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นในอนาคต เมื่อโรคเบาหวานกำเริบโดยมีผลน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ได้แก่ กลัวตาบอด กลัวเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กลัวว่า บาดแผลที่รักษาไม่หาย กลัวต้องสูญเสียอวัยวะบางส่วน ได้แก่ นิ้วเท้า เท้า และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานที่ไม่เหมาะสมหลายอย่าง เช่น ลืมกินยา ไม่สนใจควบคุมอาหาร ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รับประทานจุจิก ไม่สนใจออกกำลังกาย อ้างว่าไม่ว่างและไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพร่างกาย โดยเฉพาะเท้าไม่สวมรองเท้า ทำให้เกิดบาดแผลได้

วิธีการลดความวิตกกังวล และการพัฒนาการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานนั้น มีหลายวิธีแตกต่างกันไป โดยสภาพความเป็นจริงในโรงพยาบาล มีวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย อยู่แล้วโดยการสอน การให้คำแนะนำของแพทย์ และมีวิดิทัศน์ให้ชมขณะรอพบแพทย์ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคิดว่าการให้คำปรึกษาเป็นวิธีหนึ่งที่น่าจะช่วยลดความวิตกกังวล และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบปัญหาด้านการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ ดังที่ แฮมริน และพอลสัน (Hamrin and Paulson. 1969 : 85) ได้กล่าวไว้ว่า การให้คำปรึกษามีความสำคัญมาก ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง แต่ยังสามารถเรียนรู้ต่อไปอีกว่า หากเกิดปัญหาขึ้นอีก จะมีวิถีทางในการแก้ปัญหาได้อย่างไร การให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรมนั้น พฤติกรรมส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา.2525:126) ดังนั้นการให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรมจึงเป็นการจัดสภาพการเรียนรู้ที่เหมาะสมของผู้ให้คำปรึกษาให้แก่ผู้รับคำปรึกษา จากการที่พบว่าความวิตกกังวลสูงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยดังนั้นจึงต้องให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลควบคู่ไปกับการปรับพฤติกรรมด้วย (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา.2525:121)นอกจากนี้ วัชร ทรัพย์มี.(2533 : 175 - 176)ยังได้กล่าวไว้ว่า การให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมยึดหลักว่า พฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่เรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงได้ กระบวนการให้บริการปรึกษา คือ การพยายามให้ผู้รับบริการเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ตนต้องการเพื่อเป็นการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง เน้นการสร้างประสบการณ์ให้ผู้รับบริการ โดยใช้หลักการเรียนรู้ และเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละคน และยังได้กล่าวถึงส่วนดีของการให้บริการปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมว่า เป็นการเน้นพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ซึ่งผู้รับบริการต้องการเปลี่ยน ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจได้ดีขึ้นว่าตนจะได้รับอะไรจากการให้บริการ ปรึกษา และได้เห็นพัฒนาการของตนอย่างชัดเจน จากการที่ได้ร่วมมือ และมีส่วนรู้เห็นกับการดำเนินการทุกขั้นตอน ซึ่งวิธีการปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างมีระบบระเบียบรัดกุม แต่ก็ไม่ได้ละเลยสัมพันธภาพและศรัทธาในความสามารถของมนุษย์ในการที่จะเลือกทางเดินของตนเอง ผู้รับบริการจึงเกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ต่อไป ดังผลการวิจัยสนับสนุนของ วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2522 : 94 - 97) ได้ใช้วิธีการลดความวิตกกังวลอย่างเป็นระบบในการรักษาคนไข้ของหน่วยจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี มีอาการกลัวศาลพระภูมิ ศาลเจ้า พระเครื่อง และของอื่น ๆ อีก ตอนแรกผู้รักษากถามประวัติ

สังเกตสภาพจิต ทดสอบบุคลิกภาพของคนไข้ การรักษาเริ่มด้วยให้คนไข้เขียนรายชื่อสิ่งที่ทำให้เขากลัวตั้งแต่มาลงมานาน้อย และในขณะที่เดียวกันก็ให้คนไข้ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วย เมื่อคนไข้มีความชำนาญในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แล้วผู้รักษาจึงทำการลดความวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มตั้งแต่สิ่งที่คนไข้กลัวน้อยที่สุด ไปสู่สิ่งที่คนไข้กลัวมากกว่า พบว่า คนไข้มีอาการดีขึ้น จนหายเป็นปกติ นอกจากนี้ กาญจน์ แก้วทอง (2522 : 88) ได้ทดลองใช้เทคนิค แม่แบบ เพื่อเปลี่ยนมโนภาพแห่งตนของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์บ้านศรีธรรมราช พบว่า เด็กกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในภาพมโนภาพแห่งตนตรงตามความเป็นจริงมากกว่ากลุ่มควบคุม และ วิภา มีสวัสดิ์ (2523 : 100) ได้ศึกษาผลของวิธีการกำจัดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบในการลดความรู้สึกกลัวในการพูดหน้าชั้นของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ปีการศึกษา 2523 ผลการทดลองปรากฏว่าวิธีลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างมีระบบสามารถลดความกังวลในการพูดหน้าชั้นของกลุ่มทดลองได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเรื้อรังก่อนและหลัง การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
3. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกมีความวิตกกังวลลดลง และมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรังมีความวิตกกังวลลดลง และมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานแตกต่างกัน

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความชำนาญในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม นำวิธีการดังกล่าวไปใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความวิตกกังวล และมีการปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานไม่เหมาะสมในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรัง

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลตากสิน ปี พ.ศ. 2537 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2537 ที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป และมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 24 และ 37 คน ตามลำดับ
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิก

เฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลตากสิน ปี พ.ศ. 2537 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2537 ที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 75 ขึ้นไป และมีการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา จำนวน 14 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากรโดยสุ่มจากประชากรที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก จำนวน 7 คน จากประชากร 24 คน และสุ่มจากประชากรที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเรื้อรังจำนวน 7 คน จากประชากร 37 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ วิธีลดความวิตกกังวล และแผนการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม โดยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

3.2.1 ความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน

3.2.2 การปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวาน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หวั่นเกรงว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นในอนาคต เมื่อโรคเบาหวานกำเริบโดยมีผลน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ได้แก่ กลัวตาบอดกลัวเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กังวลว่า บาทแผนรักษาไม่หาย กลัวต้องสูญเสียอวัยวะบางส่วน ได้แก่ นิ้วเท้า เท้า และกลัวไตทำหน้าที่บกพร่อง ซึ่งอาการเหล่านี้จะใช้แบบสอบถามวัด โดยให้ผู้ถูกวัดเป็นผู้รายงานตามความรู้สึก

2. การปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แสดงออกในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติ โดยปฏิบัติตนในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลรักษาสุขอนามัยทั่วไป และการดูแลเท้า มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การควบคุมอาหาร ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีการควบคุมลักษณะการรับประทานอาหารดังต่อไปนี้

- 2.1.1 รับประทานอาหารเป็นเวลาไม่รับประทานจุจิก
- 2.1.2 ไม่รับประทานของหวาน ได้แก่ อาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทุกชนิด ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ เป็นต้น
- 2.1.3 ไม่รับประทานอาหารประเภทแป้งมากเกินไปในคนที่มีน้ำหนักมากเกินไปมาตรฐาน
- 2.1.4 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ หรือสุราทุกชนิด

2.2 การใช้ยา ได้แก่ การรับยาอย่างสม่ำเสมอ จากโรงพยาบาล หรือได้ยาครบตามขนาด และชนิดที่แพทย์สั่งไป

2.3 การออกกำลังกาย ได้แก่ การที่ผู้ป่วยที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอเหมาะสมกับสภาพร่างกายติดต่อกันเป็นเวลานาน 30 - 60 นาที และอย่างน้อยจะต้องออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป ติดต่อกันหรือเว้นวันได้

2.4 การรักษาสุขอนามัยทั่วไป และการดูแลเท้า ได้แก่

- 2.4.1 ล้างเท้าทุกครั้งที่สกปรก
- 2.4.2 ดูแลบริเวณซอกอับต่าง ๆ เช่น ซอกรักแร้ ซอกขาหนีบ และซอกนิ้วเท้าเป็นพิเศษ
- 2.4.3 เมื่อมีอาการเท้าชา ดูแลโดยการแช่เท้าในน้ำอุ่น และทำความสะอาดเป็นพิเศษ
- 2.4.4 สวมรองเท้าทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน
- 2.4.5 ยกเท้าสูงขณะพักนอน

3. การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และพัฒนาการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานได้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาได้แก่ การฟัง การใช้คำถามปลายเปิด และปลายปิด เทคนิคการลดความวิตกกังวลอย่างมีระบบ (Systematic Desensitization) การให้แรงเสริมทางสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับ และ การให้ตัวแบบ ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษามี 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขึ้นสร้างสัมพันธภาพเป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาสร้างบรรยากาศในการให้คำปรึกษา พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษา เพื่อลดความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานเรียงตามลำดับ ดังนี้

2.1 ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ได้แก่ การฟัง การใช้คำถามปลายเปิด และปลายปิด เทคนิคการลดความวิตกกังวลอย่างมีระบบ การให้แรงเสริมทางสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ตัวแบบ เพื่อให้ผู้ป่วย ระบุถึงความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานที่ต้องการแก้ไข

2.2 ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเรียงลำดับความวิตกกังวล และการปฏิบัติตน ต่อโรคเบาหวานที่ต้องการปรับปรุงแก้ไขมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด

2.3 ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเมินร่วมกันว่าความวิตก กังวล และการปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานที่ต้องการแก้ไขนั้น สามารถแก้ไขได้มากน้อย เพียงใด และต้องไม่ยากเกินกว่าที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติได้

2.4 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสำรวจความวิตกกังวลและการปฏิบัติ ตนต่อโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยต้องการแก้ไขว่ามีสิ่งใดหรือเหตุการณ์ใดบ้างที่เกิดก่อนพฤติกรรมนั้น เรียกว่า เจื่อนโซ่ นำ และผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังการแสดงนั้น เรียกว่า เจื่อนโซ่ตาม

เจื่อนโซ่ นำ -----> พฤติกรรม -----> เจื่อนโซ่ตาม

2.5 เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าใจถึงข้อดี และข้อเสียของความวิตก กังวลและการปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานที่เป็นปัญหา และต้องการที่จะปรับปรุงแก้ไขแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยทำสัญญาในการดำเนินการลดความวิตกกังวล และพัฒนาการปฏิบัติตน ต่อโรคเบาหวาน

2.6 ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ได้แก่ การลดความวิตกกังวลอย่างมีระบบ การให้ตัวแบบที่เป็นวิดิทัศน์ การให้ข้อมูล ย้อนกลับ และการให้แรงเสริมทางสังคม ซึ่งมีวิธีการตามลำดับขั้นดังนี้

2.6.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยดูตัวแบบที่มีความวิตกกังวล และ แสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานที่ไม่ถูกต้อง

2.6.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยรับสิ่งเร้าที่ทำให้ความวิตกกังวล ลดลง และให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานตามตัวแบบ

2.6.3 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานตามตัวแบบ

2.6.4 ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้การเสริมแรงทางสังคม แก่ผู้ป่วยที่สามารถเลียนแบบการลดความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานที่พึงประสงค์ได้

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายงานผลการปฏิบัติ และสรุปผลการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจสอบความคืบหน้าของการลดความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน แนวทางแก้ไขพฤติกรรมดังกล่าว แล้วผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม

วิธีการนี้ใช้ในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม

4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานหมายถึง ผู้ป่วยหญิงที่มีอายุ 30-40 ปี มีระดับการศึกษา ประถมปีที่ 6- มัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยแบ่งระยะของโรคเป็น 2 ระยะ คือ

4.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก ได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่งตรวจพบว่า เป็นโรคเบาหวาน จนถึง 6 เดือน

4.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นเบาหวาน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

- 1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา
- 1.2 การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล
- 1.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
 - 1.3.1 ภูมิหลังของทฤษฎีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
 - 1.3.2 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์และหลักการให้ความช่วยเหลือ
 - 1.3.3 จุดประสงค์ของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
 - 1.3.4 บทบาท และหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
 - 1.3.5 กลวิธี และเทคนิคในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
 - 1.3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

- 2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน

- 3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน
- 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา

หลุยส์ (คมเพชร ฉัตรศุภกุล. 2530 : 8 ; อ้างอิงมาจาก Louis. 1970 : 10) อธิบายว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้มีปัญหาได้รับความช่วยเหลือให้เกิดความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรมอย่างสบายใจขึ้น โดยผ่านการปะทะสัมพันธ์กับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะให้ข้อมูล และแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบอันจะเป็นสิ่งเร้าทำให้ผู้ปัญหาสามารถพัฒนาการแสดงพฤติกรรมของตนเอง ทำให้สามารถติดต่อเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผ่องพรรณ เกิดนิทัศน์ (2529 : 142) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการของการช่วยเหลือ และในกระบวนการนี้จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพการช่วยเหลือระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาต่าง ๆ ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพมีความสบายใจขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลง เจตคติ ความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ในวิถีทางที่ดีขึ้น และสามารถวางโครงการในอนาคตของตนได้

อิงลิช และอิงลิช (English and English. 1958 : 127) ได้อธิบายความหมายของการให้คำปรึกษาว่า เป็นสัมพันธภาพซึ่งบุคคลผู้หนึ่งพยายามที่จะให้ความช่วยเหลือบุคคลอีกผู้หนึ่งให้มีความเข้าใจ และแก้ปัญหาของเขาได้

เบิร์คส์ และเทฟเฟิล (Burks and Steffire. 1979 : 14) กล่าวว่า การให้คำปรึกษามีความหมายถึง สัมพันธภาพอันเป็นวิชาชีพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาที่ผ่านการฝึกฝนอบรมกับผู้รับคำปรึกษา โดยปกติสัมพันธภาพนี้จะเข้าไปในรูปแบบบุคคล แต่ในบางครั้งก็เกี่ยวข้องกับบุคคลมากกว่าสองคนขึ้นไป เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจ และมองชีวิตของตนเองได้ชัดเจนกระจ่างแจ้ง ตลอดจนเรียนรู้ที่จะก้าวไปสู่จุดหมายที่ตนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกด้วยทางเลือกและวิธีการที่เหมาะสม

ไทเลอร์ (Tyler. 1969 : 20) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาว่า เป็นวิชาชีพที่มุ่งให้บริการแก่บุคคลธรรมดาสามัญ ในการที่จะช่วยให้เขาสามารถตัดสินใจ และพัฒนาตนเองให้ก้าวหน้าต่อไป และยังเป็นการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนการจัดการกับปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ที่ค้างคั่งอยู่ในใจให้หมดไป

วัฒนา พืชรานิช (2531 : 152) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาหมายถึง กระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ประสบปัญหาสามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง รู้จักและเข้าใจตนเองเป็นอย่างดี สามารถเป็นผู้นำแห่งตนได้ และสามารถวางแผนทางชีวิตในอนาคตได้ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

นอกจากนี้ เจียรนัย ทรงชัยกุล (2533 : 754) ได้สรุปความหมายของการให้คำปรึกษาว่า คือ กระบวนการช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ร่วมมือกันเป็นอย่างดีระหว่างบุคคลอย่างน้อยสองคน ได้แก่ ผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งมีคุณสมบัติด้านส่วนตัว และคุณสมบัติด้านวิชาชีพที่เหมาะสม ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่ประสบปัญหาต้องการพัฒนา และต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้เขามีความเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น มีทักษะ และความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม และดำเนินชีวิตด้วยความสุขตามควรแก่สภาพ

พัชรวิทย์ กำเนิดเพ็ชร (2533 : 5) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาไว้ดังนี้

1. มีความรู้ (Knowledge) ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีรวมถึงความรู้พื้นฐานที่จะทำความเข้าใจในปัญหาของผู้รับคำปรึกษา รู้จุดเด่น และจุดด้อย และสามารถให้การศึกษา ให้ความรู้แก่ผู้มีปัญหาได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ
2. มีทัศนคติ (Attitude) ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการให้คำปรึกษา มีความจริงใจที่จะช่วยเหลือมีความเห็นใจ และเข้าใจรู้สึกร่วมไปกับผู้รับคำปรึกษา การมีความเข้าใจ และเห็นใจ ย่อมจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจในเกียรติภูมิ และความมีค่าของมนุษย์ ช่วยให้ผู้รู้สึกไม่อาย ที่จะพูดถึงปัญหาของตน และค้นหาความเป็นจริงเพื่อทำความเข้าใจในพฤติกรรมของตน

3. ทักษะ (Skill) ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษา ซึ่งหมายถึงการนำความรู้ และทัศนคติมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้รับคำปรึกษามีทางออก เข้าใจตนเอง เป็นที่พอใจ ที่จะได้รับความช่วยเหลือ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาคือ กระบวนการช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป ได้แก่ ผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติส่วนตัว และคุณสมบัติด้านวิชาชีพ ที่เหมาะสม ตลอดจนได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาให้มีความเข้าใจตนเอง สิ่งแวดล้อม และมองชีวิตของตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาต่าง ๆ ของตนได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ ด้วยทางเลือกและวิธีการที่ตนเอง เป็นผู้วางโครงการอันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติ ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทิศทางที่พึงปรารถนา

1.2 การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

ความหมาย

ผ่องพรรณ เกิดนิทกซ์ (2529 : 179) ได้อธิบายความหมายของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลว่า เป็นสัมพันธภาพของการช่วยเหลือส่วนบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมสามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 407) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นการให้คำปรึกษา โดยที่ผู้ให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ขอรับคำปรึกษา เป็นการส่วนตัว แก่บุคคลเฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้ และมีทักษะในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ได้อย่างเหมาะสม สามารถวางโครงการชีวิตของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มขีดความสามารถ

ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 411 - 412) ได้กล่าวถึงข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเฉพาะของเขาจากผู้ให้คำปรึกษาโดยตรงด้วยความละเอียด ครอบคลุม และรอบคอบอย่างเพียงพอ
2. ผู้รับคำปรึกษา เป็นจุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง เขาจึงเป็นผู้ที่ควรจะได้รับประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่
3. ผู้รับคำปรึกษากล้าที่จะเปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยปัญหา และหาทางแก้ไขได้ถูกต้องรวดเร็วขึ้น
4. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็น และความรู้สึก หรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากของผู้ให้คำปรึกษาเพียงผู้เดียวระหว่างการให้คำปรึกษา
5. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องวิตกกังวลถึงความไม่พร้อมทางด้านทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ หรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมของเขาในการแสดงออกกับผู้อื่น เพราะเขาจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้บริการปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล มีดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยรุ่น โดยทั่วไปมีความเชื่อว่าปัญหาที่ตนประสบนั้นเพื่อนรุ่นเดียวกันจะเข้าใจ และหาทางออกให้ได้ดีกว่า ความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ต่างวัย และต่างความคิดจากเขา เช่น ครูแนะแนว เป็นต้น
2. ผู้รับคำปรึกษา ซึ่งอยู่ในวัยรุ่น โดยธรรมชาติไม่ต้องการแสดงตนอย่างเปิดเผยว่าไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเองให้ผู้ใหญ่ได้รู้ เพราะเกรงจะเสียสถานภาพที่ตนจะถูกมองว่าเป็นเด็ก
3. ผู้รับคำปรึกษา เสียโอกาสอันดีที่จะเสริมสร้างทักษะทางมนุษยสัมพันธ์ และการปรับตัวต่าง ๆ กับเพื่อนคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกันที่เผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกับตน
4. ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเกิดความเคยชินที่จะไว้วางใจ และต้องการพึ่งพาความช่วยเหลือ เฉพาะจากผู้ให้คำปรึกษาเท่านั้น

5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลา และบุคลากร ซึ่งมีอยู่จำกัด ดังนั้น บางคนที่ต้องการได้รับการให้คำปรึกษา จึงอาจจะไม่สามารถรับบริการโดยทั่วถึง

1.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาตามพฤติกรรมนิยม

1.3.1 ภูมิหลังของทฤษฎีการให้คำปรึกษาตามพฤติกรรมนิยม

ครัมโบลท์ (ประหยัด ลักษณะงาม. 2524 : 97; อ้างอิงมาจาก Krumboltz and Thoresen. n.d.) เป็นบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavior Counseling) ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมนี้มีพื้นฐานมาจากแนวความคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ของจิตวิทยากลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) ที่สำคัญ 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้เงื่อนไขคลาสสิก (Classical Conditioning) ทฤษฎีการเรียนรู้เงื่อนไขการกระทำ (Operant Conditioning) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) การให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมยึดหลักว่าพฤติกรรมมนุษย์เป็นสิ่งที่เรียนรู้และเปลี่ยนแปลงได้ส่วนกระบวนการให้คำปรึกษานั้น พยายามให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและปรับปรุงตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาวิธีนี้มีความเห็นว่า การที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาแก้ปัญหาของตนได้นั้น ไม่ใช่เพียงแค่ให้ความอบอุ่น ยอมรับและเข้าใจผู้รับคำปรึกษาเท่านั้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องเน้นการสร้างประสบการณ์ให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเรียนรู้ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในแนวที่ต้องการ ซึ่งจะใช้หลักการเรียนรู้ เป็นวิธีการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ใช้หลักการให้แรงเสริมต่อพฤติกรรมที่ตนต้องการเพื่อให้เกิดพฤติกรรมนั้นอีก

วิญญู พลสุศรี (2531 : 321) ได้กล่าวถึงความเป็นมาของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมว่า เป็นการให้คำปรึกษาที่ใช้พื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ ซึ่งหมายถึงลักษณะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการฝึกหัด (Practice) หรือการมีประสบการณ์กับเรื่องนั้น ๆ โดยตรง (Experiences) ผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีนี้จะเน้นวิธีการที่มีระบบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา

1.3.2 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ และหลักการให้คำปรึกษา ตามแนวทางของพฤติกรรมนิยม

อาภา จันทรสกุล (2535 : 22) ได้กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ว่ามนุษย์เกิดมามีทั้งดีและเลว มนุษย์ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมพฤติกรรมของมนุษย์เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ซึ่งการเรียนรู้ทำให้เกิดขึ้นได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ การเรียนรู้เดิมสามารถทำให้หมดไป และทำนองเดียวกันสามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ขึ้นได้ มนุษย์สามารถที่จะควบคุมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้แม้จะอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับ นันทิกา แย้มสรวล (2523 : 25) ที่กล่าวว่า นักจิตวิทยากลุ่มพฤติกรรมนิยมมองธรรมชาติของมนุษย์ว่า มนุษย์ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ เป็นผลจากการที่มนุษย์มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการเรียนรู้ ถ้าบุคคลใดมีอำนาจสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้บุคคลนั้นก็มีโอกาสกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นได้

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2533 : 771) ได้อธิบายเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวคิดของทฤษฎีการให้คำปรึกษาตามพฤติกรรมนิยม ดังนี้

1. มนุษย์เกิดมาอย่างเป็นกลาง ๆ เหมือนกับเป็นกระดานชนวนที่ว่างเปล่า คือ ไม่มีทั้งสิ่งที่ดีและเลวติดตัวมาแต่กำเนิด แต่พฤติกรรมของมนุษย์เป็นผลผลิตซึ่งเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม
2. มนุษย์มีความสามารถที่จะควบคุม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ แม้ว่าสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ก็ตาม

ทอริเสน (วิญญู พูลศรี. 2531 : 322 - 324 ; อ้างอิงมาจาก Thoresen. 1969) ได้อธิบายความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์และหลักการให้คำปรึกษาตามแนวทางของพฤติกรรมนิยมไว้ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้นพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้
2. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของบุคคลได้ด้วย
3. การเปลี่ยนแปลงของบุคคลจะเป็นไปตามหลักของวิธีการเสริมแรง (Reinforcement) และหลักของการใช้ตัวแบบทางสังคม (Social Modeling)

4. มนุษย์ตกอยู่ภายใต้อิทธิพล ของสิ่งแวดล้อมถ้าบุคคลได้สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้บุคคลนั้นก็มีโอกาสที่จะกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ให้เป็นไปตามที่ต้องการได้

5. แม้ว่าสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก็ตามแต่มนุษย์สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง หรือเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้

6. บุคลิกภาพของมนุษย์สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยใช้วิธีการวางเงื่อนไข (Conditioning) ด้วยการให้รางวัล (Reward) การลงโทษ (Punishment) และพฤติกรรมของมนุษย์ก็เช่นเดียวกัน จะมีการเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยการเรียนรู้ (Learning)

7. นักพฤติกรรมนิยมเชื่อว่าบุคคลเกิดมาไม่ได้มีความดี หรือ ความเลวติดตัวมาตั้งแต่เกิด พฤติกรรมทั้งหลายของบุคคลได้มาจากการเรียนรู้ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้าใจที่มาของพฤติกรรม

8. พฤติกรรมของมนุษย์เป็นผลมาจากการถูกกำหนดด้วยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อน (Antecedent) ดังนั้น จึงสามารถคาดคะเนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ได้ และถ้าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อนได้ก็จะสามารถควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ได้

9. ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้สร้าง หรือจัดสภาพการณ์ต่าง ๆ ให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

10. การให้คำปรึกษาเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหยุดนิ่ง หรือกำหนดทิศทางได้ล่วงหน้าเป็นเวลานาน ๆ และไม่ได้จัดทำเฉพาะในห้องให้คำปรึกษาเท่านั้น แต่ต้องจัดในสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ด้วย

11. กระบวนการปรึกษาประกอบด้วย การช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นปัญหา และมีความเห็นพ้องกันในพฤติกรรมที่จะต้องปรับปรุงแก้ไข การตั้งเป้าหมายที่สามารถวัดความก้าวหน้าได้

12. ผู้ให้คำปรึกษาจัดกลวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้รับคำปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขเปลี่ยนแปลงกลวิธีใหม่ หากพบว่ากลวิธีเลือกใช้ไปแล้วนั้นไม่ได้ผล

13. ประสิทธิภาพในการให้คำปรึกษาจะวัดได้จากผลของการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมภายหลังจากการให้คำปรึกษา

1.3.3 จุดประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม

ครัมโบลท์ (เจียรนีย์ ทรงชัยกุล. 2533 : 773-774 ; อ้างอิงมาจาก Krumboltz. 1966) ได้กล่าวถึง การให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมว่า เป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะเป้าหมายจะให้ทิศทางในการให้ความช่วยเหลือให้แนวทางในการเลือกใช้เทคนิควิธีในการให้คำปรึกษา เป้าหมายโดยทั่วไปของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมจะกำหนดขึ้นเพื่อสร้างสภาพการณ์เรียนรู้ใหม่ สำหรับช่วยปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับคำปรึกษา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และเกณฑ์ในการกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมมี 3 ข้อ คือ

1. เป้าหมายที่กำหนดขึ้นสำหรับผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนควรแตกต่างกัน หมายความว่า เป้าหมายที่กำหนดขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาแต่ละคน ควรเป็นเป้าหมายเฉพาะของเขา ซึ่งไม่ควรเหมือนกับเป้าหมายเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาคนอื่น ๆ เนื่องจากผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนมีความเป็นเอกลักษณ์ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นไปได้ที่เป้าหมายในการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้รับคำปรึกษาคนหนึ่ง อาจจะตรงกันข้ามกับเป้าหมายในการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้รับคำปรึกษาอีกคนหนึ่ง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้รับคำปรึกษาทั้งสองคน โดยการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาแต่ละรายสามารถประสบความสำเร็จในการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ตามเป้าหมายเฉพาะที่เขาประสงค์

2. เป้าหมายของการให้คำปรึกษาสำหรับผู้รับคำปรึกษาแต่ละคน ควรจำกัดเฉพาะที่สอดคล้องกับค่านิยมของผู้ให้คำปรึกษา หมายความว่าผู้ให้คำปรึกษาควรพิจารณาและประเมินดูว่าเป้าหมายของการให้คำปรึกษาแต่ละคนนั้น สอดคล้อง หรือ ใกล้เคียงกับ ค่านิยมที่ผู้ให้คำปรึกษายึดถืออยู่หรือไม่ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามเปลี่ยนแปลง เป้าหมายของการให้คำปรึกษาที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการให้สอดคล้องกับค่านิยมของผู้ให้คำปรึกษา แต่ควรจะพิจารณาอย่างรอบคอบว่าสมควรหรือไม่ที่จะให้ความช่วยเหลือ

3. เป้าหมายที่กำหนดขึ้นควรเป็นเป้าหมายที่สังเกตหรือประเมินผล ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้รับคำปรึกษาได้ หมายความว่าเป้าหมายที่ผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาได้ร่วมกันกำหนดขึ้นมานั้นควรกำหนดออกมาในลักษณะที่เป็นเป้าหมายเชิงพฤติกรรม ซึ่งสามารถ

สังเกตหรือประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ภายหลังจากที่ผู้รับคำปรึกษา ได้รับการให้คำปรึกษาแล้ว

คอร์ไมเออร์ และคอร์ไมเออร์ (คอร์เลย์. 1991 : 296 ; อ้างอิงมาจาก Cormier and Cormier. 1985) ได้เสนอการจัดลำดับขั้นในการเลือก และกำหนดเป้าหมายในการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมไว้ 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายจุดมุ่งหมายของการกำหนดเป้าหมาย
2. ผู้รับคำปรึกษาระบุความปรารถนาที่ต้องการให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการได้รับความช่วยเหลือ
3. ผู้รับและผู้ให้คำปรึกษาร่วมกันตัดสินใจเลือกเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการได้รับความช่วยเหลือ
4. ผู้ให้ และผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสำรวจว่า เป้าหมายที่ตัดสินใจเลือกกำหนดขึ้นมาเพื่อรับความช่วยเหลือนั้นสามารถทำให้เกิดขึ้นได้หรือไม่ ไม่ควรเป็นเป้าหมายที่เพ้อฝันหรือยากเกินที่จะทำให้สำเร็จลงได้
5. ผู้ให้ และผู้รับคำปรึกษาร่วมกันอภิปรายถึงผลดีของการบรรลุเป้าหมาย
6. ผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา ร่วมกันอภิปรายถึงผลเสียของการไม่

บรรลุเป้าหมาย

7. จากข้อมูลที่ได้รับทราบจากการกำหนดเป้าหมายของผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาต้องตัดสินใจทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไปนี้ คือ ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับคำปรึกษา พิจารณาเป้าหมายของผู้รับคำปรึกษาอีกครั้งหนึ่ง หากทางส่งต่อผู้รับคำปรึกษา ไปพบผู้เชี่ยวชาญตามความจำเป็น

วิญญู พูลศรี (2531 : 325) ได้อธิบายว่าการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อสร้างเงื่อนไขในการเรียนรู้ใหม่ที่เหมาะสมแก่ผู้มารับคำปรึกษา
2. เพื่อช่วยผู้มารับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ให้เป็นพฤติกรรมที่ปรับตัวเข้ากับประสบการณ์ต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น
3. เพื่อช่วยผู้รับคำปรึกษาแปลความหมายของความสับสน ความวิตกกังวล หรือปัญหาด้านพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้รับคำปรึกษาออกเป็นพฤติกรรมย่อย ๆ เพื่อการแก้ไขที่ถูกต้องต่อไป

4. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาจัดความกลัวในเรื่องที่ไร้เหตุผลมาเป็น
ผู้กล้าคิด กล้าทำ กล้าแสดงออกที่เหมาะสม

5. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีทักษะในการตัดสินใจเรื่องความขัดแย้ง
ภายในบุคคลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต

ปราณี รามสูตร (2533 : 213) กล่าวว่า จุดประสงค์ของการให้
คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมมุ่งให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ใหม่ หรือเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดย
ระบุเจาะจงที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะอย่างโดยชัดเจน และพฤติกรรมที่จะเปลี่ยนนั้นเป็น
พฤติกรรมที่สังเกตได้

นอกจากนี้ วัชร ทรัพย์มี (2533 : 158) ยังได้กล่าวถึงการให้
คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมว่าเป็นจุดมุ่งหมายที่ได้ตกลงร่วมกันระหว่างผู้รับคำปรึกษา
แต่ละคนกับผู้ให้คำปรึกษาว่าประสงค์จะเปลี่ยนพฤติกรรมใด และผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็น
ผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาว่ามีสภาพการณ์ใดบ้างที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ที่กำหนดให้ผู้รับคำปรึกษาปฏิบัติ และพฤติกรรมนั้นต้องสังเกตได้

การที่จะกำหนดเป้าหมายเพื่อดำเนินการให้คำปรึกษาได้อย่าง
ครอบคลุมตามเกณฑ์ดังที่ได้เสนอไว้ข้างต้นนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องอาศัยความรู้
พื้นฐานทางจิตวิทยาผนวกกับทักษะ และประสบการณ์ที่ได้รับมาเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษา
ให้ความร่วมมือในการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการ
จะปรับเปลี่ยนแก้ไข และทั้งผู้ให้คำปรึกษาต่างก็มีความมุ่งมั่น ตั้งใจที่จะดำเนินการ
ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดขึ้น

1.3.4 ลักษณะที่สำคัญของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม

อาภา จันทรสกุล (2535 : 221) ได้กล่าวถึงลักษณะที่สำคัญ
ของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมไว้ ดังนี้

1. เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม คือ การ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เป้าหมายจึงต้องชัดเจน
ในรูปของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ วัดได้ ประเมินได้ และการกำหนด
เป้าหมายนั้นผู้รับคำปรึกษาจะต้องเป็นผู้วางเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง

2. ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่จัดประสบการณ์ใหม่ เลือกเทคนิคและคอยกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นโดยการเสริมแรง

3. การเลือกใช้เทคนิคและวิธีการแก้ไขพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมีมากมายหลายชนิด ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพิจารณาเลือกใช้เทคนิค และวิธีการตามความเหมาะสมของลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล

หลักการเรียนรู้ที่เกี่ยวกับการปรับหรือเปลี่ยนพฤติกรรมการเรียนรู้ เงื่อนไขผลกระทบ

สกินเนอร์ (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2536 : 28 - 29 ; อ้างอิงมาจาก Skinner. 1930 : 168 - 177) กล่าวถึงหลักพฤติกรรมของอินทรีย์ว่า พฤติกรรมของอินทรีย์อยู่ภายใต้การควบคุมของเงื่อนไขผลกระทบที่อินทรีย์ได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

เงื่อนไขผลกระทบแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เงื่อนไขเสริมแรง (Contingency of Reinforcement)

หมายถึง เงื่อนไขของการให้ผลกรรมที่อินทรีย์พอใจ

2. เงื่อนไขการลงโทษ (Contingency of Punishment)

หมายถึง เงื่อนไขของการให้ผลกรรมที่อินทรีย์ไม่พอใจ

สำหรับคำว่า เงื่อนไข (Contingency) ในที่นี้จะเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับผลกรรมในสภาพหนึ่ง ๆ ซึ่งสามารถเขียนได้ว่า ถ้า...แล้ว... ได้... ดังตัวอย่างต่อไปนี้

พฤติกรรม	ผลกระทบ
ถ้า ขับรถชนต้นไม้	รถพัง
ถ้า ริ้งไปชนกระจก	ได้รับบาดเจ็บ
ถ้า ขยันทิ้งขว้าง	รักษาโรคได้

จากตัวอย่าง อินทรีย์จะเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่อินทรีย์กระทำ และผลกรรม ๆ หนึ่ง อาจเกิดจากพฤติกรรมที่แตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกัน การเรียนรู้ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะทำให้อินทรีย์เรียนรู้ว่าพฤติกรรมอะไรจะนำไปสู่ผลกรรมอะไรเป็นการเรียนรู้เงื่อนไขผลกรรม

บทบาท และหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา แบบพฤติกรรมนิยม

สมพร สุกตัญญู (2533 : 162) ได้อธิบายไว้ว่า การให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมนั้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่กระฉับกระเฉงว่องไว มีบทบาทและหน้าที่ในการจัดประสบการณ์ให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงปรารถนา และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาไปสู่เป้าหมายคือ มีพฤติกรรมที่พึงปรารถนา ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทและหน้าที่ดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ชี้แนะแนวทาง
2. เลือกใช้เทคนิคให้เหมาะสมกับปัญหา
3. เป็นตัวแบบ
4. จูงใจให้ผู้รับคำปรึกษาแก้ไขพฤติกรรม

จากบทบาทและหน้าที่ดังกล่าว ทำให้เห็นชัดเจนว่า ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่วางเงื่อนไข และความคุมพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษานั้นเอง สำหรับผู้รับคำปรึกษาจะต้องมีความตั้งใจอย่างแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ให้ความร่วมมือในการใช้เทคนิคต่าง ๆ มีความกระตือรือร้นในการแสดงพฤติกรรมใหม่

1.3.5 กลวิธีและเทคนิคการให้คำปรึกษา

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2533 : 778 - 785) กล่าวถึง เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมว่ามีหลายวิธี แต่ที่นิยมใช้ในสถานศึกษามีอยู่ 4 รูปแบบ คือ

1. เทคนิคการเสริมแรง (Reinforce Technique)

เทคนิคการเสริมแรงในการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมได้อาศัยแนวความคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ที่ว่า พฤติกรรมใดที่บุคคลกระทำแล้วส่งผลให้เขา

ได้รับความพึงพอใจ บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก ด้วยเหตุนี้ให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม จึงนำเทคนิคการเสริมแรงมาใช้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษามีกำลังใจ และมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นที่จะกระทำพฤติกรรมซ้ำอีก ทั้งนี้โดยการเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) แก่ผู้รับคำปรึกษาในทันที หรือโดยเร็วที่สุดเมื่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์เกิดขึ้น

หลักสำคัญในการใช้เทคนิคการเสริมแรงในการให้คำปรึกษา

แบบพฤติกรรมนิยม

- 1.1 ผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาทำความตกลงร่วมกันเกี่ยวกับตัวเสริมแรงที่จะนำมาใช้เพื่อให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอหรือเกิดเพิ่มขึ้น
- 1.2 ผู้ให้คำปรึกษาควรจัดสภาพการณ์ที่ผู้รับคำปรึกษามีโอกาสที่จะได้รับการเสริมแรงเพื่อให้เขามีกำลังใจที่จะกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นต่อไปอีก
- 1.3 ผู้ให้คำปรึกษาควรให้การเสริมแรงแก่ผู้รับคำปรึกษาในทันทีหรือเร็วที่สุด เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้แสดงพฤติกรรมตามที่ต้องการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ถึงผลการกระทำ

วัชร (วัชร ทรัพย์มี. 2533: 161) ได้กล่าวถึงกลวิธีเสริมแรงมี

หลักการดังนี้คือ

1. พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรง มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นซ้ำอีก
2. ผู้ให้บริการปรึกษากับผู้รับบริการจะต้องเลือกเฉพาะจุดประสงค์ที่ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติได้จริง
3. ผู้ให้บริการปรึกษาจะจัดสภาพการณ์ที่ผู้รับบริการจะมีโอกาสได้แรงเสริมเพื่อให้เกิดกำลังใจที่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงปรารถนาอีก
4. ถ้าผู้ให้บริการปรึกษาพบว่าโครงการให้บริการปรึกษาของตนไม่เหมาะสมจะต้องมีการปรับปรุงโครงการใหม่และโครงการเปลี่ยนพฤติกรรมจะต้องไม่ผิดศีลธรรมจรรยา
5. ถ้าผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เขาจะเกิดความภูมิใจและนับถือตนเองว่าสามารถควบคุมตนเองได้

2. เทคนิคการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก (Assertive Training Technique) การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกเป็นการฝึกฝนทักษะทางสังคมรูปแบบหนึ่ง ซึ่งบุคคลทุกช่วงวัยควรได้รับรู้เพราะจะช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น

กลวิธี ซึ่งใช้ในการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกให้แก่ผู้รับคำปรึกษา ได้แก่

2.1 การสอน (Instruction)

2.2 การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

2.3 การมีตัวแบบ (Modeling)

2.4 การฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal)

2.5 การใช้การเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcement)

2.6 การฝึกฝนเป็นการบ้าน (Homework Assignment)

3. เทคนิคการเรียนรู้จากการมีตัวแบบ (Modeling Technique)

การให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ใช้เทคนิคการเรียนรู้จากการมีตัวแบบ มีพื้นฐานสำคัญมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura. 1969, 1977) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา ดังนี้

3.1 เพื่อการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ โดยการสังเกตจากพฤติกรรมของตัวแบบ สามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้เรียนรู้ทักษะใหม่ที่เป็นต่อการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

3.2 เพื่อการลดหรือเพิ่มพฤติกรรมที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว การเรียนรู้จากการสังเกต สามารถช่วยเพิ่มหรือลดการแสดงออกของพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาให้เป็นไปตามที่พึงประสงค์

3.3 เพื่อส่งเสริมการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์จะมีผลให้ผู้รับคำปรึกษาตอบสนอง โดยการแสดงพฤติกรรมจากที่ได้เรียนรู้ด้วยความสมัครใจ

อาภา (อาภา จันทรสกุล. 2535 : 237-238) ได้กล่าวถึงหลักการให้คำปรึกษา โดยใช้เทคนิคตัวแบบทางสังคมไว้ดังนี้

1. ตัวแบบที่นำมาให้เลียนแบบอาจใช้ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Life Model)

ในสถานการณ์จริง หรืออาจใช้ตัวแบบจากภาพยนตร์ (Filmed model) ก็ได้เพราะจากผลการศึกษาทดลองหลายครั้งพบว่า การดูตัวแบบจริงกับตัวแบบจากภาพยนตร์ได้ผลเท่ากัน

2. ผู้ให้คำปรึกษาควรคำนึงว่า ความคล้ายคลึงกันของผู้มารับคำปรึกษากับตัวแบบมีผลอย่างมากต่อการบำบัด ความคล้ายคลึงกันในที่นี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะด้านกายภาพ ได้แก่ เพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงเท่ากัน แต่รวมถึงพฤติกรรมตอบสนองต่อสถานการณ์ด้วย เช่น แสดงความกลัวในลักษณะเดียวกันมาก่อน

3. ตัวแบบที่ใช้ในการบำบัดมีอยู่ 2 ประเภทคือ coping model กับ mastery model ตัวแบบประเภท coping model ใช้ได้ดีกับการบำบัดรักษากับอาการกลัว เพราะตัวแบบประเภท coping model จะแสดงท่าทางตามลำดับ เริ่มจากแสดงอาการกลัว แล้วค่อย ๆ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตอบสนองที่เหมาะสมคือ แสดงพฤติกรรมไม่กลัวและแสดงให้เห็นถึงวิธีการตอบสนองที่เหมาะสม

4. ในการศึกษาเปรียบเทียบแก้ไขพฤติกรรมโดยการให้ดูตัวแบบ 3 วิธี คือ วิธีแรก ให้ดูแบบอย่างเดี่ยว วิธีที่สอง ให้ดูแบบตัวอย่างผู้รับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ (modeling plus participation) วิธีที่สาม ให้ดูตัวแบบแล้วผู้มารับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบพร้อมผู้ให้คำปรึกษาคอยแนะนำ คอยแก้ไขโดยให้ข้อมูลย้อนกลับ (modeling plus guide participation) พบว่าวิธีที่สามได้ผลดีที่สุด รองลงมาคือวิธีที่สอง วิธีที่หนึ่งใช้ได้ผลน้อยที่สุด (Ritter 1969)

5. ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับ และใช้เทคนิคการเสริมแรงทางบวก เช่น ให้คำชมเชย แสดงสินน้ำมือรับ ฯลฯ ทันทีที่ผู้มารับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ

6. หลังจากการฝึกซ้อมพฤติกรรมในสถานการณ์ให้คำปรึกษาจนเกิดความมั่นใจแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้มารับคำปรึกษานำพฤติกรรมนั้นไปลองปฏิบัติในสภาพที่เป็นจริง

7. เทคนิคตัวแบบทางสังคมสามารถใช้ควบคู่กับเทคนิคการขจัดความรู้สึกวิตกกังวล (DESENSITIZATION) เพื่อช่วยลดความหวาดกลัวได้อย่างมีประสิทธิภาพดังนี้

ก. จัดลำดับความกลัวจากน้อยที่สุดไปหามากที่สุด

ข. ผู้ให้คำปรึกษาสาธิตพฤติกรรมให้ดูที่ละขั้น

ค. ผู้มารับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามแบบที่เห็น โดยผู้รับคำปรึกษาคอยให้

คำแนะนำ

หลักการใช้ตัวแบบทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรม ซึ่งใช้ในการให้คำปรึกษาสรุปได้ดังนี้ สจิวต และคนอื่น ๆ (สมพร สุกัญญ์. 2533 : 164 ; อ้างอิงมาจาก Stewart and others. 1978 : 148 - 149)

- 1) ตัวแบบทางสังคมที่ใช้ในการให้คำปรึกษานั้น อาจจะเป็นตัวแบบจริง (Life Model) ในสถานการณ์จริง หรือสถานการณ์จำลองตัวแบบดังกล่าว ได้แก่ ผู้ให้คำปรึกษาพ่อแม่ เพื่อน ๆ ตัวแบบจริงที่นับได้ว่า มีประสิทธิภาพมากชนิดหนึ่ง คือตัวแบบที่เป็นตัวผู้รับคำปรึกษาเรียกว่า "ตัวแบบตนเอง" ตัวแบบอีกประเภทหนึ่งคือ ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ ได้แก่ ตัวแบบในภาพยนตร์โทรทัศน์ เป็นต้น
- 2) ลักษณะของตัวแบบย่อมมีอิทธิพลต่อผู้รับคำปรึกษาเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งครัมโบล์ท และธอเรนเซน กล่าวว่า ควรเลือกใช้ตัวแบบที่มีชื่อเสียง มีความสามารถ มีความรู้ มีเสน่ห์ และมีอำนาจ นอกจากนี้ควรเป็นตัวแบบที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้รับคำปรึกษา เช่น เพศเดียวกัน วัยใกล้เคียงกัน
- 3) ควรให้ผู้รับคำปรึกษาดูตัวแบบซ้ำ ๆ หลายครั้งสลับกับการให้คำชี้แนะของผู้ให้คำปรึกษา
- 4) ควรใช้ตัวแบบหลายลักษณะ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาผสมผสานพฤติกรรมของตัวแบบเข้าด้วยกัน
- 5) ควรเตรียมการก่อนดูตัวแบบ ผู้ให้คำปรึกษาควรจะต้องบอกให้ผู้รับคำปรึกษาว่าการจะสังเกตอะไรจากตัวแบบ และจัดอันดับสิ่งที่จะสังเกต เป็นต้น
- 6) วิธีการใช้ตัวแบบมีหลายวิธี ควรใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับคำปรึกษา เช่น วิธีแรกให้ผู้รับปรึกษาดูตัวแบบอย่างเดียว วิธีที่สองให้ผู้รับคำปรึกษาดูตัวแบบแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบทันที วิธีที่สามให้ผู้รับคำปรึกษาดูตัวแบบแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ โดยมีผู้ให้คำปรึกษาคอยชี้แนะ และแก้ไขผลจากการให้คำปรึกษาทั้งสามวิธี พบว่าวิธีที่สามมีประสิทธิภาพที่สุด
- 7) การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจะมีประสิทธิภาพสูงสุด ถ้าผู้รับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบทันที
- 8) บางครั้งอาจใช้การแสดงบทบาทสมมติช่วยในการฝึกแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ในสถานการณ์ที่ปลอดภัยกว่า

9) เมื่อผู้รับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องเสริมแรงทางบวกทันที

10) หลังจากการฝึกซ้อมพฤติกรรมในสถานการณ์ในห้องให้คำปรึกษาจนเกิดความมั่นใจแล้ว ให้ผู้รับคำปรึกษาไปทดลองปฏิบัติในสถานการณ์จริงพร้อมรายงานผลการแสดงพฤติกรรม

4. เทคนิคการจัดความรู้สึกลัววิตกกังวลอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization Technique) เป็นการช่วยขจัดความกลัว และความวิตกกังวลของผู้รับคำปรึกษาที่มีต่อสถานการณ์บางลักษณะ หรือต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือต่อบุคคลบางคน เทคนิคนี้สามารถนำไปใช้ช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาที่มีปัญหาการปรับตัวไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความหวาดกลัว เทคนิคการจัดความรู้สึกลัววิตกกังวลอย่างเป็นระบบมีพื้นฐานมาจากหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้เงื่อนไขคลาสสิก (Classical Conditioning)

คมเพชร (คมเพชร จัตรคุกุล.2530:126-127) ได้กล่าวถึงความกลัวอย่างเป็นระบบว่า เทคนิคนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการจัดความกลัวที่ไม่มีเหตุผล ผู้ให้คำปรึกษาจะเริ่มต้นจากการตัดสินใจว่าความกลัวของผู้รับคำปรึกษานั้นเป็นสิ่งที่ไม่มีเหตุผลแน่นอน หลังจากนั้นพิจารณาต่อไปว่าความกลัวนั้นมีความกลัวอื่นอีกหรือไม่และจะต้องเป็นความกลัวที่สำคัญด้วย ถ้าหากมีความกลัวมากมายหลายชนิด เทคนิคนี้จะใช้ไม่ได้ผลดี

หลังจากที่ได้รับข้อมูลแล้วว่าความกลัวคืออะไร ผู้ให้คำปรึกษาจะพิจารณาตัดสินใจต่อไปอีกว่าผู้รับคำปรึกษาจะสามารถนึกภาพสิ่งที่น่ากลัวได้หรือไม่ และจะสามารถทนต่อความวิตกกังวลได้เพียงใด ถ้าเขาจะจินตนาการถึงสิ่งนั้น ถ้าหากขั้นนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ให้คำปรึกษาก็จะสอนให้ผู้มีปัญหาค้นหาท่าทางการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) เพื่อให้เกิดสภาวะของการผ่อนคลายอย่างเต็มที่ และไม่ให้ความเครียดเหลืออยู่ เมื่อผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ว่า กล้ามเนื้อส่วนใดต้องการ การผ่อนคลาย และส่วนไหนที่ไม่ต้องการ เขาจะสามารถใช้เวลาเพียง 10-15 นาที เพื่อทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

หลังจากที่มีการเรียนรู้และฝึกฝนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแล้ว ทั้งสองก็จะช่วยกัน พิจารณาความกลัวแต่ละเรื่องว่า กลัวมากที่สุดเมื่อเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้นและกลัวในลักษณะอะไรที่เป็นความกลัวน้อยที่สุด เช่น ความกลัวงู ผู้รับคำปรึกษาจะต้องสามารถบอกได้ว่ากลัวอะไรมากที่สุด และน้อยที่สุดเรียงลำดับไป ดังตัวอย่าง

1. กลัวเมื่อเห็นคำว่า งู ในหนังสือ
2. กลัวเมื่อเห็นรูป งู ในหนังสือ
3. กลัวเมื่อได้ยินคนอื่นพูดถึงเรื่องงู
4. กลัวเมื่อเห็น งู ในสวนสัตว์
5. กลัวเมื่อเห็นงูตายในขณะที่เดินถนน
6. กลัวเมื่อเห็นงูเลื้อยบนถนน ในขณะที่กำลังขับรถ
7. กลัวเมื่อเห็นงูเลื้อยบนถนน ในขณะที่กำลังเดินบนถนน
8. กลัวเมื่อสัมผัสงูที่ตายแล้วบนถนน
9. กลัวเมื่อสัมผัสงูที่คนอื่นกำลังจับอยู่
10. กลัวที่จะถึงงูที่ตายแล้ว
11. กลัวที่จะถึงงูที่มีชีวิตอยู่

การลดความกลัวจะปรากฏเมื่อผู้รับคำปรึกษาได้จินตนาการภาพความกลัวที่เรียงลำดับเอาไว้ในแง่รายละเอียดต่าง ๆ ที่ เป็นความจริง ในขณะที่เขาอยู่สภาวะของการผ่อนคลาย และความวิตกกังวลนั้นจะไม่เกิดขึ้นพร้อมกัน ดังนั้นความกลัวจึงถูกขจัดออกไป และหลังจากนั้นความกลัวก็จะถูกจัดไปในโลกที่เป็นจริงด้วย ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องให้ถึงความกลัวที่น้อยที่สุดก่อน แล้วต่อไปก็จะค่อยเคลื่อนไปยังความกลัวที่มากขึ้น จนกระทั่งในที่สุดผู้รับคำปรึกษาก็จะสามารถนึกภาพที่น่ากลัวที่สุดได้ โดยไม่มีความวิตกกังวลต่อไป

นอกจากนี้อาภา (อาภา จันทรสกุล. 2535 : 239-240) ยังได้กล่าวไว้ว่า เทคนิคการขจัดความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ เป็นเทคนิคที่ช่วยขจัดอาการกลัวหรือปัญหาทางด้านอารมณ์หวั่นวิตกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้เสนอเทคนิคการขจัดความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ คือ Dr. Joseph Wolpe (1958) หลักที่สำคัญของวิธีการนี้คือ ตัดความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าที่เป็นตัวเล้าให้เกิดความวิตกกังวล กับพฤติกรรมวิตกกังวลออกจากกัน ซึ่งกระทำโดยผู้มารับคำปรึกษาเผชิญกับสิ่งเร้าที่เคยทำให้เกิดความกลัวหรือความวิตกกังวล โดยจัดลำดับสิ่งเร้าที่น่ากลัวที่น้อยที่สุดไปจนถึงสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความกลัวมากที่สุด การเสนอสิ่งเร้าเสนอภายใต้สภาวะที่ป้องกันไม่ให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความวิตกกังวล คือฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ผู้รับคำปรึกษาไว้ก่อนแล้ว

ขั้นตอนการจัดความรู้สึกวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ

1. จัดลำดับชั้นของสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลจากน้อยที่สุดไปหา
มากที่สุด (anxiety hierarchy construction)

2. ฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training)

3. เสนอสิ่งเร้าตามลำดับในขั้นที่ 1 ต่อผู้มารับคำปรึกษาขณะที่ผู้มา
รับคำปรึกษายู่ในสภาวะที่ผ่อนคลาย (scene presentation during relaxation)

จากขั้นตอนดังกล่าว ความรู้สึกหวาดกลัวหรือความรู้สึกวิตกกังวลจะ
สามารถถูกขจัดให้หมดไปได้ เพราะความเครียดเนื่องจากความกลัวกับความรู้สึกผ่อนคลาย
จะเกิดขึ้นในขณะเดียวกันไม่ได้ ผู้มารับคำปรึกษาก็จะเกิดการเรียนรู้ใหม่จากประสบการณ์
ที่ได้รับ ความรู้สึกที่เคยหวาดกลัวต่อสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง ก็จะถูกกลบฝังด้วยการฝึก
การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและจิตใจเข้าแทนที่เมื่อเผชิญกับสิ่งเร้านั้น การให้ผู้รับคำปรึกษา
เผชิญกับสิ่งเร้านั้น ใช้ได้ทั้งการนำสิ่งเร้านั้นมาให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญจริง ๆ (Vivo-
technique) หรือใช้วิธีให้ผู้รับคำปรึกษาจินตนาการถึงสิ่งเร้านั้น

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2536 : 151) ได้แบ่งเทคนิคการให้คำปรึกษา
แบบพฤติกรรมนิยมเป็นวิธีเดี่ยว และหลายวิธีผนวกกัน ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสม
และสอดคล้องกับจุดประสงค์ของการปรับพฤติกรรมเป้าหมาย อันได้แก่

1. เทคนิควิธีเดี่ยว ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้วิธีใดวิธีหนึ่งในการให้
ปรึกษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เช่น ใช้วิธีการให้การเสริมแรงทางบวก เพื่อเพิ่มความถี่ของ
การเกิดพฤติกรรมเป้าหมาย หรือเพื่อลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือ
เพื่อสร้างหรือสอนพฤติกรรมใหม่

2. หลายวิธีผนวกกัน ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้เทคนิคหลาย ๆ
เทคนิค ผนวกกันเพื่อปรับพฤติกรรมเป้าหมาย เพื่อให้บรรลุพฤติกรรมเป้าหมายได้เร็วขึ้น
เช่น ใช้วิธีการให้การเสริมแรงทางบวกผนวกกับวิธีการให้ตัวแบบ เป็นต้น

อัลเลนดิก (สมพร สุกตัญญู. 2533 : 160 ; อ้างอิงมาจาก
Ollendick. 1966 : 525 - 526) กล่าวถึงเทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรม
นิยมว่า เดิมเทคนิคที่ใช้ในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมตั้งอยู่บนพื้นฐานทฤษฎี
การเรียนรู้แบบคลาสสิกของวัตสัน การเรียนรู้แบบแสดงการกระทำของสกินเนอร์ และ-

การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบของแบนดูรา แต่ปัจจุบันแนวคิดในการแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม มีความหมายกว้างขวางกว่าเดิม แนวคิดในเรื่องของการใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม จึงเปลี่ยนไปเน้นที่ความต้องการของผู้รับคำปรึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ในการให้คำปรึกษาดังนี้ คือ การฟัง การใช้คำถามปลายเปิด และปลายปิด และการใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ได้แก่ การให้ตัวแบบที่เป็นวิดีทัศน์ การแรงเสริมทางสังคม และการให้ข้อมูลย้อนกลับ เทคนิคการลดความรู้สึกวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization Technique)

1.3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม

งานวิจัยต่างประเทศ

กาวาลาส และนิโคลาส (Gavalas and Nicholas. 1977: 171 - A) ได้ทดลองใช้วิธีการ Group Systematic Desensitization กับ การลดความกังวลในการสอบของนักเรียนเกรด 9 ที่ได้รับการปฐมนิเทศเรื่องการควบคุมตนเองต่างกัน โดยใช้แบบทดสอบ TAQ ผลการศึกษาปรากฏว่า Group Systematic Desensitization สามารถลดความกังวลในการสอบได้ผลดี

คริสตี้ (Cristy. 1975 : 187-196) ได้ศึกษาผลการใช้การเสริมแรงทางบวกในการลดพฤติกรรมลูกจากที่นั่งของนักเรียนประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 11 คน พบว่า การเสริมแรงทางบวกสามารถลดพฤติกรรมลูกจากที่นั่งของนักเรียนลงได้ พร้อมทั้งพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่น ๆ ก็ลดลงด้วย

เอลลอน และโรเบิร์ต (วันทนา กิ่งจงเจริญสุข. 2535: 114; อ้างอิงมาจาก Ayllon and Roberts. 1974, 1977) ได้ทดลองใช้การเสริมแรงพฤติกรรมการอ่านด้วยเบี้ยอรรถกร เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาคือ พฤติกรรมก่อกวนในชั้นเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 5 จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นเด็กที่มีพฤติกรรมก่อกวนมากที่สุด ครูเสริมแรงพฤติกรรมการอ่านของนักเรียน โดยดูจากความถูกต้องของการทำแบบ

ฝึกหัดหลังการอ่าน ค่ะแนจากการทำแบบฝึกหัดที่นักเรียนได้นี้ สามารถนำมาแลกเปลี่ยนสิทธิพิเศษ การเล่นเกม และกิจกรรมอื่น ๆ ได้ ผลการวิจัยพบว่า ในระยะที่ยังไม่มีการเสริมแรง นักเรียนแสดงพฤติกรรมก่อนในชั้นเรียนประมาณร้อยละ 40 - 50 ของเวลาทั้งหมด แต่หลังจากที่ให้การเสริมแรงพฤติกรรมกรรมการอ่านแล้ว ทำให้พฤติกรรมก่อนในชั้นเรียนลดลงเหลือร้อยละ 15 เมื่อหยุดการเสริมแรงพฤติกรรมก่อนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 และเมื่อมีการเสริมแรงอีกครั้ง พฤติกรรมก่อนลดลงเหลือร้อยละ 15 และความสามารถในการทำแบบฝึกหัดให้ถูกต้อง เป็นปริมาณเพิ่มขึ้นเกือบถึงร้อยละ 85

โวลเป (Wolpe. 1973: 145) ได้ทดลองใช้ Group Systematic Desensitization กับนักศึกษาระดับวิทยาลัย เพื่อลดความวิตกกังวล ประหม่าในการพูดต่อที่ชุมนุมชน ปรากฏว่าได้ผลดีอย่างยิ่ง

งานวิจัยในประเทศ

วัลลภ (2522 : 94-97) ได้ใช้วิธีการลดความวิตกกังวลอย่างเป็นระบบในการรักษาคนไข้ของหน่วยจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มีอาการกลัวศาลพระภูมิ ศาลเจ้า พระเครื่อง และของอื่น ๆ อีก ตอนแรกผู้รักษาถามประวัติ สังเกตสุขภาพจิต ทดสอบบุคลิกภาพของคนไข้ การรักษาเริ่มด้วยให้คนไข้เขียนรายชื่อสิ่งที่ทำให้เขากลัวตั้งแต่มาลงมาน้อย และในขณะเดียวกันก็ให้คนไข้ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วย เมื่อคนไข้มีความชำนาญในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แล้วผู้รักษาจึงทำการลดความวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มตั้งแต่สิ่งที่คนไข้กลัวน้อยที่สุด ไปสู่สิ่งที่คนไข้กลัวมากกว่า พบว่าคนไข้มีอาการดีขึ้นจนหายเป็นปกติ

กาญจณี แก้วทนต์ (2522 : 88) ได้ทดลองใช้เทคนิคแม่แบบเพื่อเปลี่ยนมโนภาพแห่งตนของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์บ้านศรีธรรมราช พบว่า เด็กกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงมโนภาพแห่งตนตรงตามความเป็นจริงมากกว่ากลุ่มควบคุม

วิภา มีสวัสดิ์ (2523 : 100) ได้ศึกษาผลของวิธีการกำจัดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบในการลดความรู้สึกกลัวในการพูดหน้าชั้นของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ปีการศึกษา 2523 ผลการทดลองปรากฏว่า วิธีลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างมีระบบสามารถลดความกังวลในการพูดหน้าชั้นของกลุ่มทดลองได้

จากผลการวิจัยทั้งต่างประเทศ และในประเทศจะเห็นได้ว่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมสามารถปรับเปลี่ยนพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่พึงประสงค์ได้ ผู้วิจัยจึงคาดว่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมนี้สามารถลดความวิตกกังวล และพัฒนาการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

จำลอง ดิษยวาณิช (2522 : 44) ได้ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวล คือ ความไม่สบายใจ ความกระวนกระวาย ความหวาดหวั่น หรือความพรั่นพริ้ง ความวิตกกังวลมีลักษณะคล้ายกับความกลัว ข้อแตกต่างมีอยู่ว่า ความวิตกกังวลมีต้นตอมาจากภายในจิตใจ (Intrapsychic) เป็นเรื่องสำคัญ อาจจะหมายถึงความกลัวที่กรุ่นอยู่ไม่รู้หาย ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับการคาดหมายถึงการที่จะได้รับผลไม่ดีในอนาคต โดยที่ไม่มีสาเหตุมาจากภายนอก บางครั้งอาจมีอันตรายหรือสาเหตุภายนอก แต่ความกลัวที่เกิดขึ้นนั้นไม่สมส่วนกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Disproportionate) ส่วนความกลัวที่แท้จริงนั้นจะต้องมีอันตรายภายนอก (External Danger) และเกิดขึ้นสมส่วนกับอันตรายนั้น

วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2525 : 76) มองความวิตกกังวลในแง่การเรียนรู้ว่า ความวิตกกังวล ประหม่า มักเกิดจากการเชื่อมสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกตอบสนองของร่างกาย เช่น สะดุ้งตกใจ เจ็บปวดทรมาน หรือกำลังอยู่ในภาวะหวั่นไหวกับสิ่งกระตุ้น จากสิ่งของบางอย่าง หรือสถานการณ์บางอย่างที่เรียกว่าเป็นสิ่งที่เร้า ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่มีรูปร่างลักษณะแปลก ๆ หรือเป็นการถูกขู่ด้วยภาษา การตวาดด้วยน้ำเสียง การทารุณกรรมลงโทษ หรือการต้องรับรู้ในเรื่องที่ทำให้เกิดความรู้สึก ต้องขัดแย้งกันเองจนกลายเป็นเงื่อนไขทางอารมณ์ติดตัว

ประสิทธิ์ บัวคลี (2514 : 8) สรุปว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะของ-

จิตใจที่มีความตึงเครียด หวาดระแวงและกลัวบางครั้งหาสาเหตุได้ บางครั้งหาสาเหตุไม่ได้ เป็นสภาวะที่มีความชัดเจนในสิ่งเร้าน้อยกว่าความกลัว และมักจะเกี่ยวข้องกับความต้องการที่เกี่ยวข้องกันหลายประการ

อำพล โองเคลือบ (2515 : 8) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาพทางอารมณ์ซึ่งบุคคลรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด ขาดความมั่นคง ปลอดภัย หรือเกิดความกลัว เมื่อบุคคลถูกเร้าให้เกิดความรู้สึก หรืออยู่ในสภาพทางอารมณ์ดังกล่าว บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น หมั่นหมอง เศร้าซึม เคร่งเครียด หงุดหงิด อารมณ์เสียได้ง่าย หวาดระแวง หวาดกลัว มีความคิดฟุ้งซ่าน เป็นต้น

สุวทนา อาริพรค (2524 : 82) ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่สบาย อึดอัด ตึงเครียด หรือกลัวอันตราย ซึ่งคิดว่าอาจจะเกิดขึ้นแต่ไม่รู้ว่าจะจากอะไร

ฟรอยด์ (Freud. 1943 : 341 - 328) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นประสบการณ์ ความหวาดหวั่น ความตึงเครียด โดยหาสาเหตุไม่ชัดเจนของแต่ละบุคคล แต่ถ้าสาเหตุนั้นมีความชัดเจนว่า ทำให้เกิดอันตราย ทำให้หวาดหวั่นบุคคลจะเกิดประสบการณ์ ความกลัว

แบนดูรา (Bandura. 1969 : 427 - 428, 177 - 191) ได้อธิบายถึงความวิตกกังวลโดยเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ โดยการสังเกตผู้อื่น ในสังคมที่เขาสนใจ มีการจดจำไว้ และนำมาลอกเลียนแบบภายหลัง การเรียนรู้แบบนี้เป็นวิธีการเรียนรู้ตามธรรมชาติของบุคคล ดังนั้นความวิตกกังวลจึงเกิดจากการได้เห็นบุคคลถูกกระตุ้น โดยสิ่งเร้าบางอย่าง ซึ่งมีผลทำให้บุคคลนั้นได้รับกรรมที่ไม่พึงพอใจ และเมื่อตนเองจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าดังกล่าว จึงเกิดความวิตกกังวลว่า ตนจะได้รับผลกรรมที่ไม่พึงพอใจ ดังที่ได้เห็นจากตัวแบบ และการที่บุคคลได้รับการเตือนให้ระมัดระวังอันตรายจากสิ่งเร้าบางอย่าง ก็จะทำให้สิ่งเร้านั้นสร้างความวิตกกังวลให้กับบุคคลได้ นอกจากนี้ ความวิตกกังวลยังเกิดได้จากการขาดทักษะในพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งมีผลทำให้บุคคลเกิดความไม่แน่ใจในผลกรรมที่ตนเองจะได้รับ ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อสิ่งเร้าที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ตนขาดทักษะนั้น ๆ

ลาซารัส (Lazarus and Averill. 1972 : 247 - 251) ได้กล่าว

ถึงความวิตกกังวลว่าเป็นผลจากการที่บุคคลได้รับสิ่งเร้า และคิดประเมิน หรือคาดคะเนว่า สิ่งเร้า นั้นจะทำให้เกิดสิ่งที่ไม่พึงพอใจ หรือทำให้เกิดอันตรายต่อบุคคล มีผลให้พฤติกรรม ของบุคคลเปลี่ยนไป คือ ไม่สามารถดำเนินพฤติกรรมไปตามปกติ อีกทั้งยังก่อพฤติกรรม หลีกเลี่ยงเพื่อหนีห่างจากสิ่งเร้า นั้น

เลวิท และสไตน์ (ลัดดา ลิปปเสนีย์. 2516 : 3 ; อ้างอิงมาจาก Levitt and Stein. n.d.) มีความเห็นร่วมกันว่า สภาพความวิตกกังวลไม่เพียงแต่ จะไปขัดขวางต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลทั้งในด้านส่วนตัว และด้านสังคมเท่านั้น แต่ยัง เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาตนเองในทุก ๆ ด้านอีกด้วย เพราะความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ อย่างหนึ่งที่มีบทบาทต่อการปรับตัว และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรม และ การเรียนรู้

ความวิตกกังวลเป็นภาวะหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งมักจะประสพอยู่เสมอ แม้ว่า จะเป็นอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ แต่ความวิตกกังวลก็จัดเป็นส่วนประกอบที่จำเป็น ของชีวิตความวิตกกังวลจะก่อให้เกิดประโยชน์หรือโทษนั้น ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง และ ความเหมาะสมของสถานการณ์และเวลา (Luckmann. 1974 : 110)

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud Cited by Rouhani. 1978 : 25) กล่าวถึงความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นภาวะหนึ่งของอารมณ์ เกิดจากกระบวนการของจิตใต้สำนึก ที่เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งในใจระหว่างการตอบสนองความต้องการของตนเอง หรือ มโนคติที่มีต่อตนเอง (Ego) และสภาพความต้องการโดยธรรมชาติ (Id)

แมคเรย์โนลด์ (MeReynolds. 1976 : 37) กล่าวถึงความหมายของ ความวิตกกังวลว่าแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ทางด้านอารมณ์ แรงจูงใจ พฤติกรรมและทางสรีระ

ความวิตกกังวลในความหมายของ ประสาท อิศระปริดา (2522 : 45) หมายถึง ความวุ่นวายใจที่เกิดขึ้นจากการคาดการณ์ล่วงหน้าว่า จะมีสิ่งใดเกิดขึ้น หรือจะมี ภัยอันตรายใด ๆ เกิดขึ้นแก่ตน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความนึกคิดภายในตนเอง (Subjective Danger)

เบร็ด (Bird. 1973 : 76) กล่าวถึง ความวิตกกังวล หมายถึง สัญญาณ อันตรายของจิตใจ ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบภาวะคับขัน หรือภาวะอันตราย

ตามแนวคิดของ ซัลลิแวน (Sullivan. 1953 : Cited in Stuart and Sundun. 1983 : 209) เชื่อว่า ความวิตกกังวลมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์

ระหว่างบุคคลกับสถานการณ์การรับรู้ และบุคลิกภาพ ซึ่งพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก

แลเดอร์ และมาร์ค (Lader and Marks. 1971 : 2, 5, 112)

กล่าวว่า ความวิตกกังวลจะเกิดควบคู่ไปกับความเครียด หรือความรู้สึกถูกคุกคาม ความวิตกกังวลเป็นความกลัวต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้แน่ชัด และเป็นผลจากการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพ

สมศรี เชื้อหิรัญ (2521 : 6) กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่า เป็นภาวะที่ไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงได้ และก่อให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ และมักไม่รู้สาเหตุที่แท้จริง จะเกิดขึ้นเมื่อมีความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัย บางคนแสดงออกมาในรูปความกลัวว่าจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้น และอีกความหมายหนึ่งก็คือ ความวิตกกังวลเป็นความกลัวในภัยอันตรายต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นภายในตนเอง (Unconscious Fear) รวมทั้งการเจ็บป่วยทางร่างกายอีกด้วย อาจเกิดขึ้นติดต่อกันไป หรือเป็นครั้งคราวก็ได้ เมื่อเกิดขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น หน้าซีด ใจสั่น ปากสั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น (สมศรี เชื้อหิรัญ. 2523 : 16)

อิงลิช และอิงลิช (English and English. 1958 : 35) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

1. เป็นภาวะของความไม่สบายใจอันเนื่องมาจากความปรารถนาอันแรงกล้า และแรงขับไปไม่ถึงเป้าหมายที่ต้องการได้
2. หมายถึง ความกลัวอันว่าวุ่น สันสนว่าอาจมีสิ่งที่ไม่เลวร้ายเกิดขึ้นในอนาคต
3. หมายถึง ความกลัวอันต่อเนื่องซึ่งอาจสังเกตเห็นได้ แต่อยู่ระดับต่ำ
4. หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเองถูกขู่เข็ญ ซึ่งเป็นการขู่เข็ญที่น่ากลัว โดยที่บุคคลนั้นไม่อาจบอกได้ว่า สิ่งที่น่ากลัวว่ามาขู่เข็ญนั้นเป็นอะไร

ความวิตกกังวลเป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ว่าทำให้เกิดอันตรายต่อตน เป็นผลจากกระบวนการทางความคิดเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น ซึ่งสิ่งนั้นอาจเป็นจริง หรือเป็นเพียงการคาดคะเน (Spielberger. 1972 : 482)

เกรแฮม และคอนเลย์ (Graham and Conley. 1971 : 114) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากความกลัว หรือความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจาก

ความนึกคิด หรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองว่า เป็นอันตรายไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แน่ชัดได้ เป็นสัญญาณอย่างหนึ่งที่เตือนให้บุคคลเตรียมพร้อม เพื่อต่อสู้กับเหตุการณ์ที่คุกคามนั้น

ออซูเบล (Ausubel. 1968 : 245) กล่าวว่า ความวิตกกังวลหมายถึง แนวโน้มของบุคคลที่จะตอบสนองต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความกลัว เพราะมีความรู้สึกว่าการณ์ หรือสถานการณ์นั้น ๆ จะทำให้เขาต้องสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (Self - Esteem) ความวิตกกังวลต่างจากความกลัวในแง่ที่ว่าสิ่งที่มากระทำนั้น มักจะกระทำต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลมากกว่าที่จะกระทำต่อร่างกายของบุคคลนั้น

รูบุช (กาญจนา พงศ์พฤกษ์. 2523 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Reubush. 1963 : 460) ให้ความหมายว่า "ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งต่างจากสภาวะทางอารมณ์อย่างอื่น โดยเด่นชัด และมักจะมีลักษณะทางร่างกายบางอย่างเกิดขึ้นพร้อมกับสภาวะทางอารมณ์ดังกล่าวด้วย"

เพิลส์ (Patterson. 1973 : 348 ; citing Perls) มองว่า ความวิตกกังวลในช่องว่างระหว่างปัจจุบันกับอนาคต นั่นคือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อความคิดของบุคคลกระโดดจากปัจจุบันไปสู่อนาคต สรุปว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลคิดถึงเรื่องที่ยังไม่เกิดขึ้น

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นพบว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจระวนกระวาย หวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยการตอบสนองทั้งทางร่างกาย และอารมณ์ ความวิตกกังวลจะก่อให้เกิดประโยชน์ หรือโทษนั้น ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและความเหมาะสมของสถานการณ์

พฤติกรรมที่แสดงความวิตกกังวลของบุคคล โดยทั่วไปจำแนกได้ดังต่อไปนี้ (วัลลภ กันทรักษ์. 2513 : 24 - 28)

1. ตื่นเต้น (Excitable) คือ มีลักษณะไม่อดทนต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มารบกวนจิตใจ เมื่อมีเรื่องยุ่งยากกระทบจิตใจก็เก็บความรู้สึกได้ยาก มักจะแสดงออกมาโดยทันที เช่น โกรธ บึ้งตึง ร้องไห้

2. ซลาดกลัว หรือหวาดหวั่น (Apprehensive) คือ ลักษณะที่หวาดกลัวหรือประหม่าไม่กล้าแสดงออก หลีกเลี่ยงการแสดงความคิดเห็น หรือการกระทำที่ปรากฏแก่คนหมู่มาก ถ้าจำเป็นต้องแสดงออกก็มักจะเงอะงะ หรือเคอะเขิน

3. เคร่งเครียด เอาจริงเอาจัง (Tense) คือ ลักษณะที่เอาจริงเอาจังต่อชีวิต อารมณ์มักเครียดอยู่ตลอดเวลาหรือบ่อย ๆ จิตใจ หมกมุ่นไม่ค่อยยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่ชอบต่อการพูดเล่น กังวลต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวเห็นสิ่งต่าง ๆ วุ่นวาย ไปหมด

4. อารมณ์อ่อนไหว (Affected by Feeling) คือ ลักษณะที่โกรธง่าย เสียใจ ดีใจ น้อยใจง่าย หวั่นไหวไปกับคำพูด หรือการกระทำของผู้อื่นได้ง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยอยู่

5. ขี้อาย (Shy) คือ ลักษณะที่ไม่กล้าแสดงออกชอบหลบหน้าคนหมู่มาก ไม่กล้าเสี่ยงทำในสิ่งที่ไม่เคยทำมาก่อน

6. จิตใจวุ่นวาย (Undisciplined Self - Conflict) คือลักษณะที่ชอบคิดมาก เมื่อมีเรื่องยุ่งยากใจก็นำไปคิดเป็นเวลานาน ไม่ค่อยลืมง่าย สิ้นน้ำมักซึมเศร้า หรือใจลอย เพราะเป็นคนช่างคิด

ครบทุกข้อ แต่อาจแสดงให้เห็นบางข้อก็ได้ และความมากน้อยก็ไม่เท่ากัน ทั้งนี้แล้วแต่ระดับของความวิตกกังวล กลัว ประหม่า ที่แต่ละคนมี (วิภา มีสวัสดิ์. 2523 : 14)

ประเภทของความวิตกกังวล

ฮิวจส์ (Hughes. 1971 : 17 - 18) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลอย่างปกติ (Normal Anxiety) เป็นปรากฏการณ์เพื่อการปรับตัวของมนุษย์ ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลจะช่วยให้เกิดภาวะการตื่นตัว ทำให้สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเกิดขึ้น และคงอยู่นานเกินไป หรือเปลี่ยนเป็นความวิตกกังวลที่รุนแรงย่อมนำไปสู่สภาวะการเจ็บป่วยได้

2. ความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (Pathological anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในภาวะต่าง ๆ ดังนี้ คือ

2.1 เป็นปฏิกิริยาที่มีต่อการเจ็บป่วยทางร่างกาย ทั้งนี้เพราะความเจ็บป่วยตามความคิดของผู้ป่วยย่อมหมายถึง การสูญเสียหน้าที่ และความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงเปรียบเสมือนสถานการณ์ที่เป็นอันตรายคุกคามต่อผู้ป่วย ซึ่งความรุนแรงของความรู้สึกดังกล่าว ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งเป็นผลมาจากการได้เรียนรู้ และวุฒิภาวะของผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องจากครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดมาอยู่ในโรงพยาบาล ย่อมทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อการจาก (Seperation Anxiety) ได้ และสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งมูลเมนฟีลด์ ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า เมื่อมนุษย์เกิดการเจ็บป่วยจะเกิดความวิตกกังวลอย่างหนึ่งตามมา คือ ความรู้สึกกลัว หรือ หวาดหวั่นต่อความตาย ซึ่งก็หมายถึง การต้องพลัดพรากจากบุคคลผู้เป็นที่รักนั่นเอง (Blumenfield, 1977 : 419)

2.2 จากการเจ็บป่วยทางจิตสรีระ ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า จิตกับกายมีความสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เมื่อมีความไม่สบายทางจิตใจหรือความแปรปรวนทางอารมณ์เกิดขึ้น ย่อมจะส่งผลกระทบให้เกิดความผิดปกติทางกายได้ (ลออ หุตางกูร. 2522 : 109) เนื่องด้วยกระบวนการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลย์ของคนแตกต่างจากสัตว์ ซึ่งในสัตว์จะมีการตอบสนองต่ออันตรายที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เมื่ออันตรายผ่านพ้นไปแล้ว ร่างกายก็จะกลับคืนสู่ภาวะสมดุลย์ แต่ในมนุษย์ภาวะวิตกกังวลมักเกิดขึ้นโดยทราบสาเหตุที่แท้จริง โดยเฉพาะในวิถีการดำรงชีวิตปัจจุบันที่ต้องเผชิญกับความน่าหวาดกังวลนานัปการ ทำให้มนุษย์ต้องอยู่ในสภาวะเตรียมพร้อมที่จะสู้หรือหนี (Fight or Flight) ซึ่งเป็นพฤติกรรมเพื่อการปรับตัว ซึ่งจะส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยทางกายจะยิ่งมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นไปอีก

2.3 ภาวะการเป็นโรคจิต ได้แก่ ภาวะสับสน (Confusion States) โรคจิตจากความผิดปกติทางสมอง (Organic Brain Psychosis)

2.4 สภาวะจิตกังวล แบ่งได้เป็น

2.4.1 ความวิตกกังวลที่หาสาเหตุไม่ได้ เช่น ภาวะวิตกกังวลที่รุนแรง และมีอยู่เกือบตลอดเวลา

2.4.2 ความวิตกกังวลจากความกลัว คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เมื่อต้องประสบกับสถานการณ์เฉพาะหรือสิ่งที่ทำให้หวาดกลัว

ระดับของความวิตกกังวล

ลัคแมน และซอเรนเซน (Luckmann and Sorensen. 1974 : 112)

ได้กล่าวว่า ระดับของความวิตกกังวล จะมีผลต่อกระบวนการที่สำคัญต่าง ๆ คือ การเรียนรู้ การรับรู้ ความมีสติรู้สึกตัว และความนึกคิด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละคน แม้จากสาเหตุเดียวกันก็มีความรุนแรงไม่เท่ากันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการยอมรับ และการปรับตัวของแต่ละคน ซึ่งเชื่อมโยงอยู่หลาย ๆ ลักษณะ เช่น สภาพสังคม วัฒนธรรม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมของแต่ละคน ซึ่ง ลัคแมน และซอเรนเซน ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลไว้ 3 ระดับ ดังนี้คือ

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ ในระดับนี้จะช่วยให้การปรับตัวในชีวิตเป็นผลสำเร็จ ทำให้เกิดภาวะการตื่นตัว ช่วยให้การรับรู้ และการเรียนรู้ดีขึ้น
2. ความวิตกกังวลระดับกลาง การรับรู้จะลดลงทำให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในขณะนั้น
3. ความวิตกกังวลระดับสูง ทำให้เกิดความสับสนและมีการกระจัดกระจายของความคิดพิจารณา เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ และไม่สามารถดำเนินกิจการให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ เสียความสามารถในการปรับตัว ฯลฯ

ผลของความวิตกกังวล

ดาฟฟานบาคเซอร์ และซูน (Deffenbacher and Suinn. 1982 : 39 - 422) กล่าวว่า ความวิตกกังวลทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในร่างกาย มีผลทำให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ มีอาการใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะบ่อยครั้ง ความวิตกกังวลทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น ทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง หรือหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดไม่พึงพอใจ หรือจะทำอันตราย

สวณีย์ ตันตินพนานันท์ (2522 : 125 - 130) ได้กล่าวถึงผลของความวิตกกังวลไว้ 2 ประการ คือ

1. ผลการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

1.1 การเปลี่ยนแปลงที่ระบบประสาท โดยซีรีบรัม (Cerebrum)

เมื่อทำหน้าที่รับรู้สิ่งเร้าจะกระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) และไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) มีผลเกิดขึ้นคือ

1.1.1 ต่อมพิทูอิทารีรี่ จะหลั่งฮอร์โมนเอซีทีเอช (ACTH) ไปกระตุ้นส่วนคอร์เทกซ์ของต่อมหมวกไต ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติคอล (Cortical Hormone) มีผลทำให้ร่างกายทนทานต่อภาวะวิตกกังวลได้ดีขึ้น

1.1.2 ไฮโปทาลามัส หรือศูนย์กลางทางอารมณ์ (The Seat of Emotions) เป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ โดยสมองส่วนนี้จะส่งกระแสประสาทไปตามระบบซิมพาทีติก (Sympathetic System) ไปที่ส่วนเมดูลล่า (Medulla) ของต่อมหมวกไต ทำให้มีการหลั่งสารอีพิเนฟริน (Epinephrine) ซึ่งจะส่งผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัว เกร็ง เตรียมพร้อมที่จะสู้ (Fight) หรือ หนี (Flight) เราจึงพบได้เสมอว่าเมื่ออยู่ในภาวะวิตกกังวลจะมีผลกำลังมากมายสามารถทำในสิ่งที่ยามปกติทำไม่ได้

1.2 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ในภาวะวิตกกังวล อีพิเนฟริน และนอร์อีพิเนฟริน และอะดีโนคอร์ติคอล ฮอร์โมนส์ (Epinephrin nor-Epinephrine และ Adrenocortical Hormone) จะถูกขับออกมาสู่กระแสโลหิตมากขึ้น ฮอร์โมนส์เหล่านี้ มีหน้าที่ 3 อย่าง คือ

1.2.1 มีเนอเรอคอร์ติคอร์ด (Mineralcorticoids) ควบคุมความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) เช่น โซเดียม โพแทสเซียม และคลอริเดียม

1.2.2 กลูโคคอร์ติคอร์ด (Glucorticoids) มีผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน และน้ำตาล

1.2.3 แอนโดรเจน (Androgens) มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อ และสร้างเสริมลักษณะเพศชาย จะเห็นได้ว่าเมื่อมีภาวะความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของพวกเกลือแร่ในร่างกาย มีการขับสารพวกน้ำตาลออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น

1.3 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล โดยทั่วไป ความวิตกกังวลในระดับต่ำ และระดับกลาง จะเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย แต่ถ้าถึงขั้นระดับสูงแล้วจะทำให้ระบบต่าง ๆ หยุดทำงาน (Paralyze) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว และถี่ขึ้น การหายใจจะลึก และเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของร่างกาย และความดันโลหิต มีการคลาดเคลื่อนของ

ประจำเดือน ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น ม่านตาขยายใหญ่ขึ้น น้ำตาลถูกขับออกจากตับมากขึ้น ผิวหนังซีด เย็น กล้ามเนื้อเกร็ง โดยเฉพาะที่คอตัวสั่น

1.4 ผลของความวิตกกังวลต่อความสามารถในการสังเกต ได้แก่ การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะเพิ่มมากขึ้น หรือลดลงขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล

1.4.1 มาย ริเวล เอนไซติ (Mild Level Anxiety) ระดับเล็กน้อยจะช่วยให้ประสาทรับรู้ทั้ง 5 ตื่นตัวดีขึ้น ทำให้สามารถรับรู้ได้ดีขึ้น การเก็บข้อมูลรอบตัวจะทำได้มากกว่าปกติ

1.4.2 โมเดอเรต ริเวล เอนไซติ (Moderate Level Anxiety) ระดับกลางยังคงทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นอยู่ และขอบเขตของการรับรู้จะแคบลง จะพุ่งไปยังจุดที่สนใจเท่านั้น จะรับรู้เฉพาะสิ่งที่เลือกสรรแล้ว บอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้

1.4.3 พานิค ริเวล (Panic Level) ภาวะตื่นตัวสุดขีด การสังเกตจะแคบลงมากและไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

1.5 ผลของความวิตกกังวลต่อสมาธิ และความจำ ในระดับเล็กน้อย และ ระดับกลาง จะทำให้สมาธิดีขึ้น แต่ในระดับรุนแรงนั้นสมาธิอาจลดลงบุคคลในภาวะนี้จะกระสับกระส่ายและอยู่ไม่นิ่ง ส่วนทางด้านความจำนั้นความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยทำให้การจดจำมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความจำประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การจำได้ (Cognition) สามารถในการสะสม (Retention) และการระลึกได้ (Recall) เมื่อมีความวิตกกังวลเล็กน้อยประสาทรับรู้ทั้ง 5 ตื่นตัว จึงรับข้อมูลมากขึ้น การจำได้มากจึงสะสมได้มากจึงระลึกได้มาก ถ้าการรับรู้ความจำก็เกิดน้อย ดังนั้นในภาวะรุนแรงความจำจึงเกิดได้น้อยมาก

1.6 ผลของความวิตกกังวลต่อพฤติกรรมแสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวล พฤติกรรมการแสดงออกโดยมากจะเป็นพฤติกรรมแบบอัตโนมัติที่เห็นได้บ่อย ๆ คือ หงุดหงิด โมโหง่าย และโกรธ เมื่อใดก็ตามที่มีภาวะความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะต้องมีการปรับ และเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อที่จะลดหรือขจัดภาวะความวิตกกังวล พฤติกรรมการแสดงออกนั้น เราอาจจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ

1.6.1 พฤติกรรมที่เป็นการบ่งแสดงความรู้สึกภายในออกมาอย่างเปิดเผย (Acting-Out Behavior) เช่น ความหงุดหงิด โมโหง่าย และแบบซ่อนเร้น ได้แก่ ความรู้สึกขุ่นเคืองรู้สึกไม่เป็นมิตร

1.6.2 การลดภาวะความวิตกกังวลโดยการเบนความสนใจไปสู่อาการ (Somatizing) หรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย

1.6.3 การขังกันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Freezing to the Spot) ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ เก็บกดความรู้สึกภายใน และกลายเป็นอาการเศร้า มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ

1.6.4 พฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความวิตกกังวล (Using the Anxiety in the Service of Learning) การทำความเข้าใจในสาเหตุ และวิธีการที่ตนเองใช้เพื่อจัดการภาวะความวิตกกังวล

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจต่อการเรียนรู้และการปรับตัว

ความวิตกกังวลในระดับต่าง ๆ จะมีผลต่อการเรียนรู้ และการปรับตัว เมื่อมีความวิตกกังวลในระดับต่ำจนถึงระดับกลาง ถ้าบุคคลนั้นมีทักษะอยู่แล้วเขาจะสามารถใช้ทักษะในการเรียนรู้ได้ แต่ถ้าเป็นความวิตกกังวลระดับสูง ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะดีหรือไม่เขาจะไม่มีโอกาสใช้ทักษะนั้นเลย เพราะเขาอยู่ในช่วงที่นึกกลัวสุดขีด พฤติกรรมของเขาจะเป็นไปตามอัตโนมัติที่ไม่ต้องคิดก่อนเพื่อจัดการความวิตกกังวล

✓ ความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบอย่างหนึ่งของผู้ป่วยที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในขณะที่ร่างกายเกิดความเครียดขึ้น และความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจแก่ผู้ป่วยทุกคน (Saxton and Haring. 1971 : 38) ได้กล่าวถึงโรคเบาหวานไว้ว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้มาก ทั้งนี้เพราะโรคนี้รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจะต้องอยู่กับโรคไปตลอดชีวิต และเมื่อเป็นเบาหวานในระยะเวลานานโอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อน และความพิการเป็นไปได้มาก จากการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

ฮินเคิล (Hinkle. 1962 : 927) ศึกษาพบว่า เมื่อมีความวิตกกังวลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นภายในร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ การเพิ่มและลดระดับกลูโคสในเลือด การใช้ออกซิเจนมากขึ้น การเพิ่มกรดไขมันที่ไม่อิ่มตัว และเพิ่มการแตกตัวของโปรตีนเพิ่มสารคีโตนในเลือด และการขาดน้ำ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย มักจะเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วยได้แก่

✓ 1. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การฉีดยา การกินยา การตรวจน้ำตาลในเลือด การจำกัดอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาสุขอนามัยทั่วไป โดยเฉพาะดูแลเท้า การสนใจเวลาพักผ่อน การต้องไปพบแพทย์ตามเวลานัดหมาย การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับโรค

✓ 2. ความวิตกกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา อันมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว

3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพของผู้ป่วยในครอบครัวและสังคม

× 4. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวที่อาจเปลี่ยนไป

✓ 5. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการวินิจฉัยโรค เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ความรุนแรงของอาการเบาหวาน การมีโรคแทรกซ้อน

✓ 6. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการนำกลัวต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นเนื่องจากการควบคุมเบาหวานไม่ได้ผล ได้แก่ อาการช็อคจากการฉีดอินซูลิน ภาวะคีโตแอซิโดสิส ภาวะการหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง

✓ 7. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลขั้นสุดท้ายของโรค ความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ความพิการ อัมพาต ตาบอด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน บาดแผลที่รักษาไม่หาย โรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการเสียชีวิต

ผู้ป่วยเบาหวานในระยะเริ่มแรกที่รู้ตัวว่าเป็นโรคเบาหวานจะรู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก พอรู้ตัวว่าเป็นก็จะปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด ควบคุมอาหารตามที่แพทย์แนะนำ ไปพบแพทย์ตรงตามนัด แต่พอเริ่มคุ้นเคยกับโรคมากขึ้นความสนใจในกิจกรรมเหล่านี้ก็จะลดลง

๘. ความวิตกกังวลกลัวว่าจะถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุ^{ที่}มีโรคแทรกซ้อนมาก หรือพิการ อัมพาต จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นอยู่เสมอ แม้คนที่เป้นเบาหวานในระยะเริ่มแรกหรือเรื้อรังก็มีความรู้สึกเช่นนี้ได้ โดยเฉพาะคนที่มึประวัติเบาหวานครอบครัว ซึ่งแตกแยก พ่อแม่หย่าร้างกัน หรือเคยเป็นลูกที่ถูกทอดทิ้งมาก่อน ถ้าไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเพียงพอ ความรู้สึกเช่นนี้จะมากขึ้น

X ๙. ความวิตกกังวลถึงความรู้สึกภาคภูมิใจ และความเชื่อมั่นในตนเองหมดไป เพราะคนที่เคยเป็นเบาหวานต้องได้รับการฉีดอินซูลิน หรือกินยาเม็ดเป็นประจำทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นผู้ป่วยอยู่เสมอ

โดยเฉพาะครอบครัวที่มีความเดือดร้อนทางการเงิน และผู้ป่วยอาจจะเป้นกำลังสำคัญในการหารายได้ของครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยหรือมีโรคแทรกซ้อนทำให้ตนไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัว ขณะเดียวกันไม่สามารถช่วยตนเองได้เต็มที่ต้งพึ่งผู้อื่น ความรู้สึกที่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และความภาคภูมิใจที่เคยคิดว่าตนมีความสามารถก็ลดลงไป

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ริฟคิน (Rifkin. 1978 : 745) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ดีดังนี้ คือ การรับประทานอาหารไม่แน่นอน การออกกำลังกายไม่คงที่ ความตึงเครียดทางอารมณ์รวมทั้งภาวะเครียดอื่น ๆ สิ่งที่มีผลเสียต่อประสิทธิภาพของอินซูลินที่ให้เข้าไป

เมซ ลูซิโด และชามูน (Mazze, Lusido and Shamoon. 1984 : 360 - 366) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทางด้านจิตใจ และสังคมกับการควบคุมโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดหนึ่งอินซูลิน 84 คน เพศชาย 25 คน เพศหญิง 59 คน วัดการควบคุมโรคจาก HbA_{1c} พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าต่ำร่วมกับมีคุณภาพชีวิตดีจะมีการควบคุมโรคเบาหวานได้ดี มี HbA_{1c} < 8.9 % เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ควบคุมได้ปานกลาง HbA_{1c} = 8.9 - 11.9% และที่ควบคุมได้ไม่ดี HbA_{1c} > 11.9% และในกลุ่มที่ควบคุมเบาหวานได้ดีกับควบคุมได้ไม่ดี ความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า และคุณภาพ

ชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .002$ แสดงว่าความเครียดมีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน

นිරัมรานี สัจเดว์ (2523 : 155) พบว่า ความวิตกกังวลเป็นปัญหาระดับค่อนข้างมาก ได้แก่ ความวิตกกังวลกลัวเป็นอัมพาต นิการ และโรคแทรกซ้อน ความวิตกกังวลในเรื่องการควบคุมอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลในปัสสาวะ ความวิตกกังวลเรื่องการดำเนินชีวิตของครอบครัว และเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของครอบครัว

บุศรา กาญจนบุตร (2524 : ง) ศึกษาพบว่า ความรู้สึกที่แสดงถึงปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากในผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ ความรู้สึกวิตกกังวลกลัว และคับข้องใจ ที่มีต่อข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวัน

วัลลา ตันตทัย (2525 : 76) ได้ทำการศึกษาพบว่าภาวะเครียดทางร่างกายและจิตใจ เช่น เป็นไข้หวัด ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีบาดแผลอักเสบ และมีความวิตกกังวลมาก นอกเหนือจากนี้อาจมีผลทำให้ภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานเลวลงได้

ดวงกมล อัครอนุสรณ์ (2527 : 5) พบว่า ภาวะเครียดทางร่างกาย และจิตใจ ความวิตกกังวลที่มีต่อความเจ็บป่วย ความกลัว ความคับข้องใจต่อข้อจำกัดในการปฏิบัติตน เมื่อมีมากหรือน้อยเกินไปมีผลทำให้การรับรู้ การจดจำ คำแนะนำลดน้อย และบิดเบือนได้ นั่นคือ ภาวะการควบคุมโรคเปลี่ยนแปลงได้

จากเอกสารและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานทำให้บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายหวั่นเกรงอันตรายที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากเป็นโรคเบาหวาน มีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ เกิดภาวะแทรกซ้อน และการปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน

สุทิน (สุทิน ศรีอรัญราฎาพร. 2534 : 1-2) อธิบายถึงโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus = DM) ไว้ว่า คือโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งซึ่งมีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงกว่าปกติ

(Hyparglycemia) น้ำตาลกลูโคสเป็นน้ำตาลชนิดหนึ่งซึ่งร่างกายนำไปใช้เผาผลาญให้เกิดพลังงานได้มาจาก 2 แหล่ง คือ จากอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต (อาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล) ที่เรากินเข้าไป และจากการสร้างที่ตับ แล้วปล่อยเข้าสู่กระแสเลือด

ตรวจพบได้โดยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า สูงกว่า 140 มิลลิกรัม ในเลือด 100 มิลลิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ตามสูงกว่า 200 มิลลิกรัม ในเลือด 100 มิลลิลิตร ร่วมกับอาการของโรคเบาหวาน

ในคนปกติระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดจะถูกควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดเวลา ตัวควบคุมที่สำคัญที่สุดคือ "อินซูลิน" เป็นฮอร์โมนที่สร้างเซลล์ของตับอ่อนที่เรียกว่า บีต้าเซลล์" มีหน้าที่สำคัญคือ ช่วยพาน้ำตาลกลูโคสที่อยู่ในเลือดให้ผ่านเข้าเซลล์เพื่อนำไปเผาผลาญเป็นพลังงาน และเก็บสะสมเป็นแป้ง และไขมันไว้ใช้ภายหลัง อินซูลินทำหน้าที่เหมือนกุญแจ ซึ่งจะไปจับกับตัวรับที่ผิวเซลล์ ซึ่งทำหน้าที่เหมือนรูกุญแจ เพื่อเปิดประตูเซลล์ให้น้ำตาลกลูโคสจากในเลือดผ่านเข้ามาในเซลล์ได้ เซลล์ที่ต้องใช้อินซูลินเพื่อเปิดประตูเซลล์ ได้แก่ เซลล์กล้ามเนื้อ เซลล์ตับ และเซลล์ไขมัน เป็นต้น เมื่อกินอาหารระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดจะเพิ่มขึ้น อินซูลินจะหลั่งออกมาจากตับอ่อนมากขึ้น เพื่อพาน้ำตาลกลูโคสเข้าเซลล์ ระดับน้ำตาลจึงลดลงมาเป็นปกติ หน้าที่อื่น ๆ ของอินซูลิน ได้แก่ ช่วยให้ร่างกายสร้างไขมัน โปรตีน รวมทั้งกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ช่วยห้ามการสลายไขมัน และโปรตีน และช่วยห้ามการสร้างสารคีโตน

ถ้าร่างกายมีอินซูลินจำนวนน้อย เรียกว่า ขาดอินซูลิน หรือมีอินซูลินมากพอ แต่ทำหน้าที่ไขกุญแจไม่ได้ดีเรียกว่า อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ได้ หรือเซลล์ดื้อต่ออินซูลินจะทำให้ไม่สามารถเปิดประตูเซลล์ให้น้ำตาลที่อยู่ในเลือดผ่านเข้าไปในเซลล์ เพื่อนำไปใช้ได้ ซึ่งจะทำให้มีน้ำตาลกลูโคสคั่งในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้น และเกิดโรคเบาหวานขึ้น น้ำตาลที่สูงขึ้นในเลือดจะถูกขับออกมาทางปัสสาวะ

องค์ประกอบที่มีส่วนสำคัญที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคเบาหวาน

1. กรรมพันธุ์ จากการศึกษาของนีริบรานี (นีริบ-รานี สัจเดว์. 2523 : 120) อ้างถึง Joslin, Berg, Pincus และ White ในคู่มือแพทย์พบว่า ถ้าแฝดหนึ่งเป็นเบาหวานคู่ของฝาแฝดนั้นมีโอกาสเป็นเบาหวานด้วย ศึกษาประวัติของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน ถ้ามีประวัติในครอบครัวเป็นเบาหวาน มักจะมีลูกหลานเป็นเบาหวานด้วย ตามทฤษฎี-

กรรมพันธุ์เกี่ยวกับเบาหวานในปัจจุบันเข้าใจกันว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับยีนส์ผิดปกติจากพ่อแม่ ตั้งแต่เชื้ออสุจิ และไข่ของพ่อแม่ผสมกัน เมื่อคลอดออกมาก็มียีนส์ผิดปกติพร้อมที่จะเป็นโรคเบาหวาน แม้ว่าจะไม่เป็นระยะแรก แต่สามารถถ่ายทอดยีนส์เบาหวานให้แก่บุตรได้ไม่ว่าบุตรจะเกิดก่อนหรือหลังจากมีอาการของโรคเบาหวาน

2. ความอ้วน คนอ้วนมีโอกาเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าคนธรรมดาหลายเท่า Josline ได้ศึกษาประวัติของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า 77% ของผู้ป่วยในจำนวน 1,000 ราย มีน้ำหนักเกินปกติ โดยทั่วไปโรคเบาหวานพบในคนอ้วนถึง 80% สาเหตุเนื่องจากการมีน้ำหนักมากเกินไป ทำให้บีตาเซลล์ทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมน อินซูลินต้องทำงานหนัก และเสื่อมลงทำให้เกิดโรคเบาหวานได้

3. การตั้งครรภ์ จากสถิติพบว่า หญิงที่ตั้งครรภ์บ่อยมีโอกาเป็นเบาหวานมากกว่าหญิงที่ตั้งครรภ์น้อย เนื่องจากความเครียดซึ่งทำให้หลังฮอร์โมน Growth Hormones, Thyroid Hormone, Glucocorticoid ซึ่งสร้างมาจากรกอีกด้วย จึงทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย

4. ความเครียดทางด้านจิตใจ พบว่า มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ถ้ามีความเครียดฮอร์โมนนี้จะออกมามาก จากการศึกษาของ Tox พบว่าในผู้ป่วยโรคจิต เป็นระยะเวลา 3 ปีติดต่อกัน มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และเป็นโรคเบาหวานได้

5. การกินยาขับปัสสาวะ จำพวกคลอโรไธอะไซด์นาน ๆ ที่ใช้รักษาโรคหัวใจ เป็นสาเหตุทำให้เป็นเบาหวานได้ จากการลดต่ำลงของโปแตสเซียมที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ เพราะการออกฤทธิ์ของอินซูลินต้องอาศัยโปแตสเซียมด้วย

6. โรคตับแข็ง พบได้บ่อยกว่าคนปกติ 3 เท่า เนื่องจากโรคตับแข็งจะทำให้เกิดความทนทานต่อคาร์โบไฮเดรตลดลง

7. การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น หัดเยอรมัน อาจเป็นสาเหตุของโรคเบาหวานได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่แน่นอน

อาการของโรคเบาหวาน

สุนทร (สุนทร ตันทนันท์.2536:13) ได้กล่าวถึงอาการของโรคเบาหวาน ประกอบด้วยอาการต่างๆดังนี้

1. อาการกระหายน้ำมาก และปัสสาวะบ่อย เป็นอาการเด่นชัด พบในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการรุนแรง การปัสสาวะบ่อยและจำนวนมาก เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนล้นออกมาทางปัสสาวะ และดื่มน้ำออกมาพร้อมกันด้วย เมื่อร่างกายเสียน้ำออกทางปัสสาวะมากจึงเกิดการขาดน้ำ ทำให้มีอาการกระหายน้ำ ดื่มน้ำบ่อย และจำนวนมากเพื่อชดเชย

2. น้ำหนักลด ผอมลง เนื่องจากร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลในเลือดเป็นพลังงานได้ และยังสูญเสีย น้ำ และน้ำตาลไปทางปัสสาวะจึงต้องสลาย เนื้อเยื่อของร่างกายมาใช้แทน ร่วมกับภาวะขาดน้ำ จึงทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว การเสียน้ำหนักนี้วันละมากกว่า 10 กรัมต่อวัน

3. หิวบ่อย รับประทานอาหารจุ เมื่อร่างกายสลายเอาเนื้อเยื่อมาใช้ และขาดพลังงาน จึงเกิดภาวะขาดอาหาร ทำให้อหิวบ่อย และรับประทานอาหารจุ แต่กลับผอมลง เนื่องจากร่างกายนำสารอาหารที่รับประทานเข้าไปนำไปใช้ไม่ได้

4. อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เกิดจากร่างกายไม่สามารถใช้กลูโคสได้ทำให้กล้ามเนื้อกำลังลง ถ้าร่างกายขาดอินซูลินอย่างมากก็จะทำให้การสร้างสารคีโตนมากขึ้น และเกิดภาวะคีโตนอะซิโดสิส หรือ ดี เค เอ (DKA = Diabetic Ketoacidosis) ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบ ซึมลง หดสติ และตายได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา

5. อาการคันตามตัว คันช่องคลอด เป็นผื่นง่าย เป็นแผลง่าย แต่หายยาก ติดเชื้อง่าย และรุนแรง เนื่องจากการมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ถ้าตั้งครรภ์ก็จะทำให้มีการแท้งคลอดก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ได้ง่าย ทารกที่คลอดออกมามักตัวโต น้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม

6. คนที่เป็นโรคเบาหวานมานานแล้วไม่รักษา จะมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังเกิดขึ้น เช่น เส้นประสาทเสื่อมซึ่งทำให้มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า สายตาเสื่อมลง ตามัว ทำให้ตาบอดได้ ไตเสื่อมซึ่งทำให้มีอาการปัสสาวะน้อยลง บวมตามตัว มีความดันเลือดสูง และเกิดไตวายซึ่งทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด การหมดความรู้สึทางเพศ หลอดเลือดตีบแข็ง ถ้าเกิดที่หลอดเลือดหัวใจก็ทำให้เกิดโรคหัวใจ ขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และอาจเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ ถ้าเกิดที่หลอดเลือดสมอง จะทำให้สมองขาดเลือด และเป็นอัมพาต ถ้าเกิดที่หลอดเลือดที่ขา ก็จะทำให้มีอาการปวดขาเวลาเดิน และถ้ารุนแรงมากขาจะมีสีดำคล้ำ และมีเนื้อตายเกิดขึ้นจนต้องตัดขา

ประเภทของโรคเบาหวาน (สุนทร ตันทนันท์. 2536 : 13)

โดยทั่วไปแบ่งโรคเบาหวานได้เป็น 2 ชนิด ตามลักษณะการขาดอินซูลิน คือ

1. โรคเบาหวานชนิดต้องพึ่งอินซูลิน (ชนิดที่ 1 หรือ Type I หรือ IDDM = Insulin Dependent Diabetes Mellitus) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดนี้จะขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง เพราะตับอ่อนสร้างอินซูลินไม่ได้เลย ผู้ป่วยมักจะอยู่ในวัยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ที่อายุไม่เกิน 40 ปี พบได้บ่อยเท่า ๆ กัน ทั้งในเพศชาย และเพศหญิง อาการของโรคจะเกิดขึ้นกะทันหัน และรุนแรง ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดนี้มักจะมีรูปร่างผอมหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวัน มิฉะนั้นอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายถึงชีวิตได้
2. โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (ชนิดที่ 2 หรือ Type II หรือ NIDDM = Non - Insulin Dependent Diabetes Mellitus) โรคเบาหวานชนิดนี้ส่วนมากมักเกิดกับผู้ใหญ่ที่มีอายุเกิน 40 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาการของโรคมีได้ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการอะไรเลย จนถึงขั้นรุนแรง ตับอ่อนจึงสามารถสร้างอินซูลินได้บ้างไม่ถึงกับขาดไปหมดเหมือนคนที่ เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 คนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 นี้ บางราย โดยเฉพาะในคนอ้วน ตับอ่อนสามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ หรือมากกว่าปกติ แต่อินซูลินออกฤทธิ์ได้ต่ำกว่าปกติ ผู้ที่มีประวัติเบาหวานในครอบครัวโดยเฉพาะมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเบาหวานชนิดนี้ได้มาก

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (วัลลา ตันตโยทัย . 2526 : 358)

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้น หากปล่อยไว้นาน โดยไม่ได้รับการรักษา หรือดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องแล้ว ภาวะแทรกซ้อนก็จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และรุนแรงมากขึ้น แบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนประเภทเฉียบพลัน เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่
 - 1.1 ภาวะติดเชื้อ (Infection) เมื่อร่างกายเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จะมีผลให้ระบบการต่อต้านเชื้อโรคลดลง อวัยวะที่ไวต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ผิวหนัง ปอด กรวยไต และกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น
 - 1.2 ภาวะไม่รู้สึกรู้สจากน้ำตาลในเลือดสูง แต่ไม่พบสารคีโตนในเลือด ความผิดปกตินี้มักพบในโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แล้วมีการติดเชื้อเฉียบพลันร่วมด้วย

1.3 ภาวะกรดคั่งในร่างกายจากสารคีโตน เป็นภาวะกรดคั่งที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญอาหาร มักเกิดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน แต่อาจเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี หรือเกิดการติดเชื้อรุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการชาตน้ำ หายใจหอบลึก ลมหายใจมีกลิ่นฉุน คลื่นไส้ อาเจียน ซึม และหมดสติ ไม่รู้สึกตัว (Coma) ในที่สุด

ภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยที่สุด

1.4 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ คือ ต่ำกว่า 50 มิลลิกรัม ในเลือด 100 มิลลิลิตร สาเหตุเกิดจากการรับประทานยามากกว่าที่ควรจะได้รับ หรือการรับประทานอาหารน้อยลง หรือการใช้แรงงานที่มากเกินไป อาการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มึนงง ไม่รู้สึกตัว จนหมดสติได้

2. ภาวะแทรกซ้อนประเภทเรื้อรัง

เป็นผลที่เกิดจากพยาธิสภาพของการตีตันของเส้นเลือดจากการที่สารไขมัน (Cholesterol) ไปเกาะผนังเส้นเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยกว่าปกติ ซึ่งจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ ไต ตา และระบบประสาทต่าง ๆ

อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

1. อันตรายจากการติดเชื้อ ที่พบได้บ่อย เช่น การติดเชื้อราสแตปฟีโลคอคคัส (Staphylococcus) บริเวณผิวหนัง ที่ต้นคอ รักแร้ ขาหนีบ ข้อพับ เพราะเป็นที่อับชื้น หรือรักษาความสะอาดไม่ดีพอ ผู้ป่วยจะมีอาการคัน เกาจนเกิดแผล ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่แผล ร่วมกับมีความต้านทานต่ำ ทำให้เชื้อโรคลุกลามได้รวดเร็ว และรุนแรงเกิดอักเสบเป็นฝีได้ง่าย

การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยคือ วัณโรค

การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Neuropathy) ทำให้ความรู้สึกปวดปัสสาวะหายไป เกิดการคั่งค้างของปัสสาวะ และการที่มีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะร่วมกับการทำความสะอาดไม่ดีพอ จึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายและรวดเร็ว

2. อันตรายต่อระบบหัวใจ รวมทั้งหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวายได้ พบได้เป็น 2 เท่าของคนปกติ การตีบตันของเส้นเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary) จากขบวนการเกาะตัวของไขมันตามผนังเส้นเลือด (Atero Sclerosis) หัวใจมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการเจ็บบริเวณหน้าอก (Angina Pectoris) ได้

3. อันตรายต่อไต (Diabetic Nephropathy) จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหลอดเลือดที่ไต ทำให้ไตขับสารพวกโปรตีนออกมาในปัสสาวะ (Proteinuria) และเกิดการคั่งของสารไนโตรเจนในเลือด (Blood Urea Nitrogen = BUN) และครีเอตินิน (Creatinin) ทำให้เกิดภาวะไตวายในที่สุด พบได้มากกว่าคนปกติ 17 เท่า

4. อันตรายต้อตา (Diabetic Retinopathy) จากพยาธิสภาพของหลอดเลือดจะทำให้เกิดการทำลายต่อจอรับภาพและการเสื่อมของเส้นประสาท เรื้อรัง รุนแรงขึ้นจนตาบอดได้ พบได้มากกว่าคนปกติถึง 20 เท่า

5. อันตรายต่อระบบประสาท (Diabetic Neuropathy) แบ่งออกเป็น 3 ชนิดตามการทำงานของระบบประสาท

5.1 ระบบประสาทที่รับความรู้สึก (Sensory Nerve) จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการชา ตามอวัยวะส่วนปลาย เช่น ปลายมือ ปลายเท้า เมื่อเกิดบาดแผลขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะรู้สึกว่าเป็นไม่มาก ทำให้ขาดการเอาใจใส่เท่าที่ควร หรือการดูแลที่ไม่ถูกต้อง แผลจะลุกลามรวดเร็ว และรุนแรงจนต้องตัดนิ้วหรือขาในที่สุด

5.2 ระบบประสาทสั่งงาน (Motor Nerve) พบได้น้อย มักเกิดกับกล้ามเนื้อบริเวณมือและเท้า เกิดการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อ มีอาการเท้าตก (Foot drop) หรือการอ่อนแรงของแขน ขา ได้

5.3 ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nerve) ทำให้การควบคุมของอวัยวะส่วนในบกพร่องไป ที่พบมากคือ ระบบประสาทในการควบคุมการขับปัสสาวะ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอย่างมาก ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ถึงแม้ว่าโรคเบาหวานจะเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนบางอย่างที่เกิดจากโรคเบาหวานได้ โดยการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการดูแลรักษาสุขอนามัยทั่วไป และ

การดูแลเท้า เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ ซึ่งจะต้องอาศัยการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและได้ผลดีนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน เพื่อการรักษาและควบคุมโรคเบาหวาน โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็ยังมีวิธีป้องกันและควบคุมมิให้เกิดโรคแทรกซ้อนร้ายแรงได้

ลัคแมน และซอเรนเซน (Lucmann and Sorensen. 1980 : 1549)

ได้สรุปไว้ว่า โดยทั่วไปจะถือว่าโรคเบาหวานควบคุมได้เมื่อผู้ป่วยมีภาวะดังต่อไปนี้ คือ

1. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าเป็นปกติ
2. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้า 2 ชั่วโมง ไม่เกินกว่า 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารกลางวัน 2 ชั่วโมง ไม่เกินกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

3. ตรวจปัสสาวะก่อนอาหารเช้าและเย็น ไม่พบน้ำตาลและสารอะซิโตน
4. มีปริมาณน้ำตาลน้อยกว่า 5 กรัม ในปัสสาวะตลอด 24 ชั่วโมง
5. ผู้ป่วยมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และมีสุขภาพดี

โบเวน ริช และชลอตเฟลด์ท์ (Bowen, Rich and Schlotfeldt.

1961 : 155 - 156) ได้ศึกษาถึงภาวะควบคุมโรคและเกณฑ์ประเมินภาวะการควบคุมโรคเบาหวานดังนี้ คือ

1. ระดับน้ำตาลในเลือด
2. การตรวจหาน้ำตาลและอะซิโตนในปัสสาวะ
3. น้ำหนักตัว
4. การเกิดปัญหาแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ การเสื่อมของเส้นประสาท
5. ความเห็นของแพทย์

ดังนั้นเกณฑ์ในการประเมินการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานนี้จะพิจารณาถึงระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า น้ำหนักตัว และความคิดเห็นของแพทย์

สรุปการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยเบาหวานที่แสดงออกในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติโดยปฏิบัติตนในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการดูแลรักษาสุขอนามัยทั่วไป การดูแลเท้า

การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารจัดเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน เพียงแต่ผู้ป่วยลดอาหารแป้งและน้ำตาล ก็จะช่วยลดน้ำตาลในเลือดลง และป้องกันการเกิดหลอดเลือดตีบแข็งได้ การควบคุมอาหาร จะได้ผลดีเป็นพิเศษในผู้ป่วยรายที่อ้วนเพราะเพียงลดน้ำหนักลงมาเท่านั้น โรคเบาหวานก็จะทุเลาลง อาการรุนแรงลงได้

หลักสำคัญในการควบคุมอาหาร

1. ต้องกินอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป ซึ่งขึ้นอยู่กับน้ำหนัก อายุ เพศ อาชีพ และการออกกำลังกาย เพียงแต่ลดจำนวนคาร์โบไฮเดรต และเพิ่มโปรตีนให้มากขึ้น เพื่อชดเชย ควรกินผักต่าง ๆ ให้มาก เพื่อให้ได้วิตามิน เกลือแร่ และช่วยไม่ให้หิวบ่อยด้วย

2. การรับประทานอาหาร ในผู้ป่วยที่รักษาโดยการควบคุมอาหาร และรับประทานยาไปด้วย ควรจะรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มีไขมันน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ส่วนผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลินจะมีวิธีการแบ่งอาหารแตกต่างกัน ออกไปตามชนิดของอินซูลินชนิดนั้น ที่มีผลปฏิกิริยาสูงสุดภายหลังฉีดกี่ชั่วโมง เช่น ยา NPH หรือ Lente อาหารแบ่งควรมากตอนเที่ยง และมีอาหารว่างตอนบ่าย เพื่อไม่ให้น้ำตาลลดมากเกินไป

วิทยา ศรีมาตา (2532 : 7) ได้แบ่งอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัด ได้แก่ ผักใบเขียวต่าง ๆ เช่น คื่นช่าย ผักบุ้ง เห็ด กระหล่ำปลี แตงกวา แตงร้าน ถั่วงอก เป็นต้น

2. อาหารที่จำกัดจำนวน ได้แก่ อาหารแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่วุ้นเส้น เผือก มัน สาหร่าย ข้าวโพด ถั่วฝักยาว ผลไม้ทุกชนิด

3. อาหารที่ผู้ป่วยพึงละเว้น ได้แก่

3.1 ของหวานทุกชนิด เช่น น้ำตาล น้ำเชื่อม น้ำหวาน น้ำผึ้ง

3.2 ขนมหวานจัดทุกชนิด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง
สังขยา กล้วยเชื่อม ลูกตาลเชื่อม และขนมเค็ก

3. การควบคุมน้ำหนักตัว ในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุม
โรค ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน (Obesity) จะมีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานได้โดยเฉพาะ
โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (IDDM) (สนอง อนุบาล. 2528 : 108)

น้ำหนักตัวของผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะการควบคุมโรค
เบาหวานเช่นกัน ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป จะต้องการอินซูลินจำนวนมาก เพื่อให้
เผาผลาญอาหารที่รับประทานเข้าไป และยังพบว่าจะมีจำนวนที่ยึดเกาะของอินซูลิน
(Insulin Receptor) ในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดน้อยลง และการออกฤทธิ์ของอินซูลิน
ในกระบวนการเผาผลาญน้ำตาลในระดับเซลล์จะผิดปกติด้วย (Olefshy. 1981 : 154)

ส่วนในคนที่น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ปกติจะมีโอกาสเกิดความเสี่ยงทางสุขภาพ
ได้ง่าย (Guthrie. 1979 : 526)

การพิจารณาน้ำหนักตัวนั้น เนื่องจากยังไม่มีผู้ใดศึกษาน้ำหนักตัวมาตรฐานของ
คนไทยไว้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้ตารางเทียบน้ำหนักมาตรฐานตามเพศ อายุ และส่วนสูงของเมดิโค
เอกทัวเรียล สแตนดาร์ด (Medico Acturial Standards) เป็นเกณฑ์พิจารณา
(Hathway, Ford. 1960) และการคำนวณเปอร์เซ็นต์มาตรฐานของน้ำหนักด้วยวิธีการ
ดังต่อไปนี้

$$\text{เปอร์เซ็นต์มาตรฐานของน้ำหนัก} = \frac{\text{น้ำหนักที่ชั่งได้} \times 100}{\text{น้ำหนักที่ควรจะเป็นจากตาราง}}$$

ตาราง 1 น้ำหนักที่ควรจะเป็นในส่วนสูงระดับต่าง ๆ

ส่วนสูง	เพศชาย		เพศหญิง	
	น้ำหนักเฉลี่ย	น้ำหนักที่ควรจะเป็น	น้ำหนักเฉลี่ย	น้ำหนักที่ควรจะเป็น
145			46	42 - 53
148			46.2	42 - 54
150			47	43 - 55
152			48.5	44 - 57
154			49.5	44 - 58
156			50.4	45 - 58
158	55.8	51 - 64	51.3	46 - 59
160	57.6	52 - 65	52.6	48 - 61
162	58.6	53 - 66	54	49 - 62
164	59.6	54 - 67	55.5	50 - 64
166	60.6	55 - 69	56.8	51 - 65
168	61.7	56 - 71	58.1	52 - 66
170	63.5	58 - 73	60	53 - 67
172	65	59 - 74	61.3	55 - 69
174	66.5	60 - 75	62.6	56 - 70
176	68	62 - 77	64	58 - 72
178	69.4	64 - 79	65.3	59 - 74
180	71	65 - 80		

น้ำหนักที่ควรจะเป็นในแต่ละส่วนสูง หมายถึง น้ำหนักที่มีอัตราตายต่ำสุดในส่วนสูงนั้น

การปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักมีดังนี้

ซึ่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ ถ้าน้ำหนักที่ซึ่งได้มาตรฐานแสดงว่าการปฏิบัติที่เหมาะสมถ้าพบว่า น้ำหนักยังคงมากเกินไปให้ปฏิบัติตามคำแนะนำ และลดข้าวลงอีก 1 ถ้วยต่อมื้อ ถ้าพบว่า น้ำหนักน้อยเกินไปให้ปฏิบัติในทางตรงข้าม คือ ให้เพิ่มข้าวมื้อละ 1 ถ้วย น้ำหนักที่ลดหรือเพิ่ม ไม่ควรเกินครึ่งถึงหนึ่งกิโลกรัมต่อสัปดาห์

สารอาหารแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (ศรีสมัย วิบูลยานนท์. 2534 : 15 - 16)

1. กลุ่มตามคุณสมบัติทางเคมี แบ่งออกเป็น 6 ชนิด คือ

- 1.1 คาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate)
- 1.2 โปรตีน (Protein)
- 1.3 ไขมัน (Fat)
- 1.4 วิตามิน (Vitamins)
- 1.5 แร่ธาตุ (Minerals)
- 1.6 น้ำ (Water)

2. กลุ่มตามหน้าที่แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

- 2.1 สารอาหารที่ให้พลังงาน (Energy Production) ได้แก่ สารอาหารคาร์โบไฮเดรต และไขมัน มีมากในอาหารประเภทแป้ง ข้าว น้ำตาล ไขมันต่าง ๆ
 - 2.2 สารอาหารที่นำไปใช้สร้างเป็นส่วนประกอบของร่างกาย (Body Building) ได้แก่ โปรตีน มีมากในเนื้อสัตว์ นม ไข่ และถั่วต่าง ๆ
 - 2.3 สารอาหารที่ใช้ควบคุมกระบวนการต่าง ๆ ในร่างกาย (Regulating Procession) ได้แก่ แร่ธาตุต่าง ๆ วิตามิน และน้ำ มีมากในผัก และผลไม้
- อาหารที่รับประทานเข้าไปนั้น ไม่มีอาหารใดที่ให้สารอาหารได้ทุกชนิดดังนั้น จำเป็นจะต้องกินอาหารหลาย ๆ ชนิด เพื่อร่างกายจะได้สารอาหารครบถ้วน ส่วนปริมาณนั้น หากรับประทานมากเกินไป (Excess) ไม่เพียงพอ (Deficiency) หรือปริมาณไม่สมดุลกันระหว่างสารอาหาร (Imbalance) ล้วนทำให้เกิดทุพโภชนาการ (Malnutrition) ได้ทั้งสิ้น

อาหารที่สำคัญต่อการควบคุมน้ำหนัก น้ำตาล และไขมันในเลือด (สุนทร ตัณฑนันท์.

2536: 16-18)

อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ หรือโปรตีน

ช่วยบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง เจริญเติบโต ทำให้แผลหายเร็ว เสริมให้มีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคดี และฟื้นไข้เร็ว ได้แก่ พวกรับประทานเนื้อสัตว์บก สัตว์น้ำ สัตว์ปีก รวมทั้งเต้าหู้ชนิดต่าง ๆ และโปรตีนเกษตร ให้เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ ผู้ที่สูงอายุควรรับประทานเต้าหู้มากขึ้น มาตรฐานที่ใช้เกณฑ์การรับประทานอาหารจำพวกนี้คือ ปริมาณเนื้อสัตว์ที่สุกแล้ว ประมาณวันละ 12 ช้อนโต๊ะ เท่ากับ 180 กรัม (เทียบได้กับเนื้อสด 3 ชีดต่อวัน) หรือเท่ากับเนื้อสุกมีไขมัน 4 ช้อนโต๊ะ หรือ 60 กรัม (เท่ากับเนื้อสดมีไขมัน 1 ชีด)

อาหารจำพวกไขมัน

ช่วยให้พลังงานแก่ร่างกาย ได้แก่ น้ำมันจากไขมันสัตว์ เช่น น้ำมันหมูเนื้อสัตว์ติดมัน หรือน้ำมันสัตว์ แคนหมู ขาหมู ไข่แดง สมอหมู น้ำมันที่สกัดจากพืช ได้แก่ น้ำมันที่สกัดจากพืชประเภทถั่ว รำข้าว มะพร้าว กะทิ ปาล์ม และเมล็ดถั่วลิสง อาหารพวกนี้ทำให้อ้วนง่าย แล้วยังเพิ่มระดับไขมันในเลือดได้ ทำให้เกิดอาการหลอดเลือดแข็ง แต่น้ำมันที่สกัดจากพืชประเภทถั่ว รำข้าว สามารถลดไขมันในเลือดได้ ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานควรงดอาหารทอดทุกชนิด และอาหารที่มักจะอ้วนแบบไม่รู้ตัวคือ เมล็ดถั่วลิสง ซึ่งมีน้ำมันอยู่ในตัวเมล็ดมาก

อาหารจำพวกแป้งหรือคาร์โบไฮเดรต

ช่วยให้พลังงานทำให้มีเรี่ยวแรงได้แก่ ข้าวชนิดต่าง ๆ ถั่วเขียว รวมทั้งวุ้นเส้น ซึ่งทำจากถั่วเขียวแท้ ๆ ขนมปัง แป้งทุกชนิด หัวเผือก หัวมัน แห้ว มันแกว หรือรากพืชที่สะสมอาหารทุกชนิด น้ำตาล น้ำผึ้ง น้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้ทุกชนิด และถั่วส่วนใหญ่ เช่น ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง และถั่วเหลือง ส่วนถั่วลิสงถือเป็นจำพวกไขมัน เพราะให้น้ำมันมาก นอกจากนั้นผลไม้ก็จัดอยู่ในอาหารจำพวกนี้ด้วย

อาหารจำพวกนี้ถ้ารับประทานมากเกินไป นอกจากจะทำให้อ้วนแล้ว จะทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นด้วย โดยทั่วไปแล้วถ้ารับประทานน้ำตาล น้ำหวาน น้ำผลไม้ ขนมหวานต่าง ๆ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นเร็วกว่ารับประทานข้าวและแป้งอื่น ๆ ผลไม้ แม้รสไม่หวาน เช่น แอปเปิ้ล ก็ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยเบาหวาน จึงรับประทานผลไม้ได้ทุกชนิด แต่จำเป็นต้องจำกัดปริมาณให้เหมาะสม ผมไม่แนะนำให้ใช้ของที่รับประทานได้ตามใจชอบสำหรับผู้เป็นเบาหวาน และเมื่อรับประทานผลไม้ในมื้อใดก็ควรลดอาหารแป้งชนิดอื่นลง เช่น ลดปริมาณข้าวมือนั้น ๆ

สับปะรดโดยทั่วไปมีรสเปรี้ยว ไม่หวานจัด แต่ทำให้น้ำตาลในเลือดขึ้นสูงได้

อาหารจำพวกแป้งเลือกรับประทานแลกเปลี่ยนกันได้ เช่น ข้าว 1 ถ้วย

(ครึ่งถ้วยตวง) จะแลกได้กับกล้วยเตี้ยว บะหมี่ หรือ วุ้นเส้น ฯลฯ อย่างละ 1 ถ้วย

(ครึ่งถ้วยตวง) เช่นกัน หรือแลกได้กับขนมปังจืด 1 แผ่น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าถ้าเป็นการรับประทานข้าวก็อาจเปลี่ยนไปรับประทานกล้วยเตี้ยว บะหมี่หรือวุ้นเส้น ในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน ส่วนขนมปังนั้น 1 แผ่น เท่ากับข้าว 1 ถ้วย

นม : จัดเป็นอาหารทั้งมือ ไม่ใช่เครื่องดื่มแก้กระหาย ผู้เป็นเบาหวานควรดื่มนมชนิดพร่องไขมันจะดีกว่านมธรรมดา และนมผงที่ชงกับน้ำ และควรหลีกเลี่ยงนมเสริมรสทุกชนิด เพราะจะมีส่วนประกอบของน้ำตาลอยู่มาก

ผัก : ผักประเภทใบและก้านโดยทั่วไปแล้วรับประทานได้ตามใจชอบ เพราะถ้ารับประทานมากพอยังมีคุณสมบัติในการลดน้ำตาล และไขมันในเลือดได้อีกด้วย ผักมีประโยชน์ในการให้ใยอาหาร และเกลือแร่ มีสรรพคุณแก้อาการท้องผูก ลดอาการกำเริบของโรคไต และช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งในลำไส้ใหญ่ได้

ถั่ว : ถั่วไม่ใช่อาหารประเภทของว่างหรือของกินเล่น ถั่วเป็นอาหารซึ่งรวมไขมัน อาหารจำพวกแป้งหรือคาร์โบไฮเดรต และอาหารจำพวกโปรตีนอยู่ด้วยกัน ประเภทที่ให้แป้งมาก เช่น ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วดำ ถ้ารับประทานแล้วจะต้องลดอาหารแป้งอื่นลง เช่น ข้าว ถั่วลิสง เม็ดมะม่วงหิมพานต์ ถือเป็นไขมัน ถ้าจะรับประทานต้องแลกเปลี่ยนกับอาหารไขมัน เช่น ถ้ารับประทานถั่วลิสงต้ม 10 เม็ด ต้องงดการใช้น้ำมันเจียวใส่ในอาหารมือนั้น เป็นต้น

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ถ้าดื่มควรได้รับแอลกอฮอล์ไม่เกินร้อยละ 6 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน (Schneider. 1983 : 309 ; T aylor and Authony. 1983 : 345)

โดยแอลกอฮอล์ 1 กรัม จะให้พลังงาน 7 แคลลอรี่ (Cassmeyer, in Phipps, et al., ed. 1987 : 620) เนื่องจากกระบวนการเมตาบอลิซึมของแอลกอฮอล์คล้ายกับเมตาบอลิซึมของพวกไขมัน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยดื่มเหล้าจึงจำเป็นต้องนำมาคิดคำนวณในพลังงานด้วย โดยใช้แลกเปลี่ยนกับอาหารไขมัน มิฉะนั้นแคลลอรี่จากแอลกอฮอล์ที่ได้เพิ่มขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้ เช่น เบียร์ 1 แก้ว (8 ออนซ์) ให้พลังงานประมาณ 100 แคลลอรี่ ไวน์ 100 มิลลิลิตร ให้พลังงานประมาณ 80 แคลลอรี่ เป็นต้น ในทางตรงข้ามแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดการสร้างกลูโคสจากสารอาหารอื่นที่มีคาร์โบไฮเดรต (Gluconeogenesis) ถ้าผู้ป่วยไม่ได้กินอาหารอื่นร่วมด้วยก็อาจเกิดอาการน้ำตาลต่ำได้ (สฤตน์ โคนิทร์. 2528 : 156) ในกรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินดื่มแอลกอฮอล์ได้ไม่เกิน 60 ซี.ซี.ต่อครั้งไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Burtis, ed al. 1988 : 445)

แนวทางในการปฏิบัติตนในการควบคุมอาหาร (กาญจนา ประสานปราน.

2535 : 23)

1. การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องตระหนักอยู่ตลอดเวลาว่า อาหารประเภทใด ลักษณะใด ชนิดใด เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมในการรับประทาน
2. การควบคุมปริมาณอาหารและพลังงานที่ได้รับ ความต้องการสารอาหารและพลังงานของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเป็นไปตามสภาพของแต่ละบุคคล การที่ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงมากขึ้นเพียงไรนั้นขึ้นกับปริมาณพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายได้รับจากคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ถ้าพลังงานที่ได้รับจากอาหารสูงกว่าความต้องการของร่างกาย ระดับน้ำตาลในเลือดก็จะสูงขึ้น การควบคุมพลังงานในอาหารให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับระดับปกติ ซึ่งเป็นการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็นด้วย ในภาวะปกติผู้ป่วยควรได้รับอาหารวันละประมาณ 30 แคลลอรี่ต่อน้ำหนักตัวมาตรฐานที่ควรจะเป็น 1 กิโลกรัม ถ้าผู้ป่วยต้องใช้แรงงานมากจำนวนแคลลอรี่ก็ควรเพิ่มมากขึ้น คนที่อ้วนมากก็ควรลดจำนวนแคลลอรี่ลงเพื่อลดน้ำหนัก ผู้ป่วยที่อายุน้อยควรได้รับแคลลอรี่อย่างเพียงพอสัดส่วนของอาหารประเภทต่าง ๆ ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเมื่อพิจารณาตามจำนวนแคลลอรี่ที่ควรได้รับคือคาร์โบไฮเดรต 50 - 60% และไขมัน 20 - 30 % (Podolsky and El-Beheri. 1980)

3. การควบคุมความบ่อยครั้งในการรับประทานอาหาร การควบคุมอาหารผู้ป่วย จะต้องได้รับสารอาหารเพียงพอและพลังงานที่ได้ควรได้จากคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ แป้ง ผักผลไม้ ยกเว้นน้ำตาล ไขมันและเนื้อสัตว์ หรือผู้ป่วยควรรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทุกวัน

4. การปรับตัวต่อการรับประทานอาหาร สิ่งที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องปฏิบัติในการรับประทานอาหารในการดำเนินชีวิตประจำวันได้แก่

4.1 จำนวนมื้ออาหารจะต้องสม่ำเสมอ และตรงตามเวลา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา ระดับน้ำตาลจะขึ้นหรือลงตามเวลาที่ยาออกฤทธิ์ ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ในช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์เต็มที่ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานอาหารให้พอเหมาะ ถ้าผู้ป่วยอ้วน และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาล ควรได้รับอาหารวันละ 3 มื้อ ถ้าผู้ป่วยได้รับการฉีดอินซูลิน ควรได้รับอาหารวันละ 4 - 6 มื้อ โดยแบ่งเป็นมื้อเล็ก ๆ ร่วมด้วย (สุนทร ตันทนันทน์ และวลัย อินทร์มรรย. 2532 : 59 - 60)

4.2 ปริมาณอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อจะต้องสม่ำเสมอทุกวัน (Suitor & Hunter. 1980 : 339)

4.3 ปรับการรับประทานให้เหมาะสม ถ้าต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน ซึ่งแคสมีเยอร์ (Cassmeyer, in Phipps, et al, ed. 1987 : 629) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถเลือกรับประทานนอกบ้านได้อย่างเหมาะสม หรือเมื่อมีการสังสรรค์ในสังคม และจะต้องดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะต้องไม่ดื่มขณะท้องว่าง ควรดื่มเหล้าผสมธรรมดาอย่างเจือจาง ดื่มในปริมาณจำกัด และควรลดปริมาณอาหารประเภทไขมัน เพื่อให้ได้พลังงานสำหรับมือนั้น ไม่มากเกินไปกำหนด (วรณี นิธิยานนท์ และคนอื่น ๆ. 2531 : 51 - 52)

4.4 ป้องกันตนเองมิให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยรับประทานอาหารหลังจากฉีดยาหรือรับประทานยา 15 - 30 นาที ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตรงตามเวลา หรือไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยจะต้องชดเชยกลูโคสในเลือดที่ขาดไปจากอาหารมือนั้น ด้วยการรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต ประมาณ 10 กรัม เช่น โคล่า 100 มิลลิลิตร น้ำชงธรรมดา 120 มิลลิลิตร วันทีปรุงแต่งสี 60 มิลลิลิตร ลูกอม 10 กรัม น้ำตาลหรือน้ำผึ้ง 2 ช้อนชา (Suitors and Hunter. 1980 : 341)

4.5 ควบคุมการรับประทานอาหารให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
 ดังนั้นการควบคุมอาหารของผู้ป่วยจึงมีลักษณะการรับประทานดังนี้

1. รับประทานอาหารเป็นเวลา ไม่รับประทานจุกจิก
2. ไม่รับประทานของหวาน ได้แก่ อาหารและเครื่องดื่ม ที่มีน้ำตาลทุกชนิด
 ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ลิ้นจี่ เป็นต้น
3. ไม่รับประทานอาหารประเภทแป้งมากเกินไป ในคนที่มีน้ำหนักมากเกินมาตรฐาน
4. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ หรือสุราทุกชนิด

การใช้ยา (วัลลา ตันตโยทัย.2526:372)

การใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อร่างกายขาดปริมาณอินซูลินอย่างมาก
 ยาที่ใช้ลดระดับน้ำตาลในเลือดมี 2 ประเภท คือ ยาชนิดรับประทาน และยาฉีดอินซูลิน
 การจะเลือกใช้ยาประเภทใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิด และภาวะของโรคเบาหวานที่เป็นอยู่

มีหลักในการพิจารณา ดังนี้

1. ถ้าผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดต้องพึ่งอินซูลิน (IDDM) หรืออยู่ในระยะที่รุนแรง
 หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย จะต้องเริ่มด้วยอินซูลิน ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ ที่จำเป็น
 เพื่อช่วยควบคุมการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต และป้องกันภาวะคีโตอะซิโดซิส
2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (NIDDM) หากเป็นผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อย
 หรือผอม ควรเริ่มด้วยอินซูลินก่อน เมื่อผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมากขึ้นจึงใช้ยารับประทาน และ
 ควบคุมอาหาร แต่ถ้าผู้ป่วยที่อ้วน หรือรูปร่างใหญ่กว่าปกติ ควรให้คุมอาหารก่อน โดยการ
 จำกัด แคลอรี และลดอาหารคาร์โบไฮเดรต เพื่อให้ น้ำหนักลดลง ถ้าไม่ได้ผลจึงค่อยใช้ยา
 รับประทาน แต่ถ้าไม่ได้ผลจริง ๆ ต้องใช้อินซูลินเช่นกัน
3. หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจ
 และสมอง การให้ยาเกินหรือยาผิด อาจต้องระวังไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้
 ซึ่งจะเป็นอันตรายอย่างมากสำหรับผู้ป่วย

ยาที่ใช้ในการรักษาเบาหวาน

ยาฉีด คือ อินซูลิน ซึ่งให้ผลโดยตรงและรวดเร็ว แต่ทำให้รู้สึกเจ็บไม่ค่อยสะดวก และราคาแพง ยาฉีดอินซูลินเป็นฮอร์โมนอินซูลินที่สกัดจากตับอ่อนของวัว และหมู ออกฤทธิ์ช่วยให้ร่างกายใช้กลูโคสในเลือดได้ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดจึงไม่สูง ผู้ป่วยเบาหวานที่จำเป็นต้องใช้ยาฉีดอินซูลินได้แก่ ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้คือ

1. เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน เนื่องจากร่างกายมีอินซูลินอยู่น้อยมาก หรือไม่มีเลย
2. มีโรคตับ หรือไตพิการ เพราะจะไม่สามารถใช้ยาชนิดรับประทานได้ เนื่องจากการขับยาออกจากร่างกายจะเป็นไปไม่ได้ดี
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ด้วยการคุมอาหาร การออกกำลังกาย และได้รับยาชนิดรับประทานในขนาดเต็มที่แล้ว
4. มีภาวะเครียดอย่างรุนแรง เช่น ป่วยหนัก มีปัญหาการติดเชื้อรุนแรง ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น
5. เป็นผู้ที่กำลังตั้งครรภ์

อินซูลินแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ตามความยาวนานของการออกฤทธิ์ คือ

1. อินซูลินที่มีเวลาของการออกฤทธิ์สั้น (Rapid Acting Insulin) อินซูลินกลุ่มนี้จะเริ่มออกฤทธิ์หลังฉีดประมาณ 15 - 30 นาที ส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์อยู่ได้นาน คือ กรณีที่ต้องการเอาระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว เช่น ในการรักษา Diabetic Ketoacidosis, Diabetic Hyperosmolar หรือในภาวะที่น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นมาเป็นครั้งคราว ในบางกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาล หลังอาหารสูงมาก ก็อาจจะใช้อินซูลินกลุ่มนี้ผสมกับอินซูลินที่ออกฤทธิ์ยาวปานกลางได้ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีอินซูลินอยู่ในร่างกายเลย หรือได้รับการผ่าตัดตับอ่อนออก อาจจำเป็นต้องได้อินซูลินที่ออกฤทธิ์สั้นก่อนอาหารทุกมื้อ อินซูลินกลุ่มนี้ ได้แก่ Semilente, Regular Insulin และ Actrapid อินซูลินพวกนี้ส่วนใหญ่จะมีน้ำใส ยกเว้น Semilente ซึ่งจะขุ่นเล็กน้อย เนื่องจากมีส่วนผสมของธาตุสังกะสี (Zn) อยู่ ทำให้ออกฤทธิ์ช้า และนานกว่าตัวอื่น

2. อินซูลินที่มีเวลาของการออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate Acting Insulin) ได้แก่ อินซูลิน พวก Isophane (NPH, Lente, Monotard และ Rapitard

ยากลุ่มนี้จะมีลักษณะขุ่น เพราะมีส่วนผสมของธาตุสังกะสี หรือโปรตีนพวก Protamine ยาจะเริ่มออกฤทธิ์หลังฉีดประมาณ 1 ชั่วโมง ยกเว้น Rapitard ซึ่งออกฤทธิ์เป็น 2 ระยะ คือ เริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 1 ชั่วโมง หลังฉีดเช่นเดียวกับอินซูลินกลุ่มแรก มีฤทธิ์อยู่ได้นาน 18 - 24 ชั่วโมง และออกฤทธิ์สูงสุดที่ 6 - 12 ชั่วโมง เนื่องจากอินซูลินกลุ่มนี้ออกฤทธิ์อยู่ได้นาน การฉีดเพียงครั้งเดียวก็สามารถจะคุมน้ำตาลได้ตลอดทั้งวัน แต่ในผู้ป่วยบางคนที่ระดับน้ำตาลขึ้น ๆ ลง ๆ มาก ก็อาจจำเป็นต้องแบ่งฉีดเป็นวันละ 2 ครั้ง

3. อินซูลินที่มีเวลาของการออกฤทธิ์ยาวนาน (Long Acting Insulin)

อินซูลินกลุ่มนี้แทบจะไม่มีใช้แล้วในปัจจุบัน เริ่มออกฤทธิ์หลังฉีดประมาณ 4 - 6 ชั่วโมง มีฤทธิ์อยู่ได้นานประมาณ 24 - 36 ชั่วโมง และออกฤทธิ์สูงสุดที่ 14 - 24 ชั่วโมง

อินซูลินทั้งชนิดน้ำใส และน้ำขุ่นจะมีหน่วยบอกจำนวนของอินซูลิน ซึ่งเรียกว่ายูนิต (unit) น้ำยาอินซูลินที่อยู่ในขวดจะมีความเข้มข้นมาตรฐาน 3 ขนาด คือ ขนาด 40 ยูนิตต่อ ซี.ซี. หรือเรียกง่าย ๆ ว่า u - 40 (ยู ลีลิบ) ขนาด 80 ยูนิตต่อ ซี.ซี. (u - 80) และขนาด 100 ยูนิต ต่อ ซี.ซี. (u - 100)

การเก็บอินซูลิน

อินซูลินจะเสื่อมคุณภาพได้ง่ายเมื่อถูกความร้อน และแสงแดด การเก็บอินซูลินจึงควรเก็บไว้ในตู้เย็น ช่องธรรมดา ห้ามเก็บไว้ในช่องแช่แข็งเพราะจะทำให้อินซูลินแข็งและเสื่อมคุณภาพ

ถ้าไม่มีตู้เย็นควรเก็บขวดอินซูลินที่กำลังใช้อยู่ในที่สะอาดและไม่ร้อน โดยไม่จำเป็นต้องแช่ในกระติกน้ำแข็งให้ยุ่งยาก ไม่ควรเก็บไว้ที่ค่อนข้างร้อนเช่นในครัว ริมหน้าต่างที่มีแสงแดดส่องถึง

ถ้าต้องเดินทางก็ไม่ต้องแช่ขวดอินซูลินในกระติกน้ำแข็ง ให้เก็บอินซูลินในกระเป๋ากือซึ่งสามารถหยิบขึ้นมาใช้ได้อย่างสะดวกตลอดเวลา และอย่าเก็บอินซูลินในที่ค่อนข้างร้อน

ขวดอินซูลินที่ยังไม่ได้เปิดใช้ถ้ามีหลายขวดควรเก็บในตู้เย็นเพื่อจะได้ใช้ได้นาน แต่ถ้าไม่มีตู้เย็นควรทยอยซื้อมาใช้ ไม่ควรซื้อมากเก็บที่ละหลายขวด

กระบอกฉีดอินสุลินและเข็มสำหรับฉีดอินสุลิน

กระบอกฉีดอินสุลินมี 2 ชนิด คือ ชนิดพลาสติก และชนิดแก้ว ทั้งสองชนิดมีขนาดบรรจุ 1 ซี.ซี. และที่ข้างกระบอกฉีดจะมีขีดบอกจำนวนอินสุลิน ซึ่งมี 3 แบบคือ $u - 40$ $u - 80$ และ $u - 100$ ตามความเข้มข้นของอินสุลิน โดยทั่วไปขีดบอกจำนวนอินสุลินแบบ $u - 40$ และ $u - 80$ จะอยู่บนกระบอกฉีดเดียวกัน แต่คนละข้าง

กระบอกฉีดอินสุลินชนิดแก้ว มีข้อดีที่สามารถนำมาใช้ซ้ำได้เรื่อย ๆ โดยการล้างให้สะอาด และฆ่าเชื้อโรคโดยการต้มในน้ำเดือดนานประมาณ 15 นาที แล้วเก็บแช่ในแอลกอฮอล์ 70% ก่อนนำมาใช้ใหม่ให้ฉีดไล่แอลกอฮอล์ที่อยู่ในกระบอก ฉีดยาออกให้หมด ถ้าไม่แช่เก็บในแอลกอฮอล์ควรต้มกระบอกฉีดยาก่อนใช้ทุกครั้ง เวลาจะใช้กระบอกฉีดชนิดแก้วจะต้องมีเข็มสำหรับฉีดอินสุลินมาต่อ

เข็มสำหรับฉีดอินสุลินมี 2 ชนิด ชนิดแรกเป็นเข็มเหล็กซึ่งสามารถนำมาใช้ซ้ำได้โดยการต้ม และแช่เก็บในแอลกอฮอล์ แต่มีข้อเสียที่ใช้ไม่สะดวก และไม่ค่อยคม จึงทำให้เจ็บเวลาฉีด เข็มชนิดที่สองเป็นเข็มชนิดที่ใช้แล้วทิ้ง ซึ่งสะดวกกว่า และมีความคมกว่า เข็มเหล็ก ขนาดของเข็มที่เหมาะสมสำหรับใช้ฉีดอินสุลิน คือ เข็มเบอร์ 25 หรือเบอร์ 26 ซึ่งยาว $3/8$ ถึง $5/8$ นิ้ว

ถ้าเราสามารถรักษาความสะอาดได้ดีโดยมิให้เข็ม และกระบอกฉีดเป็นเชื้อโรค เวลาฉีดยาเราก็สามารถใช้กระบอกฉีดอินสุลินพลาสติกรวมทั้งเข็มที่ติดมาด้วยซ้ำได้หลายครั้ง จนกว่าเข็มทื่อ โดยทั่วไปมักใช้ประมาณ 2 - 5 ครั้ง เมื่อฉีดอินสุลินเสร็จแล้วให้สลัดเข็มเบา ๆ เพื่อให้อินสุลินที่ค้างอยู่ในเข็มออกมา แล้วจึงครอบปลายเข็มด้วยฝาคครอบที่ติดมากับเข็ม และวางเก็บไว้ในตู้เย็น หรือในที่สะอาดก่อนนำมาใช้ใหม่ ไม่ต้องเช็ดปลายเพราะว่ายังสะอาดอยู่ การเช็ดปลายเข็มจะทำให้เป็นเชื้อโรคมากขึ้น จำไว้เสมอว่าเวลาฉีดอินสุลิน ปลายเข็มจะถูกเฉพาะจุดยางของขวดอินสุลินตอนที่ดูดยา และผิวหนังของผู้ป่วยตอนที่ฉีดยาเท่านั้น

เมื่อต้องการทิ้งกระบอกฉีดอินสุลิน และเข็มควรงอ หรือหักปลายเข็ม และบิดฝาคครอบเข็มให้เรียบร้อย แล้วใส่ในถุงหรือภาชนะที่ปิดสนิทก่อนนำไปทิ้ง ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้ผู้อื่นนำไปใช้อีก และได้รับอันตรายเพราะถูกเข็มตำ

การดูดอินสุลิน

การดูดอินสุลินสามารถทำได้เป็นขั้นตอนดังนี้

1. สำรวจให้แน่ใจว่าอินสุลินยังไม่หมดอายุโดยการดูสีของน้ำยา และดูวันหมดอายุ ซึ่งมีกำกับไว้ที่ฉลากที่ติดมากับขวดอินสุลิน
2. เลือกใช้กระบอกฉีดแบบที่มีขีดแบ่งจำนวนตรงกับความเข้มข้นของอินสุลินที่จะฉีด เช่น ถ้าใช้อินสุลินชนิด U - 80 ก็ต้องใช้กระบอกฉีดที่มีขีดแบ่งชนิด U - 80
3. ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่
4. ถ้าฉีดอินสุลินชนิดน้ำชุ่นให้กลิ้งขวดอินสุลินระหว่างฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง หรือกลับขวดไปมาเบา ๆ เพื่อให้อินสุลินที่ตกตะกอนผสมเป็นเนื้อเดียวกัน ห้ามเขย่าแรง ๆ เพราะจะทำให้เกิดฟองอากาศ ซึ่งจะทำให้เวลาดูดอินสุลินจะได้จำนวนที่ฉีดไป ถ้าฉีดอินสุลินชนิดน้ำใสไม่ต้องกลิ้งขวด
5. เช็ดฝาฉลุยางของขวดอินสุลินด้วย แอลกอฮอล์ 70%
6. ถ้าใช้กระบอกฉีดอินสุลินชนิดพลาสติกให้ถอดฝาคกรอบเข็มออกแล้วดูดอากาศเข้ามาในกระบอกฉีดจนถึงขีดที่เท่ากับจำนวนอินสุลินที่ต้องการ
7. จับขวดอินสุลินโดยให้ฉลุยางอยู่ด้านบน ปักเข็มลงบนฉลุยางของขวดอินสุลินจนปลายเข็มทะลุเข้าไปในขวดแก้วฉีดอากาศที่ดูดไว้ในกระบอกฉีดเข้าไปในขวดอินสุลินจนหมด
8. กลับขวดอินสุลินให้ฉลุยางลงมาอยู่ด้านล่าง แล้วดูดอินสุลินเข้ามาในกระบอกฉีดช้า ๆ จนถึงขีดเท่ากับจำนวนที่ต้องการ แล้วดึงเข็มออก
9. ตรวจสอบจำนวนอินสุลินอีกครั้งว่าถูกต้องหรือไม่ก่อนนำไปฉีด

การเลือกตำแหน่งที่จะฉีดอินสุลิน

บริเวณที่เหมาะสมสำหรับฉีดอินสุลิน ได้แก่ หน้าท้อง ต้นแขน และต้นขาทั้ง 2 ข้าง และก้น ตามปกติจะเลือกฉีดที่ใดก็ได้ตามความสะดวก แต่ไม่ควรฉีดซ้ำที่เดิมทุกครั้ง การฉีดเปลี่ยนที่เวียนกันไปเรื่อย ๆ ถ้าฉีดซ้ำที่เดิมทุกครั้งจะทำให้มีรอยบวม หรือมีก้อนนูนขึ้นตรงที่ฉีดได้ ถ้าจะไปออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ซึ่งต้องใช้ขามาก ให้เลี่ยงการฉีดอินสุลินที่ต้นขา เพราะเวลาออกกำลังกายอินสุลินจะดูดซึม และออกฤทธิ์เร็ว อาจเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำได้ นอกจากนี้บริเวณที่จะฉีดอินสุลินต้องไม่มีแผล หรือมีการติดเชื้อเกิดขึ้น

วิธีฉีดอินสุลิน

เมื่อฉีดอินสุลินที่ต้องการฉีดเรียบร้อยแล้ว การฉีดอินสุลินสามารถทำได้เป็นขั้นตอนดังนี้

1. เช็ดผิวหนังด้วยแอลกอฮอล์ 70%
2. ใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้ของมือซ้ายหยิบผิวหนังบริเวณที่ต้องการฉีดอินสุลินขึ้นมาเป็นลำ
3. จับกระบอกฉีดอินสุลินด้วยมือขวาเหมือนกับการจับปากกา แทะเข็มเข้าผิวหนังจนสุด โดยให้แนวเข็มทำมุมกับผิวหนังประมาณ 45 องศา ถ้าใช้เข็มยาวให้ทะลุเข็มเข้าไปลึกประมาณครึ่งนิ้ว
4. ดึงก้านกระบอกฉีดขึ้นเบา ๆ แล้วดูว่ามีเลือดถูกดูดเข้ามาในกระบอกหรือไม่ ถ้ามีเลือดเข้ามาในกระบอกฉีดให้ดึงเข็มออกแล้วเปลี่ยนที่ฉีดใหม่
5. ถ้าไม่มีเลือดเข้ามาในกระบอกฉีด ให้ดันก้านกระบอกฉีดลงเพื่อฉีดอินสุลินเข้าไปจนหมด แล้วดึงเข็มออก
6. ใช้สำลีสะอาดกดบริเวณที่ฉีดสักครู่แล้วจึงเอาออก สังเกตดูว่ามีเลือดออกจากรอยเข็มหรือไม่ ถ้ามีให้เอาสำลีกดไว้อีกสักหนึ่งจนเลือดหยุดจึงเอาสำลีออกได้

ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการฉีดอินสุลิน

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย และสำคัญที่สุดสาเหตุเกิดจาก

- 1.1 ฉีดอินสุลินมากเกินไป
- 1.2 ไม่ได้กินอาหารหรือกินน้อยกว่าปกติ หรือกินผิดเวลาไปโดยที่ยังฉีด

อินสุลินปกติ

- 1.3 ออกกำลังกายมากกว่าปกติ

สาเหตุดังกล่าวสามารถแก้ไขได้โดยการปรับขนาดอินสุลินใหม่ ปรับจำนวนอาหารให้เหมาะสม กินอาหารให้ตรงเวลา และเพิ่มอาหารว่างก่อนการออกกำลังกาย เป็นต้น

2. การเกิดรอยบวม และไตุนแข็ง ตรงบริเวณที่ฉีดอินสุลิน เกิดจากการฉีดอินสุลินซ้ำที่เดิมเป็นประจำ ทั้งรอยบวม และไตุนแข็งทำให้ดูแล้วไม่สวยงาม

3. อาการตามัว มักเกิดในคนที่เพิ่งเริ่มฉีดอินซูลินใหม่ ๆ และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมาก และเร็วหลังฉีดยา ทำให้เลนส์ตามีการเปลี่ยนแปลง ถ้ามีอาการตามัวแบบนี้อย่าเพิ่งไปตัดแว่นใหม่ ควรตรวจรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่เสียก่อน แล้วค่อยทำแว่นจะได้ไม่เปลืองเงินทำแว่นตาหลายครั้ง

ยาการรักษาโรคเบาหวาน

ยาการรักษาโรคเบาหวาน มี 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ ยาฉีดอินซูลิน และยาขับน้ำตาล ยาทั้ง 2 ชนิด ใช้รักษาเฉพาะโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินเท่านั้น โดยอาจใช้ชนิดเดียวหรือใช้ทั้ง 2 ชนิดร่วมกันได้ ยาบางอย่างกินเพียงวันละ 1 ครั้ง บางอย่างกินวันละ 1 หรือ 2 ครั้ง จะกินมากน้อยเท่าไร และกินวันละกี่ครั้ง แล้วแต่คำแนะนำของแพทย์ โดยทั่วไปมักนิยมกินยาก่อนอาหาร แต่ถ้าลืมกินยาหรือกินยาแล้วมวนท้องให้กินยาหลังอาหารได้ ผู้ป่วยควรรู้จักชื่อยา และควรจำลักษณะยาที่กินอยู่ด้วย เพื่อจะได้ตรวจสอบด้วยตัวเองได้ว่า ได้รับยาถูกหรือไม่เวลาชื่อยา

ยาการรักษาโรคเบาหวานห้ามใช้ในกรณีต่อไปนี้

1. คนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน
2. คนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่
 - 2.1 กำลังตั้งครรภ์ แม้ว่าจะคุมน้ำตาลได้ก็ตาม
 - 2.2 มีน้ำตาลในเลือดสูงมาก ๆ และมีอาการรุนแรงมาก
 - 2.3 มีการติดเชื้อที่รุนแรง
 - 2.4 มีโรคตับ และโรคไต

ถ้ามีข้อห้ามการกินยาดังกล่าวให้ฉีดอินซูลินแทน

การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (วรณี นิธิยานันท์. 2536 : 58 - 77)

การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมอะไรก็ได้ที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหว การออกแรงมาก และระยะนานพอ การทำงานหลายประเภทเป็นการออกกำลังกายไปในตัว เช่น การขุดดิน

ทางหน้า ชัดดู แยกهام หัวน้ำรดต้นไม้ บางครั้งก็สามารถออกกำลังกายขณะที่ต้องทำงานด้วย เช่น การเดินไปหรือกลับจากที่ทำงาน โรงเรียนหรือตลาดแทนการนั่งรถ การเดินขึ้นลงบันได แทนการใช้ลิฟต์ เป็นต้น กิจกรรมเพื่อความสนุกสนานหลายอย่างก็จัดเป็นการออกกำลังกายที่ดี เช่น การวิ่งกระโดดโลดเต้นตามธรรมชาติของเด็ก ๆ การเต้นรำจังหวะต่าง ๆ ปีนเขา ถีบจักรยาน จะเห็นได้ว่า แต่ละคนสามารถออกกำลังกายได้ทุกโอกาส และหลายรูปแบบ

เมื่อออกกำลังกายแล้วร่างกายแข็งแรง หรือมีสมรรถภาพดีขึ้น เกิดจากปัจจัย 3 ประการ ที่ได้จากการออกกำลังกายคือ ความอดทน ความยืดหยุ่น หรือผลกำลั

ความอดทน หมายถึงความสามารถที่จะออกกำลังกายหรือออกแรงได้ระยะยาว โดยไม่มีอาการเหนื่อย หายใจไม่สะดวก

ความยืดหยุ่นคือ ความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว และกล้ามเนื้อข้อต่อ โดยสามารถเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ได้คล่องแคล่ว สะดวก และได้มุมกว้างเต็มที่

ผลกำลัคือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทำให้มีกำลั เช่น ยก หิ้ว แยกهامของหนักได้

กล้ามเนื้อที่แข็งแรงยังป้องกันการบาดเจ็บ หรือเสื่อมของข้อได้เป็นอย่างดี การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมออกแรงแต่ละอย่างผลทั้ง 3 ประการนี้ไม่เท่าเทียมกัน เช่น การขี่จักรยาน หรือทำสวนขุดดินจะเสริมสร้างผลกำลั และความอดทนได้ดี แต่เสริมสร้างส่งเสริมทั้งความอดทน ผลกำลัและความยืดหยุ่น เป็นต้น

การมีโรคภัยไข้เจ็บมิได้เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกายอย่างสิ้นเชิง ยกเว้นในบางกรณี แต่มักมีข้อจำกัด หรือข้อควรระวังเมื่อออกกำลังกาย บางโรคการออกกำลังกายเป็นผลดีต่อการควบคุมรักษา เช่น โรคปวดหลัง โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง การที่จะเข้าใจข้อห้าม ข้อจำกัด ข้อควรระวังต่าง ๆ เมื่อมีโรคจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานว่าการออกกำลังกายก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 3 อย่าง คือ

1. มีการใช้พลังงานมากขึ้น
2. มีการทำงานของปอด และหัวใจเพิ่มขึ้น
3. มีการปรับระดับฮอร์โมนหลายอย่าง

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเกิดมากขึ้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการออกกำลังกาย ความหนักเบาของการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการและสภาพความสมบูรณ์ของปอด และ หัวใจ

การใช้พลังงาน เมื่อออกกำลังกายกล้ามเนื้อจะมีการหดตัว และคลายตัวตลอดเวลา ซึ่งต้องมีพลังงานเพียงพอจึงจะทำได้มากและดี พลังงานสำคัญที่กล้ามเนื้อใช้ก็คือ น้ำตาล กลูโคส พลังงานอื่นที่อาจใช้ได้คือ กรดไขมัน อิสระ และสารคีโตน

กล้ามเนื้อมีพลังงานสำรองของตัวเอง คือ กลัยโคเจน เมื่อเริ่มออกกำลังกาย กลัยโคเจนที่สะสมอยู่ในกล้ามเนื้อจะถูกสลายกลายเป็นน้ำตาล เป็นพลังงานที่ถูกใช้โดยนับวินาที แต่พลังงานสำรองมีจำกัดมาก เพียงไม่กี่นาทีก็เริ่มร่อยหรอ ถ้ากล้ามเนื้อยังต้องทำงานต่อไป จะต้องใช้พลังงานจากภายนอก นั่นคือ น้ำตาลที่ล่องลอยมาตามกระแสเลือด น้ำตาลในกระแสเลือดจะเข้าสู่กล้ามเนื้อได้จะต้องมีอินซูลินเป็นตัวพาเข้าไป เมื่อน้ำตาลถูกดึงออกจากกระแสเลือดไปที่กล้ามเนื้อร่างกายจะพยุกระดับน้ำตาลในเลือดไว้ให้มีเพียงพอที่จะส่งไปให้กล้ามเนื้อตามต้องการ รวมทั้งให้สมอง หัวใจ และอวัยวะอื่น ๆ ด้วย โดยอาศัยการทำงานของตับ ตับมีพลังงานสะสมคือ กลัยโคเจนเช่นกัน กลัยโคเจนที่ตับจะสลายตัวออกเป็นน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่กระแสเลือด และขณะเดียวกันก็พยายามสร้างพลังงาน คือ น้ำตาลกลูโคสขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงกรดไขมันอิสระ สารแลคเตต สารคีโตน ให้เป็นน้ำตาลกลูโคส กรดไขมันอิสระได้จากการสลายตัวของไขมันที่สะสมอยู่ตามที่ต่าง ๆ ของร่างกายสารแลคเตตเป็นสิ่งที่เหลือจากการที่กล้ามเนื้อเผาผลาญกลูโคสให้เป็นพลังงาน

นอกจากนี้ น้ำตาลในกระแสเลือดยังได้มาจากทางเดินอาหารด้วย หลังจากที่ได้รับประทานอาหาร ภาวะ และลำไส้จะย่อย และดูดซึมได้เป็นน้ำตาลกลูโคส ในกระแสเลือด การย่อยและดูดซึมจะสูงสุดใน 1 - 2 ชั่วโมง หลังการรับประทานอาหาร และจะลดตามลำดับจนไม่มีเลยภายใน 5 ชั่วโมง ถ้ารับประทานน้ำตาล น้ำหวาน หรือกินกลูโคสโดยตรง การดูดซึมจะง่ายและรวดเร็วมาก

การเปลี่ยนแปลงของปอดและหัวใจ การเผาผลาญน้ำตาลกลูโคสให้เป็นพลังงานนั้น ต้องอาศัยออกซิเจน ซึ่งนำเข้าสู่กล้ามเนื้อโดยเม็ดเลือดแดง ดังนั้นกระแสเลือดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนำทั้งสารพลังงาน คือ น้ำตาล และออกซิเจนเข้าสู่กล้ามเนื้อ ยิ่งมีการออกกำลังกายมาก ก็ยิ่งต้องการน้ำตาล และออกซิเจนมาก หัวใจจึงต้องเพิ่มการทำงานคือ

บีบตัวแรง และเร็วขึ้น หลอดเลือดจะคลายตัว ปอดก็เช่นกัน จะต้องพอกเม็ดเลือดแดง ที่มีออกซิเจนน้อยให้มีออกซิเจนเพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อออกกำลังกายปอด และหัวใจจะทำงานหนักขึ้น ถ้าสังเกตดูและเห็นได้ชัดเลยว่า คนที่ออกกำลังกายจะหายใจเร็วขึ้น และชีพจรเต้นเร็วขึ้น การฝึกให้ปอดและหัวใจทำงานหนักนั้น เป็นสิ่งที่ดีถ้าปอดและหัวใจปกติ เพราะจะทำให้ปอด และหัวใจมีสมรรถภาพดีขึ้น เปรียบเหมือนการฝึกม้าให้วิ่ง ยิ่งฝึกก็จะวิ่งได้เร็วขึ้น แต่ถ้ามันนั้นเป็นม้าแก่ฝึกอย่างไรก็วิ่งไม่ได้ ดังนั้นปอดหรือหัวใจที่มีโรคหรืออายุมาก ก็เช่นเดียวกัน ฝึกให้ทำงานหนักมากเกินไปไม่ได้

การปรับระดับฮอร์โมน ดังกล่าวข้างต้นแล้วว่า เมื่อออกกำลังกายกล้ามเนื้อจะใช้ กลูโคสเป็นพลังงานได้ต้องมีอินซูลิน คนปกติร่างกายจะปรับระดับอินซูลินให้พอเหมาะแก่การใช้ในการนำน้ำตาลเข้ากล้ามเนื้อ ถ้าไม่มีอินซูลิน หรือมีน้อยกล้ามเนื้อจะรับน้ำตาลได้บ้าง แต่ถ้าอินซูลินมากกล้ามเนื้อจะรับไว้มาก นอกจากนี้ฮอร์โมนอินซูลินนี้ยังมีความสำคัญในการที่ตับจะสร้างน้ำตาลกลูโคสชดเชย กล่าวคือ การสลายตัวของไขมัน และการสร้างน้ำตาลที่ตับ ถูกควบคุมโดยระดับอินซูลิน ถ้าอินซูลินมากเกินไปการสลายตัวของไขมันจะไม่เกิดขึ้น และตับจะไม่สร้างน้ำตาล ในทางตรงกันข้าม ถ้าอินซูลินน้อยเกินไปการสลายตัวของไขมันจะมากเกินไปรวมทั้งการสร้างน้ำตาลที่ตับก็จะมากเกินไปเช่นกัน ฮอร์โมนอื่น ๆ อีกหลายตัวจะถูกหลั่งเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ เพื่อเสริมการสลายตัวของไขมัน และการสร้างน้ำตาลที่ตับ เช่น คอร์ติซอล โกรทฮอร์โมน กลูคากอน และสาร เอปิเนฟริน

การปรับระดับฮอร์โมนอาศัยการควบคุมกันเองระหว่าง ฮอร์โมนและการประสานงานของระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทอัตโนมัติ การเปลี่ยนแปลงของปอด หัวใจ และ หลอดเลือดก็อยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติเช่นกัน นอกจากนี้ระบบประสาทอัตโนมัติยังควบคุมการขับเหงื่อ เพื่อปรับอุณหภูมิกายให้คงที่ ความร้อนเกิดจากการเผาผลาญพลังงานขณะออกกำลังกายซึ่งร่างกายจะระบายออกทางเหงื่อ การขยายตัวของหลอดเลือดที่ผิวหนังและทางลมหายใจ การระบายความร้อนเหล่านี้จะทำให้ร่างกายสูญเสียไอน้ำไปมาก เวลาออกกำลังกายจึงต้องดื่มน้ำให้พอ

จะเห็นได้ว่าโรคของอวัยวะสำคัญคือ หัวใจ และปอดเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในการออกกำลังกาย ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ หรือปอดรุนแรงบางครั้งแม้จะอยู่เฉย ๆ นอนหรือนั่งก็หอบ ไม่สามารถออกกำลังกายได้ แต่ถ้าหัวใจหรือปอดบกพร่องเพียงเล็กน้อย ก็สามารถ

ออกกำลังกายได้ แต่มีขีดจำกัด ความผิดปกติของระดับฮอร์โมนไม่ได้เป็นข้อห้าม ในการออกกำลังกาย เนื่องจากสามารถชดเชยฮอร์โมนที่ขาดได้หรือร่างกายปรับสมดุลใหม่ โรคเบาหวาน ความผิดปกติ หรือความบกพร่องของระบบพลังงาน และฮอร์โมนเป็นพื้นฐาน เดิมอยู่ ดังนั้น เมื่อจะออกกำลังกายจำเป็นต้องคำนึงว่าระบบพลังงาน และฮอร์โมนอยู่ใน ภาวะที่เหมาะสมหรือไม่ อีกประการหนึ่ง จะต้องคำนึงด้วยว่ามีโรคแทรกจากเบาหวานหรือ โรคอื่น ๆ ร่วมอยู่หรือไม่ ถ้าไม่มีข้อจำกัดเหล่านี้ผู้ป่วยเบาหวานก็สามารถออกกำลังกาย ประเภทต่าง ๆ ได้ เท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป แต่จะต้องมีข้อระวังในแง่ยาที่ใช้อยู่ และ มีการเสริมอาหารอย่างพอเหมาะ

ความผิดปกติ และการเปลี่ยนแปลงของระบบพลังงาน และฮอร์โมนในผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อมีการออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานจะมีการตอบสนองของฮอร์โมนแตกต่างไปจากคนปกติ ขึ้นอยู่กับชนิดของเบาหวานที่เป็น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมีความผิดปกติของระดับอินซูลิน คือ ต่ำมาก หรือไม่มีเลย แม้จะได้รับการฉีดอินซูลินอยู่ก็ตาม ซึ่งส่วนใหญ่ให้โดยการฉีดได้ ผีวันละ 1 - 2 ครั้ง ยาจะดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตตามระยะเวลาของการฉีดชนิดของยา และสภาพการดูดซึมของตำแหน่งที่ฉีด จากตารางแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากระดับ อินซูลินสูง หรือต่ำเกินไปจะเห็นได้ชัดเจนว่า ถ้าหากผู้ป่วยมีระดับอินซูลินสูง จะเกิดภาวะน้ำตาล ในเลือดต่ำจากการออกกำลังกายได้ง่ายไม่ว่าจะเป็นขณะออกกำลังกาย หรือหลังจากการออก กายผ่านไปแล้ว เนื่องจากระดับอินซูลินที่สูงจะยับยั้งการสร้าง และปล่อยน้ำตาลจากตับรวมทั้ง การสลายของไขมันอีกทั้งสามารถใช้น้ำตาลได้มากขึ้น ผลรวมคือ ระดับน้ำตาลลดลงในทาง ตรงกันข้ามถ้าหากระดับอินซูลินไม่เพียงพอ จะมีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นโดยตับสร้าง และปลดปล่อยน้ำตาลออกมา ส่วนกล้ามเนื้อไม่สามารถใช้น้ำตาลเพิ่มขึ้น และอาจทำให้เกิด ภาวะกรดเกิน (Ketoacidosis) ได้ เนื่องจากมีการสลายตัวของไขมันมาก ดังนั้น การ ออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดพึ่งอินซูลิน จึงจำเป็นต้องปรับอาหาร และหรือยาให้ เหมาะสมตามระยะเวลาที่จะออกกำลังกาย และประเภทของการออกกำลังกายด้วย

ตาราง 2 การเปลี่ยนแปลงเบาหวานที่สัมพันธ์กับระดับอินสุลิน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนอกกำลังกาย	อินสุลินมากไป	อินสุลินน้อยไป
การสร้างและปลดปล่อยน้ำตาลโดยตับ	ลดลง	เพิ่มขึ้น
การใช้น้ำตาลโดยกล้ามเนื้อ	เพิ่มขึ้น	คงที่
การสลายไขมันและระดับกรดไขมันอิสระ	ลดลง	เพิ่มขึ้น
ระดับน้ำตาลในเลือด	ลดลง	เพิ่มขึ้น

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลินส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาการขาดอินสุลิน การออกกำลังกายมีผลทำให้ประสิทธิภาพของอินสุลินดีขึ้น เห็นได้จากการที่ระดับอินสุลินลดลง ในขณะที่น้ำตาลในเลือดคงที่หรือลดลงด้วย แต่เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมาก อาจมีปัญหาสุขภาพด้านอื่น โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ และระบบกล้ามเนื้อและข้อ ซึ่งทำให้มีปัญหาในการออกกำลังกายได้

ข้อกำหนดและการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวานพึ่งอินสุลินเมื่อออกกำลังกาย (วรรณิ นิรียานนท์. 2536: 66-69)

ผู้ป่วยเบาหวานพึ่งอินสุลินส่วนใหญ่อายุน้อย มักไม่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดหัวใจ และอื่น ๆ ข้อกำหนด และการปฏิบัติ เน้นหนักเกี่ยวกับชนิดอินสุลิน และอาหารโดยสัมพันธ์ กับประเภท และระยะเวลาของการออกกำลังกาย ได้แก่

1. โปรแกรมการออกกำลังกายต้องคำนึงว่าเป็นการออกกำลังกายประจำ หรือเป็นครั้งคราว ถ้าดำเนินประจำอยู่แล้วจะไม่มีปัญหามาก เพราะมีการปรับยา และอาหารมาแล้วระยะหนึ่ง ส่วนผู้ที่ทำเป็นครั้งคราว หรือเพิ่งเริ่มทำจะต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลใกล้ชิด และควรออกกำลังกายแต่พอควร ถ้าใช้เวลานานหรือหักโหมจะต้องใช้พลังงานมากกว่า

2. การฉีดอินสุลิน ปริมาณยาที่ฉีดอาจคงที่ เพิ่มขึ้น หรือลดลงแล้วแต่ระดับการควบคุมน้ำตาล ผู้ที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีต้องการลดน้ำหนัก ควรลดปริมาณยาฉีดลง และไม่เพิ่ม

อาหาร ถ้าเบาหวานควบคุมไม่ได้จำเป็นต้องเพิ่มยาฉีดอินซูลิน เพื่อลดน้ำตาลลงจนถึงระดับปลอดภัยจึงค่อยออกกำลังกาย ถ้าไม่มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัว และระดับน้ำตาลส่วนใหญ่ มักนิยดาปริมาณเท่าเดิม และเพิ่มอาหารสดเชยพลังงานที่สูญเสียไปจากการออกกำลังกาย

การฉีดอินซูลิน ควรเลี่ยงการฉีดที่แขนหรือขาในวันที่ออกกำลังกาย เนื่องจากขณะออกกำลังกายเลือดจะถูกสูบฉีดไปบริเวณกล้ามเนื้อที่ออกกำลังกายมากขึ้น รวมทั้งบริเวณใกล้เคียง ทำให้การดูดซึมยาจากที่ฉีดมาก และเร็วขึ้น ไม่ควรออกกำลังกายในช่วงที่ยาฉีดออกฤทธิ์สูงสุด เพราะอาจทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

3. การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ ไม่ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารมื้อหลักใหม่ ๆ เนื่องจากขณะที่มีการย่อยอาหาร และการดูดซึมอาหารปริมาณเลือดหมุนเวียนไปที่ทางเดินอาหารมากขึ้น ในผู้ป่วยที่เบต้าเซลล์ยังทำงานอยู่บ้างจะหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น จึงควรออกกำลังกายหลังอาหารมื้อหลักแล้ว 2 ชั่วโมง หรืออย่างน้อย 1 ชั่วโมง ถ้าหากออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารนานเกิน 4 ชั่วโมง จะต้องพิจารณาว่าควรให้อาหารว่างก่อนการออกกำลังกาย หรือไม่ มาก - น้อยเท่าใด ขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับการดื่มน้ำเปล่า ให้มากพอจนไม่รู้สึกกระหายน้ำ

4. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ที่เริ่มออกกำลังกายใหม่ ๆ การตรวจเช็คระดับน้ำตาลในเลือดก่อน ระหว่าง และหลังการออกกำลังกาย เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และใช้สำหรับเป็นแนวทางปรับยาฉีด และเสริมอาหาร เมื่อทำเป็นประจำ จนประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลได้แล้ว อาจทำเป็นครั้งคราวได้ ผู้ที่เกิด Ketoacidosis บ่อย หรือรวดเร็ว การตรวจหาคีโตนในปัสสาวะ เพื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 250 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถ้าพบคีโตนต้องงดการออกกำลังกาย ผู้ที่ออกกำลังกายของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และก่อนเข้านอน แม้จะเป็นหลังการออกกำลังกายแล้วก็ตาม เพื่อประเมินและป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ข้อกำหนด และการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวานไม่พึ่งอินซูลิน เมื่อออกกำลังกาย
(วรณี นิธิยานันท์. 2536: 70-71)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักอายุมาก มีโรคอื่นร่วมด้วย หรือเป็นมานานจนมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวาน ขนาดน้ำหนักตัวของผู้ป่วยต่างกันมาก และยาที่ใช้ควบคุมระดับน้ำตาลมีหลายรูปแบบ ข้อกำหนด และการปฏิบัติ จึงต้องปรับให้เหมาะสมสำหรับในแต่ละกรณี ดังนี้

1. การซักประวัติ และตรวจร่างกายโดยละเอียด จำเป็นต้องทำในผู้ป่วยที่มีเบาหวานมานาน และผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตรวจสภาพจอตาว่ามี Diabetic Retinopathy ที่รุนแรง หรือไม่ มีโรคแทรกซ้อนที่ไตหรือไม่ เพราะการออกกำลังกายอาจทำให้โรคแทรกเหล่านี้เลวลง ตรวจหาความผิดปกติของระบบประสาท เพื่อเลี่ยงอันตรายที่ใช้ข้อกล้ามเนื้อและผิวหนัง อาจต้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) หรือถ้ามีข้อสงสัยต้องทำ Exercise or Threadmill test ก่อนเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกาย

2. โปรแกรมการออกกำลังกายการจัดเป็นโปรแกรมประจำ เลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยเฉพาะผู้สูงอายุ อาจมีปัญหาข้อเข่า ข้อเท้า หรือข้อตะโพก จึงต้องเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องลงน้ำหนักที่ข้อต่าง ๆ เหล่านี้

3. ยาลดน้ำตาล ผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวานพึ่งอินซูลิน สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยารับประทานให้ใช้ยาเท่าเดิม เมื่อเริ่มต้นตรวจการเปลี่ยนแปลงแล้วจึงปรับยาลง ถ้าระดับน้ำตาลลดลงกว่าที่ควรจะเป็น ในรายที่น้ำตาลในเลือดยังควบคุมไม่ได้ การควบคุมอาหารให้ดีขึ้น เมื่อออกกำลังกายสม่ำเสมอแล้ว ระดับน้ำตาลจะดีขึ้น ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ถ้าออกกำลังกายและควบคุมอาหารจะสามารถลดน้ำหนักตัวสัดส่วนใหญ่ระดับน้ำตาลจะดีขึ้น ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานยาลดน้ำตาล ไม่ต้องมีข้อปฏิบัติพิเศษ แต่ยังคงควบคุมปริมาณอาหารตามกำหนด

4. อาหารและน้ำ ผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลินปฏิบัติตัวเช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวานพบอินซูลิน ผู้ป่วยที่ผอม หรือน้ำหนักตัวปกติ และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ถ้าออกกำลังกายหนัก และ/หรือ นานต้องรับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกายเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยที่ต้องการควบคุมน้ำหนักไม่ต้องเพิ่มหรือเสริมอาหารเมื่อออกกำลังกาย

5. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลินปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวานพึ่งอินซูลิน ผู้ป่วยที่กินยาอยู่ถ้าระดับน้ำตาลควบคุมดี เมื่อออกกำลังกายมากและนาน ควรตรวจเช็คระดับน้ำตาลหลังการออกกำลังกาย และระวังการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเช่นกัน ถึงแม้ว่าจะไม่ค่อยพบการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำก็ตามสำหรับกรณีทั่วไปตรวจเช็คระดับน้ำตาลเป็นครั้งคราวตามกำหนดได้

หลักการการออกกำลังกาย(วรณิ นิธิยานันท์.2536:72-76)

การออกกำลังกายที่ดีจะต้องเหมาะสมกับผู้ออกกำลังกาย มีความหนักเพียงพอ มีความสม่ำเสมอ และความนานเพียงพอ ก่อนออกกำลังกายต้องมีการอุ่นเครื่อง (Warm up) และหลังการออกกำลังกายต้องมีการผ่อนคลาย (Cool Down) ควรออกกำลังกายเวลาเช้าหรือเย็นเพื่อหลีกเลี่ยงอากาศร้อนจัด

ความสม่ำเสมอ (Frequency) ในกรณีที่สมารถทำได้ควรออกกำลังกายทุกวัน ถ้าไม่ได้ก็ควรทำวันเว้นวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ความนาน (Duration) การออกกำลังกายควรทำครั้งละ 20 - 30 นาที เป็นอย่างน้อย แต่เมื่อเริ่มออกกำลังกายใหม่ ๆ อาจเริ่มเพียงระยะเวลาสั้น ๆ 5 - 10 นาที แล้วเพิ่มขึ้นทุก 2 - 4 สัปดาห์ เมื่อร่างกายมีความพร้อม ผู้สูงอายุและผู้มีโรคหัวใจจะต้องเริ่มน้อย ๆ และเพิ่มขึ้นช้า ๆ

การอุ่นเครื่อง และการผ่อนคลาย เป็นการเตรียมกล้ามเนื้อ ข้อและระบบหมุนเวียนโลหิต สำหรับการเข้าสู่งานหนัก และชะลอลงช้า ๆ ก่อนหยุดการทำงาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ หรือผู้มีโรคประจำตัวจำเป็นต้องปฏิบัติเคร่งครัด การอุ่นเครื่องและผ่อนคลายใช้เวลาในช่วงละ 3 - 5 นาที

ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity) เป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างเสริมความอดทน (Aerobic Fitness) ความหนักของการออกกำลังกายสามารถวัดโดยอัตราการใช้ออกซิเจน คิดเป็นร้อยละของอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุด (VO_{2max}) ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือในการวัดทำให้ไม่สะดวกในทางปฏิบัติ จึงใช้อัตราเต้นสูงสุดของหัวใจเป็นเกณฑ์ โดยให้ออกกำลังกายจนมีความหนักร้อยละ 60 - 85 ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจนั่นคือชีพจร เป้าหมายในการออกกำลังกายให้ได้เป็นร้อยละ 60 - 85 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ อัตราเต้นสูงสุดของหัวใจเท่ากับ 220 ลบด้วยจำนวนอายุ เป็นปี เขียนได้ดังนี้

ชีพจรเป้าหมาย	= ความหนักที่กำหนด x (220 - อายุ)
ถ้าความหนักที่กำหนด	= ร้อยละ 70
อายุของผู้ออกกำลังกาย	= 60 ปี
. . ชีพจรเป้าหมาย	= 70 x (220 - 60)
	= 112 ครั้ง/นาที

การจะกำหนดความหนักของการออกกำลังกายเป็นร้อยละเท่าใด ขึ้นกับสมรรถภาพ และสุขภาพพื้นฐานของผู้ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมาก เริ่มต้นอาจกำหนดขั้นต่ำสุดเพียงร้อยละ 50 ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น การนับชีพจรให้นับทันที เมื่อหยุดออกกำลังกาย

ความเหมาะสม การจะเลือกออกกำลังกายประเภทใด ต้องดูให้เหมาะสมกับวัย สุขภาพ และอาชีพ ผู้ออกกำลังกายควรจะเลือกการออกกำลังกายที่ตนเองชอบ และสามารถปฏิบัติได้จริง การรวมเป็นกลุ่มจะช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกันทำให้มีความต่อเนื่อง และยังสร้างสัมพันธภาพด้านอื่น ๆ ด้วย ผู้ที่ไม่มีเวลาสำหรับการออกกำลังกาย อาจดัดแปลงหรือเสริมงานประจำให้มีการออกกำลังกายได้ เช่น เดินขึ้น - ลง บันได แทนการใช้ลิฟต์ เดินไปที่ทำงาน หรือตลาด แทนการใช้รถ (ถ้าระยะทางพอเหมาะ)

โปรแกรมฝึกการออกกำลังกายโดยวิ่งเหยาะ ๆ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

อุ่นเครื่อง	= กายบริหาร 3 - 5 นาที
ออกกำลังกาย	= เดิน/วิ่งเหยาะ เพิ่มเป็นลำดับ (5 ระดับ)
ผ่อนคลาย	= กายบริหาร 3 - 5 นาที

การบริหาร ใช้ทำงานง่าย ๆ สำหรับเคลื่อนไหวข้อทั้งหมดก่อนและหลัง การออกกำลังกาย เวลาทำนับเป็นจังหวะซ้ำ ๆ เช่น

1. ก้ม และเงยหน้า สลับกัน
2. เอียงคอไปซ้าย และขวา สลับกัน

3. ยืนกางแขนเหยียดปลายนิ้วตรง กระดกข้อมือหงาย และคว่ำสลับกัน
(ทำพร้อมกัน 2 ข้าง)
 4. ยืนกางแขนกำมือ แล้วพับ และเหยียดข้อศอกสลับกัน (ทำพร้อมกัน 2 ข้าง)
 5. ยืนกางแขนเหยียดปลายนิ้ว ยกแขนแนบลำตัวสลับกัน (ทำพร้อมกัน 2 ข้าง)
 6. ยืนกางแขน และกางขาบิดตัวไปทางซ้ายและขวาสลับกัน
 7. ยืนกางแขน และขา ก้มตัวไปข้างหน้าโดยให้แผ่นหลังตรงแล้วยืดตัวตรงตามเดิม และหงายตัวไปด้านหลังให้มากที่สุดสลับกัน
 8. ยืนตรงมือจับที่เอว เขย่งส้นเท้า และปลายเท้าสลับกัน
 9. ยืนตรง มือจับเอว เขย่งส้นเท้า และปลายเท้าสลับกัน
- ท่าต่าง ๆ เหล่านี้ทำท่าละ 10 ครั้ง เป็นอย่างน้อยอาจใช้ท่าอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น ชกลม เตะลม เป็นต้น

การออกกำลังกาย แบ่งเป็น 5 ระดับ

- ระดับที่ 1 เดิน 15 - 30 นาที (เดินอัตราประมาณ 5 กิโลเมตรต่อชั่วโมง)
- ระดับที่ 2 เดิน 30 - 60 นาที
- ระดับที่ 3 เดินสลับวิ่งเหยาะ 15 - 30 นาที (วิ่งเหยาะอัตราประมาณ 10 กิโลเมตร/ชั่วโมง)

ระดับที่ 4 วิ่งเหยาะ 15 - 30 นาที

ระดับที่ 5 วิ่งเหยาะ 30 - 60 นาที

ถ้าไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หรือวิ่งเวียนในระดับที่ทำอยู่ เพิ่มขึ้นระดับถัดไปได้มากขึ้นใช้เวลา 1 - 2 สัปดาห์ ในการเปลี่ยนระดับ

ท่าเดินที่ถูกต้อง คือ ลำตัวตรง ศรีษะ และไหล่ตรงตามสบายงอแขนเล็กน้อย ปล่อยตามสบาย และแกว่งตามธรรมชาติขณะเดิน เวลาก้าวเดิน ลงน้ำหนักที่ส้นเท้า แล้วถ่ายน้ำหนักไปที่ปลายเท้าเพื่อจะก้าวขาอีกข้างหนึ่ง

ท่าวิ่งที่ถูกต้องคือ ลำตัว และศีรษะตรง มองไปข้างหน้า กำมือหลวม ๆ งอแขนพอควร และแกว่งไปตามจังหวะวิ่ง ขณะวิ่งเข่างอเล็กน้อย ลงน้ำหนักที่ส้นเท้า ถ่ายน้ำหนักไปที่ปลายเท้า เพื่อก้าวขาอีกข้างหนึ่ง

การแต่งกาย ใส่เสื้อและกางเกงน้ำหนักเบา พอดีตัว หรือหลวมเล็กน้อยอย่าให้กระชับแน่น รองเท้าต้องเหมาะเท้าพอดี น้ำหนักเบา ยึดหยุ่นได้พอประมาณ ควรเป็นรองเท้าที่มีการพยุงส้นเท้า และอุ้งเท้า (Heel and Arch Support) และควรสวมถุงเท้าที่ทำด้วยผ้าฝ้าย

เมื่อเป็นไข้หรือมีอาการเจ็บป่วย ควรงดออกกำลังกาย ถ้าเริ่มใหม่ให้เริ่มที่ระดับต่ำก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ไม่ควรหยุดวิ่งหรือนั่งพักทันที หลังการวิ่งควรเดินสักครู่แล้วทำการบริหารก่อนจึงหยุดหรือนั่ง

ข้อดี และข้อเสีย ของการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน(วรรณิ นิธิยานันท์.

2536:77)

ผู้ป่วยเบาหวานได้ประโยชน์จากการออกกำลังกายเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ ทั่วไป และควรออกกำลังกายเพื่อให้มีสุขภาพดี ข้อดีของการออกกำลังกายในแง่ช่วยลดระดับน้ำตาล จะเห็นชัดเจนเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ไม่พึ่งอินซูลิน และมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ข้อเสียของการออกกำลังกายคือ อาจเกิดการบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุจากการออกกำลังกาย ทำให้มีการเสื่อมของข้อ และเอ็นของข้อ อาจเป็นลมหมดสติจากหัวใจที่ผิดปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานจึงอาจเกิดภาวะน้ำตาลสูงเกินไป หรือต่ำเกินไปจากการออกกำลังกายได้ดังกล่าวข้างต้น การออกกำลังกายหักโหมอาจทำให้อาการของโรคแทรกซ้อนที่ตา และไตเลวลง

การรักษาสุขอนามัยทั่วไปโดยเฉพาะดูแลเท้า(สุนทร ตัมพนันท์.2536:29)

การรักษาสุขอนามัยของร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำกว่าปกติ ดังนั้นจึงมีโอกาสดเกิดการติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น เชื้อรา ตามซอกอับต่าง ๆ การติดเชื้อตามผิวหนัง แผลและการอักเสบของเท้า ในภาวะที่การควบคุมโรคเบาหวานไม่ดี ปัญหาที่จะเกิดได้ง่าย และในทางกลับกันเมื่อมีปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้น ภาวะการควบคุมโรคก็จะยิ่งเลวลง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยจะต้องดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึง เวลาอาบน้ำควรทำความสะอาดบริเวณซอกอับ เช่น รักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์ เป็นพิเศษ ให้แห้งอยู่เสมอ

ผิวหนัง เป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายมาก บริเวณที่พบว่ามี การติดเชื้อบ่อย ได้แก่ ซอกอับบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ รอบทวารหนัก ใต้ราวนม ขาหนีบ และตามข้อพับของแขนขา เพราะบริเวณดังกล่าวมีเหงื่อออกมาก มีการเสียดสีทำให้ผิวหนังเปื่อย เชื้อราเจริญได้ดี ดังนั้นการรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่ง ควรทำความสะอาดซอกอับเป็นประจำ อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เลือผ้าที่สวมใส่ไม่ควรหนาจนเกินไป เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้ดี บริเวณผิวเย็บต้องทำความสะอาดด้วยน้ำ และสบู่อ่อน ๆ ทุกครั้ง หลังถ่ายปัสสาวะ แล้วซับให้แห้ง (สุนทร ตันทนันท์. 2536 : 29)

การดูแลเท้า (วัลลา ตันตโยทัย.2526:380-381) ผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดแผลที่อวัยวะส่วนปลายของร่างกายโดยเฉพาะที่เท้า ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนไม่น้อยต้องถูกตัดขาไป เพราะบริเวณนี้มีเลือดไปเลี้ยงน้อย เนื่องจากมีอาการชาจากระบบประสาทเสื่อม จึงไม่รู้สึกรู้สึกร้าวปวดเมื่อเกิดมีแผลขึ้นทำให้แผลลุกลามและเน่าได้ แผลที่เกิดได้จากการถู-ของรองเท้า ของมีคม นอกจากนั้นการมีเชื้อราตามซอกนิ้วเท้า เล็บขบ และตาปลา ก็อาจเป็นต้นเหตุให้มีการติดเชื้อลุกลามวันเกิดการอักเสบได้ ดังนั้น หลักปฏิบัติในการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีดังต่อไปนี้ คือ

1. เวลาอาบน้ำ ควรทำความสะอาดเท้า และซอกนิ้วเท้าด้วยสบู่ ล้างแล้วซับให้แห้งพร้อมทั้งตรวจดูส่วนต่าง ๆ ของเท้าอย่างละเอียดทุกวัน ถ้าผิวหนังแห้งเกินไปให้ใช้น้ำมันมะกอกทา ใน 1 สัปดาห์ ควรได้แช่เท้าในน้ำอุ่น หรือน้ำธรรมดา เพื่อทำความสะอาดเท้าเป็นพิเศษอย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อตรวจพบว่ามึบตึงแผล หรือการอักเสบเกิดขึ้นแม้แต่เพียงเล็กน้อยก็ควรไปพบแพทย์ อย่ายารักษาเอง

2. ตัดเล็บเท้าตรง ๆ และให้สั้นห่างผิวพอควรเพื่อป้องกันการเกิดเล็บขบ หลีกเลี่ยงการใช้ของแข็งแคะซอกเล็บ ควรตัดเล็บหลังอาบน้ำ

3. สวมรองเท้าทุกครั้งเวลาออกนอกบ้าน รองเท้าควรพอดี ไม่คับเกินไป และมีการระบายอากาศเพียงพอ ผู้ป่วยที่เท้าชาควรสวมรองเท้าหุ้มส้น นุ่ม ไม่บีบเท้า ถ้าสวม ถูเท้าด้วย ถูเท้าจะต้องสะอาด ไม่มีรอยตะเข็บกดเนื้อ ไม่รัดแน่นเกินไป และต้องเปลี่ยนทุกวัน

4. เมื่อรู้สึกว้าเท้าชา ไม่ควรวางกระบะเป่าหรือขวดน้ำร้อน เพราะอาจเกิดอาการไหม้พองได้ และเมื่อเกิดเป็นตุ่ม ตาปลา หรือหูดขึ้นที่เท้า การแช่เท้าด้วยน้ำอุ่น

ผสมสบู่นานประมาณ 10 นาที แล้วค่อย ๆ ถูด้วยผ้าขนหนูจนเปียก ให้เนื้อที่ตายแล้วหลุดออกมากเอง

5. ไม่ควรเดินเท้าเปล่า ถ้าจำเป็นก็ต้องระวังสะดุดของแข็ง ของมีคม เหยียบหนาม หรือเหยียบของร้อน ๆ
6. ไม่ควรใช้ยาแรง ๆ ทาผิวหนัง เช่น กิงเจอร์ไอโอดีน หรือกรดบอริก
7. ถ้าเกิดมีแผลที่เท้า ให้รีบปรึกษาแพทย์ เพราะอาจถูกตัดขา หรือมีการติดเชื้อซ้ำซ้อนได้มาก ถ้ารักษาเองโดยไม่ถูกวิธี
8. หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง เพราะจะทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี เมื่อมีเวลาควรนอนยกเท้าสูงบ้าง เพื่อให้การไหลเวียนกลับของเลือดจากขาและเท้าดี และป้องกันการคั่งของเลือดตามบริเวณดังกล่าว
9. หมั่นออกกำลังกายด้วยการเดิน หรือบริหารเท้า เพื่อกระตุ้นให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณดังกล่าวดีขึ้น ทำบริหารเท้าควรทำครั้งละประมาณ 15 - 30 นาที ดังนี้
 - 9.1 นั่งตัวตรงบนเก้าอี้ บิดข้อเท้าไปมา ตั้งตามและทวนเข็มนาฬิกา
 - 9.2 นั่งตัวตรงบนเก้าอี้ ยกขาขึ้น - ลง
 - 9.3 ยืนตรง เขย่งปลายเท้าขึ้นลง
 - 9.4 นอนราบ งอสะโพกและข้อเข่าให้มากที่สุด ทำสลับกับซ้ายขวา
 - 9.5 นอนราบยกขาเหยียดตรงไปมาทางด้านข้าง ทำทีละข้างสลับกันไป
 - 9.6 นอนราบขาเท้าหนึ่งเหยียด งอเข่าอีกข้างพร้อมกับพลิกขาที่งอขึ้นไป ซ้าย ขวา เป็นต้น

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวาน

วัตกินส์ และคนอื่น ๆ (Watkins and others. 1967 : 457) ได้ศึกษาการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานเมื่ออยู่บ้าน จำนวน 60 ราย แล้วพบว่าผู้ป่วย 44 ราย หรือมากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง

ไมเออร์ (Myers) ได้ศึกษาพบเช่นเดียวกันว่า การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติได้ยากที่สุด เป็นเพราะความชอบ และความเคยชินของผู้ป่วย

พวงทิพย์ ชัยนิบาลสฤทธ์ (2520 : 78) ได้ศึกษาโดยสร้างบทเรียนแบบโปรแกรม เรื่องการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 200 กรอบ และนำไปทดลองภาคสนามกับผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 40 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น

เรมวล นันท์ศุภวัฒน์ (2524: 83 - 84) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ เพศ และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนระยะเวลาของการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

วัลลา ตันตโยทัย (2525 : 77) ได้ศึกษาติดตามความรู้เรื่องโรคและภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ใหญ่ที่ควบคุมโรคไม่ได้ดี ภายหลังได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลืออย่างมีระบบ แล้วพบว่าปัญหาในการปฏิบัติตน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง มีปัญหาในเรื่องการควบคุมอาหารมีจำนวนมากที่สุด คือ 28 - 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.91 - 58.13 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

กาญจนา ประสานปราน (2535: 8) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลตนเอง ที่เกี่ยวกับการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโรคจะได้ผลหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสำคัญ ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ว่า การปฏิบัติตนต่อการเป็นเบาหวานนั้น ส่วนมากผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง เป็นการปฏิบัติที่ยากที่สุด ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการสอนให้ความรู้ และติดตามช่วยเหลือแล้ว พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรัง ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลตากสิน ปี พ.ศ. 2537 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2537 ที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป และมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 24 และ 37 คน ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรัง ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลตากสิน ปี พ.ศ. 2537 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2537 ที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป และมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 14 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากร โดยสุ่มจากกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก จำนวน 7 คน จากประชากร 24 คน และกลุ่มที่เป็นเบาหวานในระยะเรื้อรัง จำนวน 7 คน จากประชากร 37 คน

โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สืบหาผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลตากสิน ปี พ.ศ. 2537 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2537 แล้วแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยเบาหวานระยะเริ่มแรก พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 96 คน และผู้ป่วยเบาหวานระยะเรื้อรัง จำนวน 148 คน

2. ให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนี้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. นำคะแนนของทั้ง 2 กลุ่ม มาเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย แล้วเลือกเฉพาะผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป และมีคะแนนการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา ได้ผู้ป่วยเบาหวานในระยะเริ่มแรกจำนวน 24 คน และผู้ป่วยเบาหวานในระยะเรื้อรังจำนวน 37 คน

4. สุ่มอย่างง่ายในแต่ละกลุ่ม ออกมาเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานระยะเริ่มแรกจำนวน 7 คน (สุ่มจากประชากร 24 คน) และเป็นกลุ่มทดลองที่ 2 เป็นผู้ป่วยเบาหวานระยะเรื้อรังจำนวน 7 คน (สุ่มจากประชากร 37 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. แบบประเมินการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมซึ่งใช้กับกลุ่มทดลองที่ 1

และ 2

วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 1.1 ศึกษาทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ในปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 1.2 สร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยสร้างข้อคำถามเป็นข้อความที่มีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับให้สอดคล้องกับนิยามค้นคว้าเฉพาะ

1.3 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผศ. พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา อาจารย์ไพศาล อันประเสริฐ และอาจารย์ณรงค์ นฤวัตร พิจารณาความสอดคล้อง ตามนิยามศัพท์เฉพาะ และจุดมุ่งหมาย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

1.4 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 45 ข้อ ในข้อ 1.3 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 100 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้เทคนิค 25 เปอร์เซนต์ของกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของข้อคำถามแต่ละข้อ โดยใช้วิธีการทางสถิติแบบที (t-test) ในการตรวจสอบคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าที (t) ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มาใช้ในการทดลอง ได้จำนวน 33 ข้อ ที่มีค่า t ระหว่าง 1.834 - 16.838

1.5 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามที่คัดเลือกแล้ว ในข้อ 1.4 จำนวน 33 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของ ครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9405

ตัวอย่างแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับความรู้สึกของตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวาของข้อความซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านจึงไม่ควรใช้เวลาอันเกินควร ในการพิจารณาคำตอบในข้อหนึ่งข้อใด แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

ความรู้สึกต่อการเป็นโรคเบาหวานในขณะนี้	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. รู้สึกอึดอัดใจเมื่อเป็นโรคเบาหวาน					
2. รู้สึกตึงเครียดในการเป็นโรคเบาหวาน ..					
3. รู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อเป็นโรคเบาหวาน ..					

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความทางบวกให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

ข้อความทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม

2. แบบประเมินการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.1 ศึกษาขั้นตอนในการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วย

โรคเบาหวาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา และผลงานวิจัยต่าง ๆ

2.2 สร้างแบบประเมินการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วย

โรคเบาหวาน โดยสร้างข้อคำถามที่เป็นข้อความเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อโรคเบาหวาน 4 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การรักษาสุขอนามัยทั่วไป และการดูแลเท้า และ ปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมสอดคล้องครอบคลุมกับนิยามศัพท์เฉพาะ

2.3 หาความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) โดยนำแบบประเมินการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผศ.พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา อาจารย์ไพศาล อันประเสริฐ และ อาจารย์ณรงค์ลักษณ์ นฤวัตร ตรวจสอบทั้งด้านเนื้อหา ข้อคำถาม และภาษาที่สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

2.4 หาค่าอำนาจจำแนก โดยนำแบบประเมินที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วจำนวน 30 ข้อ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 100 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกในรายข้อ โดยใช้เทคนิค 25 เปอร์เซนต์ กลุ่มสูง - กลุ่มต่ำ แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของข้อคำถามแต่ละข้อ โดยใช้วิธีการทางสถิติแบบที (t - test) ในการตรวจสอบคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า t ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จำนวน 29 ข้อ ที่มีค่า t ระหว่าง 1.793 - 24.249

2.5 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมิน โดยคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในข้อ 2.4 จำนวน 29 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 (ดังรายละเอียดในภาคผนวก)

3. โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

3.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม รวบรวมเนื้อหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตลอดจนประสบการณ์การฝึกปฏิบัติให้คำปรึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษา ตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมให้เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายในการวิจัย

3.2 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายในการวิจัยครั้งนี้

3.3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผศ.พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา อาจารย์ไพศาล อ้นประเสริฐ และ อาจารย์ณรงค์ลักษณ์ นฤวัตร ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่าง วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีดำเนินการและการประเมินผล แล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3.4 นำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตากสินที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลกับกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 โดยใช้เวลาดทดลอง 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน คือ วันจันทร์ ถึงวันศุกร์วันละ 4 คน ครั้งละ 50 นาที เวลาเช้า คือ 07.00 น. - 07.50 น. , 08.00 น. - 08.50 น. และเวลาบ่าย คือ 13.00 - 13.50 น. 14.00 น. - 14.50 น. สลับกันไปทั้งสองกลุ่ม (ดังรายละเอียดในภาคผนวก)

การดำเนินการทดลอง

แบบแผนการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบ Randomized two Group Pretest - Post test Design (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2528 : 77)

วิธีดำเนินการทดลอง

1. ก่อนทดลองเมื่อสุ่มตัวอย่างได้กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 แล้วผู้วิจัยวัดความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 2 กลุ่มด้วย แบบสอบถามความวิตกกังวล และแบบประเมินการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานก่อนการทดลอง

2. ผู้วิจัยเป็นผู้ทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ในกลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 ดังนี้ คือ ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ โดยให้คำปรึกษา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 5 วันคือ วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ วันละ 4 คน ครั้งละ 50 นาที เวลาเช้า คือ 07.00-07.50 น., 08.00-08.50 น. และเวลาบ่ายคือ 13.00-13.50 น., 14.00 น.-14.50 น. เรียงตามลำดับสลับกันไปทั้ง 2 กลุ่ม ระหว่าง วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ.2537 ถึงวันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2538

3. หลังการทดลอง ผู้วิจัยวัดความวิตกกังวล ประเมินการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน แบบประเมินการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ชุดเดียวกับฉบับที่ทดสอบก่อนการทดลอง แล้วเก็บคะแนนไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Post test)

4. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1 และข้อ 3 ไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
3. เปรียบเทียบความวิตกกังวลและการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกและระยะเรื้อรัง ที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่ามัธยฐานและค่าความเบี่ยงเบนควอไทล์
2. สถิติสำหรับวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือได้แก่
 - 2.1 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน และแบบประเมินการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้ t - test (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2528 : 185)
 - 2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน และแบบประเมินการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2528 : 185)
3. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน
 - 3.1 เปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 โดยใช้การทดสอบของวิลคอกซ์ (The Wilcoxon Matched Pairs Signed - Rank test) (นิภา ศรีไพโรจน์. 2533 : 91 - 97)
 - 3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 โดยใช้การทดสอบของ แมน วิทนี (The Mann - Whitney U test) (นิภา ศรีไพโรจน์. 2533 : 120 - 128)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ ที่ใช้แทนความหมายดังต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่าง
Mdn.	แทน	มัธยฐานของความวิตกกังวล หรือการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
Q.D.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ของความวิตกกังวล หรือการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
Mdn. (after)	แทน	มัธยฐานของผลต่างของความวิตกกังวล หรือการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อน และหลังการทดลอง
Q.D. (after)	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ของผลต่างของความวิตกกังวล หรือการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อน และหลังการทดลอง
T	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการทดสอบของ วิลคอกซัน (The Wileoxon Matched Pairs Signed- Ranks test)
U	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการทดสอบของ แมน - วิทนี (The Mann - Whithney U test)

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
3. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกและระยะเรื้อรัง ที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกมีความวิตกกังวลลดลง และมีการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง มีความวิตกกังวลลดลง และมีการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีความวิตกกังวลและการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเรื้อรังก่อนและหลัง การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดง ในตาราง 3,4,5,6,7, และ 8 ตามลำดับดังนี้

ตาราง 3 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกก่อน และหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

กลุ่มทดลองที่ 1	N	Mdn.	Q.D.	T
ก่อนทดลอง	7	143	1.375	0 [*]
หลังทดลอง	7	66	3.75	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 แสดงว่า ภายหลังจากทดลอง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเริ่มแรกมีความวิตกกังวลลดลง (ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตาราง 11 ในภาคผนวก)

ตาราง 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกก่อน และหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

กลุ่มทดลองที่ 1	N	Mdn.	Q.D.	T
ก่อนทดลอง	7	50	3.625	0*
หลังทดลอง	7	113	1.75	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 แสดงว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกเหมาะสมขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือหลังให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น (ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 12 ในภาคผนวก)

ตาราง 5 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรังก่อน และหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

กลุ่มทดลองที่ 2	N	Mdn.	Q.D.	T
ก่อนทดลอง	7	144	4.625	0*
หลังทดลอง	7	100	4	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 แสดงว่า ภายหลังจากทดลอง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นระยะเรื้อรังลดลง กว่าทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ หลังจากได้รับการเป็นคำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง มีความวิตกกังวลลดลง (ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 13 ในภาคผนวก)

ตาราง 6 เปรียบเทียบการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในระยะเรื้อรังก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

กลุ่มทดลองที่ 2	N	Mdn.	Q.D.	T
ก่อนทดลอง	7	56	3.125	0*
หลังทดลอง	7	105	1	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรังเหมาะสมขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น(ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 14 ในภาคผนวก)

ตาราง 7 เปรียบเทียบความวิตกกังวลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2

กลุ่มทดลอง	N	Mdn. (diff)	Q.D. (diff)	U
กลุ่มทดลองที่ 1	7	77	2.5	0**
กลุ่มทดลองที่ 2	7	41	2	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 7 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีความวิตกกังวลลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง (ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 15 ในภาคผนวก)

ตาราง 8 เปรียบเทียบการปฏิบัติต่อความเป็นโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2

กลุ่มทดลอง	N	Mdn. (diff)	Q.D. (diff)	U
กลุ่มทดลองที่ 1	7	62	1	3 ^{**}
กลุ่มทดลองที่ 2	7	49	2.5	

^{**} มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรัง ที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมีการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกที่ได้รับการให้ คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้นมากกว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง (ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 16 ในภาคผนวก)

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลตากสิน ปี พ.ศ. 2537 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2537 ที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 75 ขึ้นไป และมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา จำนวน 24 และ 37 คน ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลตากสิน ปี พ.ศ. 2537 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2537 ที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 75 ขึ้นไป และมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา จำนวน 14 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากประชาชนโดยสุ่มจากประชาชนที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก จำนวน 7 คน จากประชาชน 24 คน และสุ่มจากประชากรที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเรื้อรังจำนวน 7 คน จากประชากร 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. แบบประเมินการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมซึ่งใช้กับกลุ่มทดลองที่1และ2

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะก่อนทดลอง

เมื่อสุ่มตัวอย่างได้กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 แล้วผู้วิจัยวัดความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวล และแบบประเมินการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานก่อนการทดลอง

2. ระยะทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรม-นิยม 5 สัปดาห์ละ 5 วันคือวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ วันละ 4 คน ครั้งละ 50 นาที เวลาเช้า 07.00-07.50 น., 08.00-08.50 น. และ เวลาบ่าย 13.00-13.50 น., 14.00-14.50 น. เรียงตามลำดับสลับกันไปทั้ง 2 กลุ่ม โดยเริ่มตั้งแต่ 2 ธันวาคม 2537 ถึง 6 มกราคม 2538

3. ระยะหลังการทดลอง

ผู้วิจัยวัดความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของกลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม แล้วนำผลที่ได้จากข้อ 1 และข้อ 3 ไปวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเรื้อรังก่อนและหลัง การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกมีความวิตกกังวลลดลง และมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง มีความวิตกกังวลลดลง และมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกและระยะเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานแตกต่างกัน นั่นคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก มีความวิตกกังวลลดลงและการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น มากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะเรื้อรังหลังจากที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ที่มีต่อความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลตากสิน ปรากฏผลดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกมีความวิตกกังวลลดลง และมีการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยลดความวิตกกังวล และพัฒนาการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วย ที่มีความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานไม่เหมาะสม โดยเน้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานฝึกจัดความรู้สึกวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ โดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เมื่อร่างกายอยู่ในสภาวะของการผ่อนคลายแล้ว ความวิตกกังวลจะไม่เกิดขึ้น ดังที่อาภา จันทรสกุล (2535 : 239 -

240) ได้กล่าวไว้ว่า การจัดการความรู้สึกรีดกั่วงวลอย่างเป็นระบบ เป็นเทคนิคที่ช่วยจัดการอาการกลัว หรือปัญหาทางด้านอารมณ์ หรือวิตกกังวลสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ และโวลเป้ (Wolpe. 1973 : 145) ยังได้ทดลองใช้ Group Systematic Desensitization กับนักศึกษาระดับวิทยาลัยเพื่อลดความวิตกกังวล ประหม่าในการพูดต่อที่ชุมชน ปรากฏว่าให้ผลดีอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะเริ่มแรก ย่อมมีความวิตกกังวลมาก เนื่องจากเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยการคุกคามของโรคเบาหวาน ในขณะที่ร่างกายเกิดความเครียดขึ้นย่อมก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยได้ ดังที่เซคตัน และ แฮริง (Saxton and Haring. 1971 : 38) ได้กล่าวถึงโรคเบาหวานไว้ว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้มาก ทั้งนี้เพราะรักษาไม่หายขาด นอกจากนี้การได้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบยังช่วยพัฒนาการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานได้เหมาะสมขึ้น ดังที่แบนดูรา (Bandura. 1969 : 1977) ได้กล่าวถึงการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาให้ได้เรียนรู้ทักษะใหม่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วย

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม สามารถลดความวิตกกังวล และพัฒนาการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกได้ ดังเช่นผลการวิจัยในครั้งนี้

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง มีความวิตกกังวลลดลงและมีการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 แสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ลดความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรังได้เหมาะสมขึ้นทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นมานานแล้วนั้น มีความวิตกกังวลของโรคอยู่ตลอดเวลา และขณะเดียวกันก็ปฏิบัติตนบ้าง ไม่ปฏิบัติตนบ้างตามข้อกำหนดของการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานซึ่งจะเห็นได้จาก การเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีจำนวนมากขึ้น ดังที่พินลิปส์ (Pinlippo, et al. 1987 : 601) ได้กล่าวว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาใหญ่มากทางด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 6 ล้านคน จากทั่วโลก และยังมีอีกจำนวนมากที่อยู่ในข่ายสงสัยว่าอาจเป็นโรคเบาหวาน และจากการขาดทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานานนั้น มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรังปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย

ของเรมวล นั้นที่ศุภวัฒน์ (2524 : 83 - 84) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ และระยะเวลาของการรักษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม สามารถลดความวิตกกังวล และพัฒนาการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะเรื้อรังได้ ดังเช่นผลการวิจัย ในครั้งนี้

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกและระยะเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 นั่นคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก มีความวิตกกังวลลดลงและการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมขึ้นมากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะเรื้อรังหลังจากที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกที่รู้ตัวว่า เป็นโรคเบาหวาน จะรู้สึกวิตกกังวล และปฏิบัติตนยังไม่เหมาะสม จะมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง เมื่อได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ที่มุ่งเน้นลดความวิตกกังวลลง และปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานระยะเรื้อรังที่มีการปฏิบัติตนมานานแต่ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรเกิดความเบื่อหน่ายในการรักษาจึงปล่อยปละละเลยการปฏิบัติตนทำให้มีโรคแทรกซ้อนมากขึ้น เป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เรื้อรังตลอดเวลา ความสนใจในการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานก็จะลดลงตามลำดับด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เมซ, ลูซิโด และชามูน (Mazze, Lusido and Shamoorn. 1984 : 360 - 366) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในกลุ่มที่ควบคุมเบาหวานได้ดี กับกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .002 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของไมเออร์ (Myars. 1967 : 457) พบว่าการควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติได้ ยากที่สุด เป็นเพราะความชอบ และความเคยชินของผู้ป่วย นั้นแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นมานานแล้ว และ เกิดความเคยชินทำให้ละเลยต่อการปฏิบัติตน และลดความวิตกกังวลได้น้อยกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม สามารถลดความวิตกกังวลและพัฒนาการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะเริ่มแรก ได้เหมาะสมกว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเรื้อรัง ดังเช่นผลการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ควรให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่ ระยะเริ่มแรก เพราะได้ผลดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะเรื้อรัง

1.2 ควรมีการฝึกใช้เทคนิคต่างๆ ในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อลดความวิตกกังวล และพัฒนาการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ควรมีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม วันละ 2 คน เท่านั้น เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น และควรเป็นเวลาในช่วงเช้า

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

2.1 ควรมีการทดลองให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เพื่อลดความวิตกกังวล และพัฒนาการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

2.2 ควรมีการทดลองเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเป็นรายบุคคลและกลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวล และ การปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานที่เหมาะสมขึ้น

2.3 ควรมีการติดตามผลหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเป็นระยะ เช่น 6 เดือน 1 ปี เป็นต้น เพื่อศึกษาความคงทนของตัวแปรตาม

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กาญจน์ แก้วทอง. การใช้เทคนิคแม่แบบเพื่อเปลี่ยนมโนภาพแห่งตนของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ที่บ้านศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2522. อัดสำเนา.
- กาญจนา ประสานปราน. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- กาญจนา พงศ์ฤกษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างกันของพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออก ความวิตกกังวล และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523. อัดสำเนา.
- เกษม มีสง่า. ผลการใช้ตัวแบบเพื่อลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้เริ่มเรียนว่ายน้ำต่อความสามารถในการว่ายน้ำ. วิทยานิพนธ์ กศ.บ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532.
- คมเพชร ฉัตรศุภกุล. ทฤษฎีการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530.
- จำลอง ดิษยวานิช. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์พระสิงห์การพิมพ์, 2523.
- ชรินทร์ ชื่นกำไร. ความรู้สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาอภัยรไทย, 2516.
- ดาราพรรณ ตะปินตา. ผลการใช้ตัวแบบในการลดความวิตกกังวลของนักศึกษา ก่อนการศึกษาภาคปฏิบัติ วิชาการพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527. อัดสำเนา.
- ตรงกมล อัครอนุสรณ์. การศึกษาภาวะควบคุมโรค ความร่วมมือในการรักษา ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจในตน - นอกตน ด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

ถนิมพงษ์ พันทิพประดับ. การศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างหญิงมีครรภ์เป็นครรภ์แรก และครรภ์หลังในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ กศ.บ. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528. อัดสำเนา.

นิภา ศรีไพโรจน์. สถิตินอนพาราเมตริก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอ เอส พรี้นตึงเฮาส์, 2533.

นිරัมรานี สัจเดว. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ กรุงเทพฯ : ศิริราชพยาบาล มหิดล, 2523.

นัยนา เหล่าสุวรรณ. ผลการใช้วิธีลดความรู้สึกลอยๆเป็นระบบ ในการลดความวิตกกังวล ในการสอบ. วิทยานิพนธ์ ค.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525. อัดสำเนา.

บุศรา กาญจนบัตร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานกับอายุ และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศึกษา สาขาการบริหาร การพยาบาล กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

ประสิทธิ์ บัวคลี. การศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวล ความเกรงใจ และความคิด สร้างสรรค์ของนักเรียนไทยในต่างจังหวัด นักเรียนไทยในกรุงเทพฯ และนักเรียน นานาชาติ. วิทยานิพนธ์ กศ.บ. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2514. อัดสำเนา.

ประสาธ อิศรปริดา. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กราฟิคอาร์ต, 2522.

ผ่องพรรณ เกิดนิทกซ์. การแนะแนวและการให้คำปรึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บัณฑิตการพิมพ์, 2529.

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤต. การสร้างบทเรียนโปรแกรมเรื่องการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2520. อัดสำเนา.

พัชรวิทย์ กำเนิดเพชร. "การแนะแนวและการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับอาจารย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ. ศูนย์การให้ คำปรึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533, อัดสำเนา.

- เพ็ญศรี วชิราวิโรจน์. การฝึกปฏิบัติการมกล้าแสดงออกเพื่อลดความวิตกกังวลในการพูด
หน้าชั้นเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนคุสิตไพบูลย์ จังหวัดชัยนาท.
ปริญญาณิพนธ์ กศ.บ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
2527. อัดสำเนา.
- เรมวอล นันท์ศุภรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2524. อัดสำเนา.
- รังสรรค์ เฝิงนุ. การฝึกปฏิบัติการมกล้าแสดงออกของนักเรียนหญิงวัยรุ่น โดยวิธีจัดโครงการ
ให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรม. ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523. อัดสำเนา.
- ลออ หุตางกูร. "กระบวนการสรีระ จิตสรีระ," ธรรมชาติของมนุษย์คนหลักร่วมแนวใหม่
สำหรับพยาบาล ตอนที่ 2. 2522.
- ลัดดา ลิ้มปาสินัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความรับรู้ความถนัดทางวิชาการ
ของตน วิทยานิพนธ์ ค.ม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2516. อัดสำเนา.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทวีกิจการพิมพ์, 2528.
- วิภา มีสวัสดิ์. การศึกษาผลของวิธีการที่มีระบบในการลดความรู้สึกกลัวในการพูดหน้าชั้นเรียน
ของนิสิต มศว ประสานมิตร. ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523. อัดสำเนา.
- วัชรวิ ทวันย์มี. ทฤษฎีและกระบวนการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
- วรรณิ นิธิยานันท์. การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. การอบรมฝึกทักษะการให้คำปรึกษา
และดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2536.
- วัลภา กันทรพย. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจเรียนระดับความปรารถนา
ในการสอนและความวิตกกังวลในการเรียน และความสำเร็จในการเรียน.
ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2513.
อัดสำเนา.

- วัลลา ตันตโยทัย. การศึกษาติดตามความรู้เรื่องโรคและภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ใหญ่ที่ควบคุมโรคไม่ได้ดี ภายหลังได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลืออย่างมีระบบ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. อัดสำเนา.
- วัลลา ตันตโยทัย. การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. การพยาบาลอายุรศาสตร์, กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2526.
- วิศสุณี แทนประเสริฐสุข. ผลการใช้ตัวแบบภายนต์ต่อพฤติกรรมการตั้งใจเรียนในห้องเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 สถานะแรกรับเด็กกัญญาไท. วิทยานิพนธ์ ค.บ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528. อัดสำเนา.
- วัลลก ปิยะมโนธรรม. พฤติกรรมบำบัดในคนไข้โรคประสาทชนิดย้ำคิด ย้ำทำ 1 ราย. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 3 : 294 - 309 ; มีนาคม 2522.
- _____. การรักษาโรคประสาทด้วยตนเอง. วารสารใกล้หมอ 2 : 76 ; กุมภาพันธ์ 2525.
- สุทิน ศรีอัฐภาพร. โรคเบาหวานคืออะไร. คู่มือประกอบการเข้าค่ายเบาหวาน. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล , 2534.
- สุนทร ตันทนันท์. การอบรมฝึกทักษะการให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2536.
- สุวัฒนา อารินทร์. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.
- สมศรี เชื้อหิรัญ. สนทนากับผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพฯ : 2521.
- สุชา จันทน์เอม และ สุรางค์ จันทน์เอม. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์รวมสาส์น, 2515.
- สุชา จันทน์เอม. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2524.
- สุภณีย์ ตันดิพัฒน์นันท์. การพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2522.
- อาภา จันทรสกุล. ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2535.

- วัลลา ตันตโยทัย. การศึกษาติดตามความรู้เรื่องโรคและภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ใหญ่ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ภายหลังได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลืออย่างมีระบบ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. อัดสำเนา.
- วัลลา ตันตโยทัย. การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. การพยาบาลอายุรศาสตร์, กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี , 2526.
- วิศสุณี แทนประเสริฐสุข. ผลการใช้ตัวแบบภาพยนตร์ต่อพฤติกรรมการตั้งใจเรียนในห้องเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 สถานแรกรับเด็กงาไทย. วิทยานิพนธ์ ค.บ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528. อัดสำเนา.
- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. พฤติกรรมบำบัดในคนไข้โรคประสาทชนิดย้ำคิด ย้ำทำ 1 ราย. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 3 : 294 - 309 ; มีนาคม 2522.
- _____. การรักษาโรคประสาทด้วยตนเอง. วารสารใกล้หมอ 2 : 76 ; กุมภาพันธ์ 2525.
- สุทิน ศรีอัญญาพร. โรคเบาหวานคืออะไร. คู่มือประกอบการเข้าค่ายเบาหวาน. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล , 2534.
- สุนทร ตันทนันท์. การอบรมฝึกทักษะการให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2536.
- สุวักนา อาริพรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.
- สมศรี เชื้อหิรัญ. สนทนากับผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพฯ : 2521.
- สุชา จันทน์เอม และ สุรางค์ จันทน์เอม. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์รวมสาส์น, 2515.
- สุชา จันทน์เอม. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2524.
- สุวนีย์ ตันดิพัฒนานันท์. การพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2522.
- อาภา จันทรสกุล. ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2535.

- อึ้งใจ พุทธรัตนะ. ผลของการผ่อนคลายความเครียด แบบจิตคลุมกายต่อความวิตกกังวล ในการพูดหน้าชั้นเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๕ โรงเรียนสตรีวัดระฆัง. ปรินทิเนียนท์
กศ.ม.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.
- อุบล วุฒิสาลิธี. กระบวนการควบคุมตนเอง เพื่อลดความวิตกกังวลในการเตรียมตัวสอบ
คัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์ ค.บ. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527. อัดสำเนา.
- อำพล โฉงเคลือบ. ความวิตกกังวล ความสามารถในการอ่าน และลักษณะบางประการทาง
บุคลิกภาพ. ปรินทิเนียนท์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร,

Aurubel, David P. Education Psychology. A Cognitive View New York :
Holt Rinehart and Winton, 1968.

Bandura, Albest. Principle of Behavior Modification. New York :
Holt Rinehart and Winston, 1969.

Bandura, Albert. Social Learning Theory. Englewood Cliffs. N.J.:
Printice - Hall, Inc., 1977.

Bird, B. Talking With Patients. Philadelphia : J.B. Lippincott
Company, 1973.

Burks, H.M. and B. Steffire. Theories of Counseling. 3rd ed.
New York : Mc Graw - Hill Company, 1979

Deffenbacher, Jerry L. and Richard M. Suinn. The Self - Controf
of Anxiety. In Self - Management and Practice. (Edited
by Paul Karaly and Frederick H. Kanfer) New York : Pergamon
Press, 1982.

Ellenberg and Harold Rifkin. Diabetes Mellitus : Theory and Practice
New York : Mc Graw - Hill, 1962.

English, Horace B. and English Ava Champacy. A Comprehensive
Dictionary of Psychological and Psychoanalytical terms.
Lender : Longmans Green and Co., 1958.

Freud, Sigmund. A General Introduction to Psychoanalysis
Authorized English Translation of the Revised Edition
by Riviere and Hall. New York : Garden City Publishing
Company, Inc., 1943.

Fisher, Joel and Harvey L. Gochros. Planned Behavior Change :
Behavior Modification in Social Work. London : Collin
Mocmillan Publishers, 1975.

Gavalas, Nicholas. "Group Systematic Desensitization with
test - anxious ninth - grade students of differing locus
of control orientation," Dissertation Abstracts.
38 (1) : 171 - A ; July, 1977.

Grambrill, Elleen D. Behavior Modification. San Francisco :
Jossey Bass Publisher, 1978.

Graham, L.E. and E.M. Conley. "Evaluation of anxiety and fear in
adult Surgical Patients," Nursing Research. 1971.

Harold Rifkin. "Why Control Diabetes ?" Medical Clinicals of
North America. 62 (4) ; July, 1978.

Huges, John M. "Anxiety," Nursing Mirror. March, 1971.

Helen Andrews Gurhrie. Introductory Nutrition. Saint Louis :
The C.V. Mosby Company, 1979.

Jerrold M. Olefsky and Orville G. Kotterman. "Mechanisms of
Insulin Resistance in Obesity and Noninsulin - Dependent
(Type II) Diabetes," The American Journal of Medicine.
70(1) ; January, 1981.

Julia D. Watkins and others. "A Study of Diabetic Patients at Home,"
American Journal of Public Health. 57 (3) ; March, 1967.

Lazarus, Richard S. and Averill R. Janaus. "Emotion and Cognition
with Special Reference to Anxiety," In Anxiety : Current
Trends in theory and Research. Volume II, pp. 241 - 283
(Edited by Charles D. Spielberger) New York : Academic
Press, 1972.

Luckmann, Joan and Sorensen, Karen. Medical Surgical Nursing.
A Psychophysiological Approach. Philadelphia: W.B.
Saunders Company, 1974.

- ader, M. and I. Marks. Clinical Anxiety. New York : Grune and Stration, Inc., 1971.
- M.L. Hathaway and E.D. Foard. "Heights and Weights of Adults in the United States," Home Economics Research Report. No. 10 1960.
- Mikulus, William L. Behavior Modification. New York : Harper and Row Publishers, 1972.
- Mc Reynolds, Paul. "Assimilation and Anxiety," Emotions and Anxiety. New Jersey: Lawrence Erlbaun Associates, Publishes. 1976.
- Nietrel, Michael T. and Berustein, Douglas. "Assessment of Anxiety and Fear," In Behavioral Assessment. New York : Pergamon Press, 1981.
- Patterson, C.H. Theories of Counseling and Psycho Therapy. 2nd ed. New York : Harper and Row Publishers, 1973.
- Rhoda G. Bowen, Rosemary Rich, and Rozella M. Schlotfeldt, "Effects of Organized Instruction for Patients with the Diagnosis of Diabetes Mellitus," Nursing Research. 10 (3) : 155 - 156 ; Summes 1961.
- Sally A Myers. "Diabetes Management by the Patient and a Nurse Practitioner," Nursing Clinics of North America. Vol.12 no.3 September, 1977.
- Saxton and Haring. Care of Patients with Emotional Problems. Saint Louis : the CV. Mosby Company, 1971.
- Speilberger, C.D., R.L. Gorsuch and R.E. Lushenc. Stat Manual. California, Counseling Psychologists Press, 1970.
- Spilberger, C.D. "Conceptual and Methodological Issues in Anxiety Research," In Anxiety Current Trends in Theory and Research. Volume 11, New York : Academic Press, 1972.
- Singer, Robert N. Motor Learning and Human Performance. 3rd ed, New York : Macmillan C., 1980.
- Wolpe, Joseph. The Practice of Behavior Therapy. New York : Pergamon, 1973.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน
2. แบบประเมินการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน
3. ตารางคะแนนความวิตกกังวล และ การปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน

แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวาของข้อความซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านจึงไม่ควรใช้เวลานานเกินควร ในการพิจารณาคำตอบในข้อหนึ่งข้อใด แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

ความรู้สึกต่อการเป็นโรคเบาหวานในขณะนี้	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกตึงเครียดในการเป็นโรคเบาหวาน..					
2. ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อเป็นโรคเบาหวาน ..					
3. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจที่เป็นโรคเบาหวาน					
4. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิดเมื่อเป็นโรคเบาหวาน					
5. ข้าพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นในตนเองแม้เป็นโรคเบาหวาน					
6. ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ เมื่อเป็นโรคเบาหวาน.....					
7. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดใจ เมื่อเป็นโรคเบาหวาน ...					
8. ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใสแม้เป็นโรคเบาหวาน.....					
9. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นสุขใจแม้เป็นโรคเบาหวาน.....					
10. ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยหน่ายใจเมื่อเป็นโรคเบาหวาน					
11. ข้าพเจ้ารู้สึกยุ่งยากใจเมื่อจะต้องปฏิบัติตาม ข้อกำหนดของคนเป็นโรคเบาหวาน					
12. ข้าพเจ้าอยากมีความสุขเหมือนคนอื่นแม้เป็นโรค เบาหวาน					
13. ข้าพเจ้าปฏิบัติตนพลาดบ่อยๆเมื่อเป็นโรคเบาหวาน					
14. ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าซึม เมื่อเป็นโรคเบาหวาน ...					
15. ข้าพเจ้ารู้สึกสับสนเมื่อคิดถึงการเป็นโรคเบาหวาน					
16. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลว่าเป็นเคราะห์ร้ายเมื่อเป็น โรคเบาหวาน.....					
17. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าร่างกายไม่มีการเปลี่ยนแปลงแม้ เป็นโรคเบาหวาน.....					

ความรู้สึกต่อการเป็นโรคเบาหวานในขณะนี้	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
18. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลเมื่อเป็นโรคเบาหวาน....					
19. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน					
20. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจในชีวิตถึงแม้จะเป็นโรคเบาหวาน.....					
21. ข้าพเจ้ารู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อเป็นโรคเบาหวาน.....					
22. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนกใจเมื่อเป็นโรคเบาหวาน.					
23. ข้าพเจ้ารู้สึกสุขุมรอบคอบในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน.....					
24. ข้าพเจ้ารู้สึกว่า การควบคุมอาหารเป็นอุปสรรคในการเป็นโรคเบาหวานจนทำให้รู้สึกท้อแท้ใจ...					
25. ข้าพเจ้ามักกังวลเกินกว่าเหตุเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวาน.....					
26. ข้าพเจ้ารู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน.....					
27. ข้าพเจ้ามักถือทุกสิ่งเป็นเรื่องจริงจังเมื่อเป็นโรคเบาหวาน.....					
28. ข้าพเจ้ามักขาดความมั่นใจในตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน.....					
29. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิตแม้เป็นโรคเบาหวาน...					
30. ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตนที่ยุ่งยากในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน..					
31. ข้าพเจ้ามักใส่ใจกับความผิดพลาดในการเป็นโรคเบาหวาน.....					
32. ข้าพเจ้ารู้สึกมีอารมณ์มั่นคงแม้เป็นโรคเบาหวาน..					
33. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นห่วงลูกหลานเมื่อรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน.....					

แบบ ประเมินการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำชี้แจง การปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานหมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แสดงออกในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติ โดยปฏิบัติในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพสุขอนามัยทั่วไป โดยเฉพาะการดูแลเท้า ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การควบคุมอาหาร ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีการควบคุมลักษณะการรับประทานอาหารอาหารดังต่อไปนี้

1.1 รับประทานอาหารเป็นเวลา ไม่รับประทานจุจิก

1.2 ไม่รับประทานของหวาน ได้แก่ อาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทุกชนิด ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ลิ้นจี่ เป็นต้น

1.3 ไม่รับประทานอาหารประเภทแป้งมากเกินไป ในคนที่มีน้ำหนักมาก เกินมาตรฐาน

1.4 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ หรือสุราทุกชนิด

2. การใช้ยา ได้แก่ การรับยาอย่างสม่ำเสมอ หรือได้รับยาครบตามขนาด และชนิดที่แพทย์สั่ง

3. การออกกำลังกาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เหมาะสมกับสภาพร่างกาย มีความหนัก นาน และติดต่อกันนาน 30 - 60 นาที และอย่างน้อยจะต้องออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

4. การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป และการดูแลเท้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่รักษาความสะอาดของร่างกาย ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

4.1 อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

4.2 ดูแลบริเวณซอกอวัยวะต่าง ๆ เช่น ซอกรักแร้ ซอกขาหนีบและซอกนิ้วเท้า เป็นพิเศษ

4.3 เมื่อมีอาการเท้าชา ดูแลโดยการทำความสะอาดเท้าเป็นพิเศษ

4.4 สวมรองเท้าทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน

4.5 ยกเท้าสูง ขณะพักผ่อน

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินการปฏิบัติตน ต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ขอให้ผู้ประเมินนึกถึงการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การให้คะแนน

ให้เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องตรงกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย

- | | | |
|---|---------|--|
| 5 | หมายถึง | ผู้ป่วยปฏิบัติตนเป็นประจำ |
| 4 | หมายถึง | ผู้ป่วยปฏิบัติตนเกือบทุกครั้ง |
| 3 | หมายถึง | ผู้ป่วยปฏิบัติตนบ้าง ไม่ปฏิบัติตนบ้าง |
| 2 | หมายถึง | ผู้ป่วยปฏิบัติตนน้อยครั้ง |
| 1 | หมายถึง | ผู้ป่วยปฏิบัติตนน้อยครั้งที่สุด แทบจะไม่ปฏิบัติเลย |

พฤติกรรมที่ต้องการสังเกต	พฤติกรรมที่แสดงออกมา	ความถี่ของพฤติกรรม				
		5	4	3	2	1
1. การควบคุมอาหาร	1. รับประทานอาหารเป็นเวลา ไม่รับประทานจุจิก 2. รับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทุกชนิด เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน 3. รับประทานอาหารประเภทแป้งมากเกินไป เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว 4. รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน 5. รับประทานไขมัน เช่น น้ำมันจากสัตว์ ทุกครั้งที่ปรุงอาหาร 6. รับประทานพวกผักใบ เช่น ผักคะน้า ผักตำลึง บวบ 7. รับประทานผลไม้ประเภทมีกากที่ไม่หวานจัด เช่น ส้มชมพู ฝรั่ง วันละ 1-2 ผล 8. ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ หรือสุราทุกชนิด					

พฤติกรรมที่ต้องการสังเกต	พฤติกรรมที่แสดงออกมา	ความถี่ของพฤติกรรม				
		5	4	3	2	1
2. การใช้ยา	9. รับประทานยาหรือฉีดยาทุกวัน 10. รับประทานยาหรือฉีดยาครบตามขนาดที่แพทย์สั่ง 11. เมื่อรู้สึกไม่สบายเช่นเป็นไข้ ปวดเมื่อย จะงดฉีดยา หรือ งดรับประทานยาในวันนั้น					
3. การออกกำลังกาย	12. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 13. ออกกำลังกายหลังจากฉีดยา หรือ รับประทานยา 14. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็ยังคงออกกำลังกายเช่นเดิม 15. ออกกำลังกายนานครั้งละ 30-60 นาที 16. ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป					
4. การรักษาสุขอนามัยทั่วไป	17. อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง 18. แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง และ บ้วนปากหลังรับประทานอาหาร ทุกครั้ง 19. ทำความสะอาดบริเวณหลัง ซอกอับ เช่น ซอกรักแร้ ซอกขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นพิเศษ 20. สระผมอาทิตย์ละ 2 ครั้ง เป็นอย่างน้อย 21. แอนนัฟกัฟนัคคินละอย่างน้อย 8 ชั่วโมง 22. หลีกเลี่ยงเรื่องที่ทำให้เกิด ความเครียด					

พฤติกรรมที่ต้องการสังเกต	พฤติกรรมที่แสดงออกมา	ความถี่ของพฤติกรรม				
		5	4	3	2	1
5. การดูแลเท้า	23. ทำความสะอาดเท้า โดยการล้าง และฟอกสบู่ตามซอกนิ้วเท้า ฝ่าเท้าให้สะอาดแล้วซับให้แห้ง					
	24. ตรวจสอบบริเวณ ซอกนิ้วเท้าและส่วนต่างๆของเท้าอย่างละเอียดทุกวันว่ามีแผลอักเสบหรือไม่					
	25. ตัดเล็บสั้นจนชิดผิวหนัง					
	26. เมื่อมีอาการเท้าชา ดูแลโดยการบริหารเท้าและล้างทำความสะอาด แล้วเช็ดให้แห้งทุกครั้ง					
	27. สวมรองเท้าหุ้มส้นทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน					
	28. ยกเท้าสูง ขณะพักผ่อน					
	29. เมื่อตรวจพบว่ามีบาดแผล การอักเสบ ตุ่มหนองหรือเชื้อราสามารถรักษาได้เอง					
	รวม					

ตาราง 9 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อที่	t	ข้อที่	t
1	8.922	18	9.238
2	7.412	19	12.548
3	10.272	20	2.786
4	12.085	21	7.692
5	2.408	22	9.400
6	12.452	23	3.263
7	16.838	24	7.975
8	2.153	25	10.428
9	2.504	26	3.077
10	12.601	27	5.864
11	5.245	28	9.204
12	4.031	29	1.834
13	6.729	30	7.247
14	5.746	31	7.904
15	11.917	32	3.059
16	10.172	33	8.314
17	2.041		

ค่าความเชื่อมั่น = 0.9405

ตาราง 10 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินการปฏิบัติตนต่อการเป็น
โรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อที่	t	ข้อที่	t
1	4.103	16	1.818
2	2.817	17	3.652
3	4.107	18	3.397
4	4.023	19	5.204
5	1.793	20	2.596
6	3.928	21	4.325
7	4.241	22	7.162
8	3.270	23	6.474
9	5.969	24	6.071
10	4.842	25	3.705
11	3.270	26	1.995
12	24.249	27	3.869
13	11.784	28	3.405
14	13.093	29	2.332
15	4.495		

ค่าความเชื่อมั่น = 0.84

ตาราง 11 เปรียบเทียบความวิตกกังวล ต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในระยะเริ่มแรกที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ก่อน และ หลังการทดลอง

คนที่	คะแนนความวิตกกังวล		ผลต่างของคะแนน ความวิตกกังวล	อันดับ	R+	R-
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง				
1	144	74	+70	2.5	+2.5	-
2	141	71	+70	2.5	+2.5	-
3	129	61	+68	1	+1	-
4	153	70	+83	7	+7	-
5	144	64	+80	6	+6	-
6	142	63	+79	5	+5	-
7	143	66	+77	4	+4	-
รวม					28	0

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

T=0*

ตาราง 12 เปรียบเทียบการปฏิบัติตน ต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 ในระยะเริ่มแรกที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ก่อน และ หลังการทดลอง

คนที่	คะแนนการปฏิบัติตน		ผลต่างของคะแนน	อันดับ	R+	R-
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การปฏิบัติตน			
1	50	114	+64	4	+4	-
2	61	111	+50	1	+1	-
3	52	123	+71	7	+7	-
4	48	116	+68	6	+6	-
5	50	112	+62	3	+3	-
6	46	113	+67	5	+5	-
7	57	112	+55	2	+2	-
รวม					28	0

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

T=0*

ตาราง 13 เปรียบเทียบความวิตกกังวล ต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในระยะเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ก่อน และ หลังการทดลอง

คนที่	คะแนนความวิตกกังวล		ผลต่างของคะแนน ความวิตกกังวล	อันดับ	R+	R-
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง				
1	140	97	+43	5	+5	-
2	147	107	+40	3	+3	-
3	137	99	+38	2	+2	-
4	151	108	+43	5	+5	-
5	134	100	+34	1	+1	-
6	147	95	+52	7	+7	-
7	144	101	+43	5	+5	-
รวม					28	0

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

T=0*

ตาราง 14 เปรียบเทียบการปฏิบัติตน ต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 ในระยะเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ก่อน และ หลังการทดลอง

คนที่	คะแนนการปฏิบัติตนฯ		ผลต่างของคะแนน การปฏิบัติตนฯ	อันดับ	R+	R-
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง				
1	63	107	+44	1	+1	-
2	52	104	+52	6.5	+6.5	-
3	59	105	+46	2	+2	-
4	50	97	+47	3	+3	-
5	52	104	+52	6.5	+6.5	-
6	56	106	+50	4.5	+4.5	-
7	56	106	+50	4.5	+4.5	-
รวม					28	0

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

T=0*

ตาราง 15 เปรียบเทียบความวิตกกังวล ต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในระยะเริ่มแรก และ ระยะเรื้อรัง

กลุ่มทดลองที่ 1 คะแนนความวิตกกังวล ในระยะเริ่มแรก					กลุ่มทดลองที่ 2 คะแนนความวิตกกังวล ในระยะเรื้อรัง				
คนที่	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ผลต่างฯ	อันดับ	คนที่	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ผลต่างฯ	อันดับ
1	144	74	70	9.5	1	140	97	43	5
2	141	71	70	9.5	2	147	107	40	3
3	129	61	68	8	3	137	97	38	2
4	153	70	83	14	4	151	108	43	5
5	144	64	80	13	5	134	100	34	1
6	142	63	79	12	6	147	95	52	7
7	143	66	77	11	7	144	101	43	5
$\Sigma R_1 = 77$					$\Sigma R_2 = 28$				

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - \Sigma R_1$$

$$= 49 + 28 - 77 = 0$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - \Sigma R_2$$

$$= 49 + 28 - 28 = 49$$

$$U = 0^{**}$$

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 16 เปรียบเทียบการปฏิบัติตนฯ ต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในระยะเริ่มแรก และ ระยะเรื้อรัง

กลุ่มทดลองที่ 1 คะแนนการปฏิบัติตนฯ ในระยะเริ่มแรก					กลุ่มทดลองที่ 2 คะแนนการปฏิบัติตนฯ ในระยะเรื้อรัง				
คนที่	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ผลต่างฯ	อันดับ	คนที่	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ผลต่างฯ	อันดับ
1	50	114	64	11	1	63	107	44	1
2	61	111	50	5	2	52	104	52	7.5
3	52	123	71	14	3	59	105	46	2
4	48	116	68	13	4	50	97	47	3
5	50	112	62	10	5	52	104	52	7.5
6	46	113	67	12	6	56	106	50	5
7	57	112	55	9	7	56	106	50	5
$\Sigma R_1 = 74$					$\Sigma R_2 = 31$				

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - \Sigma R_1$$

$$= 49 + 28 - 74 = 3$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - \Sigma R_2$$

$$= 49 + 28 - 31 = 46$$

$$U = 3^{**}$$

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาคผนวก ข

1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวาน
2. ตารางการให้คำปรึกษา ในแต่ละสัปดาห์
3. ตัวอย่างโปรแกรมการให้คำปรึกษา
4. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อความวิตกกังวล และการ
ปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ครั้งที่	หัวข้อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
1	ปฐมนิเทศ และ เริ่มให้คำปรึกษา	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยที่มารับ คำปรึกษา กับผู้ให้ คำปรึกษา และสร้าง บรรยากาศในการให้ คำปรึกษา เพื่อให้ ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ไว้วางใจ และเป็น กันเอง ผู้ให้คำปรึกษา พร้อมที่จะให้ความ ร่วมมือในการปฏิบัติตน ต่อการเป็นโรคเบา หวาน และลดความ วิตกกังวลต่อการเป็น โรคเบาหวาน 2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบ วัตถุประสงค์ของการ ให้คำปรึกษา บทบาท และหน้าที่ของผู้ป่วย ตลอดจนรับทราบระยะ เวลา จำนวนครั้ง และสถานที่ในการรับ คำปรึกษา	1. ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำตัวเองให้ผู้ป่วย รู้จัก และให้ผู้ป่วยแนะนำตนเอง 2. ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายวัตถุประสงค์ ของการให้คำปรึกษา บทบาท และหน้าที่ของ ผู้รับคำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษา 3. ผู้ให้คำปรึกษาแจ้งโปรแกรมทั้งหมดใน กระบวนการให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ที่ได้ชี้แจงไป 4. ให้ผู้ป่วยระบุนเกี่ยวกับอาการวิตก กังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน เช่น อาการ ห่มนวมอง เสร้าซึม เคร่งเครียด หงุดหงิด อารมณ์เสียง่าย หวาดระแวง กระวนกระวาย เนื่องจากเป็นโรค เบาหวาน ฯลฯ และการปฏิบัติตนต่อการ เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งได้แก่การรับ ประทานอาหารเป็นเวลารับประทาน ของหวาน และรับประทานอาหารประเภท แป้งมากเกินไป การดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ การรับยาอย่างสม่ำเสมอ การรับยาครบตามขนาดที่แพทย์สั่ง การ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และ เหมาะสมกับร่างกาย อาบน้ำอย่างน้อย

ครั้งที่	หัวข้อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
2-6	ความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน	3. เพื่อให้ผู้ป่วยระบุงถึงความวิตกกังวลต่อโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข	วันละ 2 ครั้ง เมื่อมีอาการชา ดูแลโดยการแช่เท้าในน้ำอุ่น และทำความสะอาดเป็นพิเศษ 5. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยสรุปสาระที่ได้จากการให้คำปรึกษาครั้งนี้ แล้วผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม 6. นัดหมายครั้งต่อไป
		1. เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาแนวทางลดความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน และแก้ไขการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน 2. เพื่อพัฒนาการปฏิบัติของผู้ป่วยในการลดความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน	ตั้งแต่ครั้งที่ 2-6 ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาเช่นเดียวกัน โดยมีขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ทบทวนเรื่องราวในการให้คำปรึกษาครั้งที่แล้ว ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยระบุงอาการวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ถูกต้อง เรียงตามลำดับขั้นตอน ดังนี้ 2.1 ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการให้คำปรึกษาได้แก่ การฟัง การใช้คำถามปลายเปิด และปลายปิด ในการลดความวิตกกังวลในการเป็นโรคเบาหวานเน้นการ

ครั้งที่	หัวข้อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
			ใช้ลดความวิตกกังวลอย่างมีระบบ และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวาน เน้นการให้ตัวแบบ การเสริมแรงทางสังคม และการให้ข้อมูลย้อนกลับ 2.2 ให้ผู้ป่วยเรียงลำดับอาการของความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานที่ต้องการปรับปรุงแก้ไขมากที่สุด 2.3 ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ป่วยปรึกษาร่วมกันว่า ความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานที่ต้องการแก้ไอนั้น สามารถแก้ไขได้มากน้อยเพียงใด และต้องไม่ยากเกินกว่าที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติได้ 2.4 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยสำรวจความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยต้องการแก้ไขว่า มีสิ่งใด หรือเหตุการณ์ใดบ้างที่เกิดก่อนพฤติกรรมนั้น และผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังการแสดงนั้นเป็นอย่างไร 2.5 เมื่อผู้ป่วยเข้าใจถึงข้อดี ข้อเสียของความวิตกกังวล และการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานที่เป็นปัญหา และต้องการที่จะปรับปรุงแก้ไขแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาให้

ครั้งที่	หัวข้อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
			ผู้ป่วยทำสัญญา เพื่อที่จะดำเนินการลดความวิตกกังวล และแก้ไขการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานที่เป็นปัญหา 2.6 ผู้ให้คำปรึกษาให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ซึ่งมีวิธีการตามลำดับชั้น ดังนี้ 2.6.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยรับสิ่งเร้าที่ทำให้มีความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน จากนั้นค่อยๆ ลดไปหามากที่สุด และแสดงการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานที่ไม่ถูกต้อง 2.6.2 ผู้ให้คำปรึกษาค่อย ๆ เพิ่มสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และแสดงการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานตามตัวแบบทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ 2.6.3 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลอย่างมีระบบและการแสดงการปฏิบัติต่อการเป็นโรคเบาหวานตามตัวแบบ 2.6.4 ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้แรงเสริมทางสังคม

ครั้งที่	หัวข้อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
7	ยุติการให้คำปรึกษา และ ปัจฉิมนิเทศ	1. เพื่อให้ผู้ป่วยสรุปผล การเข้ารับคำปรึกษา เพื่อลดความวิตกกังวล ต่อการเป็นโรค - เบาหวาน และการ ปฏิบัติตนต่อการเป็น โรคเบาหวานที่ถูกต้อง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยประเมิน ตนเองเกี่ยวกับการให้ คำปรึกษา 3. เพื่อยุติการให้ คำปรึกษา	แก่ผู้ป่วยที่สามารถลดความวิตกกังวลต่อการ เป็นโรคเบาหวาน และผู้ป่วยที่สามารถ เลียนแบบการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรค เบาหวาน ที่พึงประสงค์ได้ ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้ คำปรึกษาให้ผู้ป่วยสรุปผลของการลดความ วิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน และผล ของการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน และแนวทางแก้ไขพฤติกรรมดังกล่าว แล้ว ผู้ให้คำปรึกษารูปเพิ่มเติม 1. ผู้ให้คำปรึกษาทบทวน และติดตาม เรื่องที่สนทนาค้างที่แล้ว 2. ให้ผู้ป่วยพิจารณาตนเองว่า ยังมี สิ่งใดที่ทำให้มีความวิตกกังวล และการปฏิบัติ ตนต่อการเป็นโรคเบาหวานไม่เหมาะสม 3. ให้ผู้ป่วยประเมินการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นภายหลังการให้คำปรึกษา 4. ให้ผู้ป่วยสรุปเรื่องที่ได้รับการให้ คำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษารูปเพิ่มเติม 5. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวขอขอบคุณผู้ป่วย และกล่าวปิดการให้คำปรึกษา

หมายเหตุ : การให้คำปรึกษาแต่ละครั้งใช้เวลา 50 นาที

ตาราง 17 การให้คำปรึกษาของกลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 ในแต่ละสัปดาห์

วัน	เวลา 07.00 - 07.50	08.00 - 08.50	13.00 - 13.50	14.00 - 14.50
จันทร์	คนที่ 1 (1)	คนที่ 2 (1)	คนที่ 3 (1)	คนที่ 4 (1)
อังคาร	คนที่ 1 (2)	คนที่ 2 (2)	คนที่ 3 (2)	คนที่ 4 (2)
พุธ	คนที่ 5 (1)	คนที่ 6 (1)	คนที่ 7 (1)	คนที่ 1 (1)
พฤหัสบดี	คนที่ 5 (2)	คนที่ 6 (2)	คนที่ 7 (2)	คนที่ 1 (2)
ศุกร์	คนที่ 3 (1)	คนที่ 4 (1)	คนที่ 3 (2)	คนที่ 4 (2)

หมายเหตุ (1) หมายถึง กลุ่มทดลองที่ 1

(2) หมายถึง กลุ่มทดลองที่ 2

การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อความวิตกกังวล และการปฏิบัติตน
ต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ครั้งที่ 1

เรื่อง ปฐมนิเทศ และเริ่มต้นให้คำปรึกษา

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยที่มารับคำปรึกษากับผู้ให้คำปรึกษา และสร้างบรรยากาศในการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ไร้กังวล และเป็นกันเองกับผู้ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการลดความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา บทบาท และหน้าที่ของผู้ป่วย ตลอดจนรับทราบระยะเวลา จำนวนครั้ง และสถานที่ในการรับคำปรึกษา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยระบุนถึงความวิตกกังวล ต่อการเป็นโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำตัวเองให้ผู้ป่วยรู้จัก และให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเอง โดยแจกกระดาษและปากกาแก่ผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเอง ดังนี้
 - 1.1 เขียนรายละเอียดเกี่ยวกับตนเอง เช่น ชื่อ - สกุล ชื่อเล่น อาหารที่ชอบ
 - 1.2 ในขณะที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลต้องการรับบริการด้านความสะอาดอะไรบ้าง เขียนมา 3 ข้อ เมื่อเขียนเสร็จให้เสนอต่อผู้ให้คำปรึกษา และร่วมกันสรุปวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย เป็นกันเองกับผู้ให้คำปรึกษา และได้เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของตนเองให้ผู้ให้คำปรึกษาทราบ
2. ผู้ให้คำปรึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา บทบาท และหน้าที่ของผู้รับคำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษา

3. ผู้ให้คำปรึกษา แจ้งโปรแกรมทั้งหมดในกระบวนการให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยเข้าใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ที่ได้ชี้แจงไป
4. ให้ผู้ป่วยระบุเกี่ยวกับอาหารวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน เช่น อาการหมอง เสร้าซึม เกร่งเครียด หงุดหงิด อารมณ์เสียว่าย หวาดระแวง กระวนกระวาย เนื่องจากเป็นโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหารเป็นเวลา รับประทานของหวาน และรับประทานอาหารประเภทแป้งมากเกินไป การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับยาอย่างสม่ำเสมอ การรับยาครบตามขนาดที่แพทย์สั่ง การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับร่างกาย อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เมื่อมีอาการชาดูแลโดยการแช่เท้าในน้ำอุ่น และทำความสะอาดเป็นพิเศษ
5. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยสรุปสาระที่ได้จากการให้คำปรึกษาครั้งนี้ แล้วผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม
6. นัดหมายครั้งต่อไป

อุปกรณ์ กระดาษ 1 แผ่น ปากกา 1 ด้าม

การประเมินผล

สังเกตจากความร่วมมือของผู้ป่วยและความกระตือรือร้นต่อการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 2

เรื่องการลดความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน

เวลาที่ใช้

50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาแนวทางในการลดความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวาน
2. ให้เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนในการลดความวิตกกังวล

อุปกรณ์

เครื่องบันทึกเสียง และแถบบันทึกเสียง

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษา ทบทวนติดตามผล เรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว
2. ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยระบุนอาการวิตกกังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานที่สำคัญๆ
3. ผู้ให้คำปรึกษาพิจารณาตัดสินใจว่าผู้รับคำปรึกษา สามารถนึกภาพสิ่งที่น่ากลัวได้หรือไม่ และจะสามารถทนต่อความวิตกกังวลได้เพียงใดในการจินตนาการถึงสิ่งนั้น
4. ให้ผู้ป่วยทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) เพื่อให้เกิดสภาวะของการผ่อนคลายอย่างเต็มที่ และไม่ให้ความเครียดเหลืออยู่
5. ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ป่วยช่วยกันพิจารณาความกลัวและเรื่องว่ากลัวอะไรมากที่สุด และน้อยที่สุดเรียงลำดับไป
6. ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยจินตนาการภาพความกลัวที่น้อยที่สุดก่อน แล้วต่อไปก็ค่อยๆ เคลื่อนไปยังความกลัวที่มากขึ้น จนกระทั่งในที่สุดผู้ป่วยจะสามารถนึกภาพที่น่ากลัวที่สุดได้โดยไม่มีความวิตกกังวลต่อไป
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

การประเมินผล

สังเกตจากความร่วมมือของผู้ป่วย และความกระตือรือร้นต่อการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 3

เรื่อง การปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมอาหาร และการสร้างสัญญา

เวลาที่ใช้

50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ช่วยพัฒนาการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ในเรื่อง การควบคุมอาหาร
2. เพื่อให้ผู้ช่วยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตามแผนที่ตนเองเป็นผู้กำหนด
3. เพื่อเป็นการผูกมัด ให้ผู้ช่วยปฏิบัติตามแผนที่ตนเองเป็นผู้กำหนด

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษา ทบทวนติดตามผลเรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว
2. ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้ช่วยระบุลักษณะการรับประทานอาหาร เวลา อาหาร แล้วให้ผู้ช่วยกำหนดแนวทาง ในการแก้ไขพฤติกรรม การรับประทานอาหารของตนเองว่าจะแก้ไขอย่างไร โดยผู้ให้ คำปรึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการวางแผนเพื่อพัฒนา พฤติกรรม การ ปฏิบัติตน ในการรับประทานอาหารว่าจะต้องอยู่ภายใต้ ขอบเขต ความสามารถของผู้ช่วย ที่จะปฏิบัติได้จริงและให้ผู้ช่วยเขียนแนวทาง ในการปฏิบัติกรับประทานอาหาร ในกระดาษที่ผู้ให้คำปรึกษาเตรียม ไว้ให้ หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาและผู้ช่วยร่วมกันพิจารณา แนวทาง ในการพัฒนาพฤติกรรม การรับประทานอาหารอีกครั้งหนึ่งว่า สามารถ ปฏิบัติได้จริงหรือไม่
3. ผู้ให้คำปรึกษา นำหนังสือสัญญา มาแสดงให้ผู้ช่วยดู พร้อมทั้งชี้แจง ให้เข้าใจว่า หนังสือสัญญานี้จะเป็นเครื่องยืนยันในความตั้งใจจริง ของผู้ช่วยที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ เพื่อพัฒนาพฤติกรรม การปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน แล้วจึงให้ผู้ช่วยเขียนข้อความ ลงใน หนังสือสัญญาจำนวน 2 ฉบับ (โดยใช้กระดาษคาร์บอน) โดย ให้ผู้ช่วยเก็บรักษาไว้ 1 ฉบับ และผู้ให้คำปรึกษาเก็บรักษาไว้ 1 ฉบับ

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง และ เทปบันทึกเสียง
2. วิดีทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหาร
3. แบบฟอร์มทำสัญญา เพื่อการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน

การประเมินผล

จากความสนใจ และความกระตือรือร้น ในการร่วมกิจกรรม

แบบฟอร์มคำสัญญาเพื่อการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อ นามสกุล

ได้ตัดสินใจปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่ วันที่ ... เดือน พ.ศ.

เป็นต้นไป ทั้งนี้ข้าพเจ้าจะตั้งใจมั่น และพยายามอย่างถึงที่สุด เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ

จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ให้สัญญา

()

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้ให้คำปรึกษา

()

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ พยาน

()

ลงชื่อ พยาน

()

ครั้งที่ 4

เรื่องการปฏิบัติตนในเรื่องการใช้ยา

เวลาที่ใช้

50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ช่วยพัฒนาการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน ในเรื่องการใช้ยา

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษา ทบทวนติดตามผลเรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว
2. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยระบุลักษณะการรับประทานยา, การฉีดยา อย่างสม่ำเสมอถูกวิธี ได้รับยาครบตามขนาดและชนิดที่แพทย์สั่ง แล้วให้ผู้ช่วยกำหนดแนวทาง ในการแก้ไขพฤติกรรมมารับยาของตนเองว่าจะแก้ไขอย่างไร โดยผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการวางแผน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมปฏิบัติตนในการรับยาว่า จะต้องอยู่ภายใต้ขอบเขต ความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติได้จริง หลังจากนั้น ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ป่วยร่วมกันพิจารณา แนวทางในการพัฒนาพฤติกรรม การรับยาอีกครั้งหนึ่งว่า สามารถปฏิบัติได้จริงหรือไม่
3. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ช่วยดูตัวแบบจาก วิดีทัศน์ แล้วให้ผู้ช่วยปฏิบัติตาม

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง และแถบบันทึกเสียง
2. วิดีทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตาม ในการรับยาโรคเบาหวาน

การประเมินผล

จากความสนใจ และความกระตือรือร้น ในการร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 5

เรื่องการปฏิบัติตนในเรื่องการออกกำลังกาย

เวลาที่ใช้

50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาแนวทางการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน
ในเรื่องการออกกำลังกาย

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษา ทบทวนติดตามผลเรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว
2. ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วย ระบุลักษณะการออกกำลังกาย เวลาที่ออกกำลังกาย , ติดต่อกันนานเท่าไร สัปดาห์ละกี่ครั้งและการออกกำลังกายที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาได้แก่ การฟัง การใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด การให้ดูตัวอย่างจากวิดีโอ การเสริมแรงทางสังคม และการให้ข้อมูลย้อนกลับ แล้วผู้ให้คำปรึกษา ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายว่า จะต้องอยู่ภายใต้ขอบเขต ความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติได้จริง
3. ให้ผู้ป่วยเรียงลำดับ การปฏิบัติตนในการออกกำลังกาย ที่ต้องการปรับปรุงแก้ไขมากที่สุด
4. ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ป่วยปรึกษาร่วมกันว่า การปฏิบัติตนในการออกกำลังกาย ในการเป็นโรคเบาหวานที่ต้องการแก้ไขนั้น สามารถแก้ไขได้มากน้อยเพียงใด และต้องไม่ยากเกินกว่าที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติได้
5. ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยสำรวจ การปฏิบัติตน ในการออกกำลังกาย ที่ผู้ป่วยต้องการแก้ไขว่ามีสิ่งใด หรือเหตุการณ์ใดบ้างที่เกิดก่อนพฤติกรรมนั้นและผลที่เกิดขึ้น ตามมาภายหลัง การแสดงนั้น เป็นอย่างไร
6. ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยดูตัวอย่างจากวิดีโอ ในเรื่องการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แล้วให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง และแถบบันทึกเสียง
2. วีดิทัศน์ เรื่องการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การประเมินผล

จากความสนใจ และความกระตือรือร้น ในการร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 6

เรื่องการปฏิบัติตนในการรักษาสุขอนามัยทั่วไป โดยเฉพาะการดูแลเท้า

<u>เวลาที่ใช้</u>	50 นาที
<u>วัตถุประสงค์</u>	เพื่อให้ผู้ช่วยพิจารณาแนวทางในการรักษาสุขอนามัยทั่วไป โดยเฉพาะการดูแลเท้า
<u>วิธีดำเนินการ</u>	1. ผู้ให้คำปรึกษา ทบทวนติดตามผลเรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว 2. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ช่วยระบุลักษณะการดูแลรักษาสุขอนามัยทั่วไป การรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลข้อเท้าต่างๆ, อาการเท้าชา, การสวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน, และการยกเท้าสูง ขณะพักผ่อน โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาได้แก่ การฟัง การใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด การให้ดูตัวแบบจากวิดีโอ การเสริมแรงทางสังคมและการให้ข้อมูลย้อนกลับ แล้วผู้ให้คำปรึกษา ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายว่า จะต้องอยู่ภายใต้ขอบเขต ความสามารถของผู้ช่วยที่จะปฏิบัติได้จริง การรักษาสุขอนามัยทั่วไป โดยเฉพาะการดูแลเท้า โดยอยู่ภายใต้ขอบเขตความสามารถของ ผู้ช่วยที่จะปฏิบัติได้จริง 3. ให้ผู้ช่วยเรียงลำดับการรักษาสุขอนามัยทั่วไป โดยเฉพาะการดูแลเท้า ที่ต้องการปรับปรุงแก้ไขมากที่สุด 4. ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ช่วยปรึกษาร่วมกันว่า การรักษาสุขอนามัยทั่วไป โดยเฉพาะการดูแลเท้า ในการเป็นโรคเบาหวานที่ต้องการแก้ไขนั้น สามารถแก้ไขได้ มากน้อยเพียงใดและต้องไม่ยากเกินกว่าที่ผู้ช่วยจะปฏิบัติได้ 5. ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้ช่วยสำรวจการรักษาสุขอนามัยทั่วไป โดยเฉพาะการดูแลเท้า ที่ผู้ช่วยต้องการแก้ไขว่ามีสิ่งใด หรือเหตุการณ์ใดบ้างที่

เกิดก่อนเหตุการณ์นั้น และผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลัง การแสดงนั้น
เป็นอย่างไร ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยดูตัวแบบจากวิดีโอ ในเรื่อง
การรักษาสุขอนามัยทั่วไป

6. โดยเฉพาะการดูแลเท้า

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง และแถบบันทึกเสียง

2. วิดีทัศน์ เรื่องการรักษาสุขอนามัยทั่วไป โดยเฉพาะการดูแลเท้า

การประเมินผล

จากความสนใจ และความกระตือรือร้น ในการร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 7

เรื่อง ยุติการให้คำปรึกษาและปัจฉิมนิเทศ

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสรุปผลการเข้ารับคำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวล ต่อการเป็นโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา
3. เพื่อยุติการให้คำปรึกษา

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษาทบทวน และติดตามเรื่องที่สนทนาครั้งที่แล้ว
2. ให้ผู้ป่วยพิจารณาตนเองว่า ยังมีสิ่งใดที่ทำให้มีความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวานไม่เหมาะสม
3. ให้ผู้ป่วยประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการให้คำปรึกษา
4. ให้ผู้ป่วยสรุปเรื่องที่ได้รับการให้คำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม
5. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวขอขอบคุณผู้ป่วยและกล่าวปิดการให้คำปรึกษา

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แถบบันทึกเสียง

การประเมินผล

สังเกตจากความร่วมมือของผู้ป่วยและความกระตือรือร้นต่อการให้คำปรึกษา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา	ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2 อาจารย์ไพศาล อ้นประเสริฐ	ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3 อาจารย์นงลักษณ์ นฤวัตร	ภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวกรองทอง คงไพบูลย์

เกิดวันที่ 15 เดือน ธันวาคม พุทธศักราช 2501

สถานที่เกิด จังหวัดแพร่

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 23/96 ซอยสิทธิชัย 4 ถนนกรุงเทพ - แนนบุรี
บางซื่อ กรุงเทพมหานคร 10800

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 5 ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลตากสิน หน่วยพักฟื้น วิสัญญีพยาบาล

ถนนสมเด็จพระเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2523

ประกาศนียบัตรพยาบาล อนามัยและผดุงครรภ์
จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ โรงพยาบาลกลาง

พ.ศ. 2529

พยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากศิริราชพยาบาล มหิดล

พ.ศ. 2537

กศ.ม (จิตวิทยาการแนะแนว) จากมหาวิทยาลัย-
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร