

5-1-2013

Self-management support interventions for type 2 diabetic patients

W. Jiamjarasrangi

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Jiamjarasrangi, W. (2013) "Self-management support interventions for type 2 diabetic patients," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 57: Iss. 3, Article 2.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.57.3.2

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol57/iss3/2>

This Special Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

กรอบแนวคิดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในคลินิก สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี*

Jiamjarasrangi W. Self-management support interventions for type 2 diabetic patients.

Chula Med J 2013 May – Jun; 57(3): 279 - 91

Self-management support is a major task of diabetes care providers to facilitate their patients in performing necessary self-care behaviors. Its implementation strategies should be, however, appropriate for typical clinical encounter which is busy and time limited. This article provides a conceptual framework of self-management support interventions for type 2 diabetic patients in clinical setting. Details about 3 intervention components including: (1) Educational intervention; (2) Behavioral change intervention, and; (3) Emotional/psychological support intervention are also described.

Keywords: *Conceptual model, type 2 diabetes, self management support.*

Reprint request: Jiamjarasrangi W. Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. October 14, 2011.

วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. กรอบแนวคิดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2556 พ.ศ. – ม.ย.; 57(3): 279 – 91

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองเป็นภารกิจที่สำคัญอย่างหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยกลยุทธ์การดำเนินการควรเหมาะสมกับสภาพของคลินิกบริการโดยทั่วไปซึ่งมักมีความคับคั่งและเร่งรีบ บทความนี้นำเสนอกรอบแนวคิดของการจัดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งรายละเอียดขององค์ประกอบย่อย 3 ด้านของมาตรการสนับสนุนอันประกอบด้วย (1) มาตรการด้านการให้ความรู้ (2) มาตรการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ (3) มาตรการด้านอารมณ์/จิตใจ

คำสำคัญ: กรอบแนวคิด, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง.

ภารกิจที่สำคัญอย่างหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยใช้รูปแบบการให้ความรู้ และการสนับสนุนการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและ ปฏิบัติได้จริงทั้งในยามปกติและในภาวะฉุกเฉิน⁽¹⁾

การให้การศึกษเพื่อกำหนดการจัดการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes self-management education หรือ DSME) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกราย โดยคำจำกัดความของการให้การศึกษเพื่อกำหนดการจัดการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง คือ กระบวนการต่อเนื่องในการส่งเสริมให้อำนาจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะและความสามารถที่จำเป็นต่อการจัดการดูแลโรคเบาหวานของตนเอง โดยจะต้องมีการนำความต้องการ เป้าหมาย และประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเข้าไปผสมผสานในกระบวนการนี้ด้วย รวมทั้งต้องวางอยู่บนรากฐานของมาตรฐานที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์โดยรวมของการให้การศึกษเพื่อกำหนดการจัดการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการดูแลรักษาโรค สามารถจัดการดูแลตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาและประสานการทำงานร่วมกับทีมบุคลากรด้านการแพทย์ โดยมีเป้าหมายท้ายสุด คือ การยกระดับคุณภาพผลลัพธ์การดูแลรักษา สถานะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽²⁾

เนื่องจากสภาพของคลินิกบริการมักมีความคับคั่ง และการพบปะระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านการแพทย์มักมีเวลาจำกัด ดังนั้นกลยุทธ์การดำเนินการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงควรสอดคล้องกับความจำกัดด้านเวลานี้ จึงจะนำไปปฏิบัติได้จริงและมีความยั่งยืนในระยะยาว

การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ (1) มาตรการด้านการให้ความรู้ (Educational intervention) (2) มาตรการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior change intervention) และ (3) มาตรการด้าน

อารมณ์/จิตใจ (Emotional/psychological support intervention)⁽¹⁾

มาตรการด้านการให้ความรู้ (Educational intervention)

การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเป็นรากฐานสำคัญต่อการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่การให้ความรู้เพียงลำพังไม่สามารถยกระดับผลลัพธ์การดูแลรักษาโรคได้ ดังนั้นมาตรการด้านการให้ความรู้จึงเป็นการให้ความรู้อย่างเพียงพอเท่าที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพผลลัพธ์การดูแลรักษาโรคต่อไป โดยองค์ความรู้ที่ควรจัดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรประกอบด้วย⁽²⁾

- การอธิบายเกี่ยวกับธรรมชาติและการดำเนินของโรคเบาหวาน และทางเลือกการดูแลรักษา
 - วิธีการผสมผสานด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเข้าในวิถีชีวิตประจำวัน
 - วิธีการผสมผสานด้านการเคลื่อนไหวออกแรงที่เหมาะสมเข้าในวิถีชีวิตประจำวัน
 - การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพด้านการรักษาอย่างสูงสุด
 - การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและตัวชี้วัดอื่น ๆ การแปลผลและการนำผลไปใช้ในการตัดสินใจด้านการจัดการดูแลตนเอง
 - การป้องกัน การเฝ้าระวัง และการรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
 - การป้องกัน การเฝ้าระวัง และการรักษาภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง
 - การพัฒนากลยุทธ์ส่วนบุคคลในการจัดการประเด็นหรือปัญหาด้านอารมณ์/จิตใจ
 - การพัฒนากลยุทธ์ส่วนบุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- บุคคลกลุ่มเป้าหมายของมาตรการด้านการให้ความรู้ นอกจากผู้ป่วยแล้วควรครอบคลุมถึงผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

แม้ว่าจะไม่มีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ดีที่สุด แต่ประสบการณ์ที่ผ่านมาบ่งชี้ว่ารูปแบบการเรียนการสอนที่มีการนำกลยุทธ์ด้านพฤติกรรมและจิตวิทยา มาผสมผสานด้วย จะทำให้ผลการเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งการแปลงกลยุทธ์เหล่านี้สู่การปฏิบัติคือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน (แทนการให้ความรู้โดยการสอนหน้าชั้น) การมีส่วนร่วมและการลงมือปฏิบัติของผู้เรียน การจัดชั้นเรียนเป็นกลุ่มเล็ก ๆ และการนำหลักการด้านการเสริมพลัง (Empowerment) มาประกอบในการจัดมาตรการด้านการให้ความรู้

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ทุกรายควรได้รับความรู้เหล่านี้ทั้งหมด แต่สำหรับผู้ป่วยรายเก่า อาจมีความรู้เหล่านี้อยู่แล้ว ในกรณีเช่นนี้อาจประเมินความรู้ที่มีอยู่แล้วและที่ต้องการเพิ่มเติมโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน เช่น แบบสอบถามวัดความรู้ทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน⁽³⁻⁶⁾ หลังจากนั้นก็ให้ความรู้เฉพาะในด้านที่ยังขาดอยู่เท่านั้น อันเป็นการประหยัดเวลาการให้บริการในคลินิกลงได้ระดับหนึ่ง

ตัวอย่างการให้ความรู้ในเชิงปฏิบัติ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการอาหารแลกเปลี่ยนและหน่วยนับอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทและปริมาณของอาหารที่ควรกินในแต่ละวัน อันจะส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประสบความสำเร็จมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่คิดว่าผักทองหรือข้าวโพดเป็นอาหารประเภทผัก จึงกินโดยไม่ควบคุมปริมาณ แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าใจอย่างถูกต้องว่าผักทองและข้าวโพดก็มีคาร์โบไฮเดรตเช่นกัน ซึ่งจำเป็นต้องควบคุมปริมาณการกินด้วย โดยอาศัยหลักการอาหารแลกเปลี่ยนในกลุ่มข้าว/แป้ง ก็ทำให้ผู้ป่วยกินอาหารได้อย่างเหมาะสม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้ในที่สุด

มาตรการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior change intervention)

วิธีการที่นำมาใช้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพอย่างแพร่หลาย สามารถสรุปรวมเป็นรูปแบบมาตรฐานที่มีขั้นตอนเป็นลำดับ 5 ขั้นตอนหลัก ๆ (The 5C intervention) ดังนี้

- 1) การกำหนดปัญหา (Constructing a problem definition)
 - 2) การร่วมตั้งเป้าหมาย (Collaborative goal setting)
 - 3) การร่วมหาแนวทางแก้ไข (Collaborative problem solving)
 - 4) การมีพันธะสัญญาด้านการปรับเปลี่ยน (Contracting for change)
 - 5) การสนับสนุนต่อเนื่อง (Continuing support)
- โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

1) การกำหนดปัญหา (Constructing a problem definition)

ขั้นตอนแรกของกระบวนการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การกำหนดปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องให้ความสำคัญ มิฉะนั้นจะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมล้มเหลวตั้งแต่ยังไม่เริ่มต้น โดยมีกุญแจสำคัญบางประการดังนี้

เริ่มจากปัญหาของผู้ป่วย หลักการนี้เป็นหัวใจสำคัญของการใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ทำให้เขาหนักใจ ควรจะเริ่มที่ปัญหาของเขา (ยกเว้นในกรณีที่บุคลากรด้านการแพทย์พบปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่อาจมีอันตรายถึงชีวิตและสวัสดิภาพ) วิธีการนี้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง และเพิ่มความเชื่อถือไว้วางใจที่ผู้ป่วยจะมีต่อบุคลากรด้านการแพทย์ อันจะนำมาซึ่งอิทธิพลหรือการมีบทบาทในการกำหนดชะตาชีวิตตนเองต่อไป

ระบุปัญหาอย่างจำเพาะและชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอยู่แล้ว ดังนั้นบุคลากรด้านการแพทย์ควรทำหน้าที่เป็นเพียงผู้เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเอง และกำหนดปัญหาได้ เพื่อสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับพฤติกรรมได้ วิธีที่จะทำให้

“การกำหนดปัญหา” เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น คือ การกำหนดปัญหาให้ชัดเจนและจำเพาะที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น การกำหนดปัญหาว่า “กินของขบเคี้ยวมากเกินไป” นั้นย่อมดีกว่า การกำหนดปัญหาว่า “ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการกินอาหารได้” และการกำหนดปัญหาว่า “กินของขบเคี้ยวหลังอาหารมื้อเย็นเป็นประจำ” ก็ย่อมดียิ่งขึ้นไปอีก สิ่งนี้คือปัญหาที่ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรด้านการแพทย์จะร่วมกันขบคิดได้

การระบุปัญหาอย่างจำเพาะชัดเจนนี้ยังเป็นการหลีกเลี่ยงมิให้ผู้ป่วยรู้สึก (อย่างท้อแท้สิ้นหวัง) ประหนึ่งว่าปัญหามีมากมายและใหญ่โตเกินกำลัง ซึ่งในความเป็นจริงนั้นปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยมักจะจำกัดอยู่ในแ่งมุมที่แคบลง⁽⁷⁾ เช่น ปัญหาเรื่องการชอบกินของขบเคี้ยวอาจแก้ไขได้เพียงการกำหนดสัดส่วนอาหารในแต่ละมื้อให้เหมาะสมเท่านั้น

2) การร่วมตั้งเป้าหมาย (Collaborative goal setting)

ความตั้งใจเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมดูแลตนเอง กิจกรรม “การตั้งเป้าหมาย” นั้นเป็นกระบวนการแปลงความตั้งใจด้านการจัดการดูแลตนเอง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยสู่การตั้งหรือกำหนดเป้าหมาย โดยพบว่าสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง เป้าหมายที่ตั้งขึ้นนี้ควรจะมีคุณสมบัติตาม SMART ดังนี้

- **จำเพาะ (specific)** คือ มีรากฐานอยู่บนการกระทำที่เป็นรูปธรรม (เช่น ไม่กินของขบเคี้ยวหลังอาหารมื้อเย็น) แทนหลักการที่เป็นนามธรรม (เช่น กินอาหารเพื่อสุขภาพ)

- **วัดได้ (measurable)** คือ สามารถบอกได้ว่ามากแค่ไหน บ่อยแค่ไหน (เช่น เดินนาน 1 ชั่วโมง จำนวน 3 วันต่อสัปดาห์)

- **มุ่งเน้นการกระทำ (action oriented)** คือ ตั้งเป้าหมายที่เป็นการกระทำ (เช่น ออกกำลังกาย) มากกว่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (เช่น ลดน้ำหนัก)

- **เป็นไปได้จริงๆ แต่ก็ยังมีความท้าทาย (realistic but challenging)** คือ ไม่ยากเกินไปจนทำให้

หมดกำลังใจแต่ก็ไม่ง่ายเกินไปจนไม่รู้สึกลำบากใจเมื่อทำสำเร็จ

- **กำหนดระยะเวลาบรรลุเป้าหมายชัดเจน (time frame)** เช่น บรรลุเป้าหมายภายใน 4 สัปดาห์ หรือ 3 เดือน

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรด้านการแพทย์ในขั้นตอนนี้ คือ ช่วยผู้ป่วยค้นหาก้าวแรกของการมุ่งสู่การดูแลตนเอง โดยอาจชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าอาจจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม แต่ขณะนี้ควรมุ่งความสนใจไปที่ก้าวแรกของการเปลี่ยนแปลงก่อนเพื่อที่จะเพิ่มโอกาสให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เริ่มขึ้นจริง ๆ

3) การร่วมหาแนวทางแก้ไข (Collaborative problem solving)

การจะบรรลุเป้าหมายได้นั้นต้องมีการตัดสินใจว่าจะแก้ไขปัญหาวัยวิธีการอย่างไรจึงจะบรรลุเป้าหมายเหล่านั้นได้⁽⁸⁾ ประสพการณ์ในอดีตบ่งชี้ว่าความสามารถในการแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์กับผลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และมาตรการด้านการร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหานี้เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพผลการดูแลรักษา โดยการแก้ไขปัญหานี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการต่าง ๆ อย่างกว้างขวางที่ผู้ป่วยจะต้องกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยเฉพาะกระบวนการที่เกี่ยวกับอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลง ได้แก่

3.1 การระบุอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย (Identify barriers to goal attainment)

อุปสรรคเป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดที่สำคัญยิ่งต่อการบรรลุ (หรือไม่บรรลุ) เป้าหมาย โดยประกอบด้วย

- **ด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitions)** เช่น ความเชื่อว่าการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ

- **ด้านอารมณ์ความรู้สึก (emotions)** เช่น การไม่มั่นใจในตนเอง

- **ด้านเครือข่ายสังคม (social networks)** เช่น ขาดการสนับสนุน

- **ด้านทรัพยากร (resources)** เช่น ไม่มีเวลาหรือเงิน

- **ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ** เช่น ไม่มีสถานที่หรืออุปกรณ์เครื่องมือการออกกำลังกาย

สิ่งที่สำคัญ คือ ไม่เพียงการค้นหาอุปสรรคเท่านั้น แต่จะต้องรวมถึงการค้นหาข้อเท็จจริงว่า ทำไมอุปสรรคเหล่านั้นจึงมาขัดขวางการบรรลุความสำเร็จ และขัดขวางอย่างไร ซึ่งข้อเท็จจริงเหล่านี้จะเสริมสร้างความสามารถในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อที่จะจัดการกับอุปสรรค

3.2 ร่าง/สร้างกลยุทธ์เพื่อการบรรลุสู่เป้าหมาย

(Formulate strategies to achieve the goal) ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะต้องตัดสินใจว่าจะทำให้บรรลุการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างไร ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการคิดหาหนทางบรรลุเป้าหมายด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งตามหลักการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้น บุคลากรด้านการแพทย์จะเป็นผู้ซักถามคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างและพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับวิธีการหรือทางเลือกได้ ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือด้านการวางแผนเอาชนะอุปสรรคที่ค้นพบ รวมทั้งวิธีการที่จะทำให้ประสบความสำเร็จเช่นเดียวกับครั้งก่อน ๆ

การเอาชนะอุปสรรคได้นั้นต้องใช้กลยุทธ์เชิงรุก (การพยายามขจัดอุปสรรคแต่เนิ่น ๆ ล่วงหน้าตั้งแต่อุปสรรคยังไม่เกิดขึ้น) และกลยุทธ์เชิงรับ (สิ่งที่จะกระทำเมื่อมีอุปสรรคเกิดขึ้นจริง ๆ) โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ที่จำเพาะสำหรับอุปสรรคแต่ละด้านที่เขาเห็นว่าสำคัญ หากผู้ป่วยเคยประสบความสำเร็จมาก่อนหน้านี้ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ก็ควรจะเสริมเติมต่อขึ้นจากความสำเร็จนี้ อันจะเป็นการเพิ่มความถี่หรือโอกาสความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

พึงสังเกตว่ามีความแตกต่างกันอยู่ระหว่างสิ่งที่เพิ่งกล่าวมานี้ (อันหมายถึง “ความสำเร็จ”) กับการค้นหาสภาพการณ์ที่ปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้น (อันหมายถึง “ความล้มเหลว”) การมุ่งเน้นที่ความสำเร็จมีประโยชน์ในการเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ซึ่งความมั่นใจตนเองด้าน

การดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเองนี้จะเป็นสิ่งช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นได้ดียิ่งขึ้น และมาตรการสนับสนุนการดูแลตนเองโดยการส่งเสริมความมั่นใจตนเองนั้นสามารถยกระดับผลการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยเบาหวานได้จริง

4) การมีพันธะสัญญาด้านการปรับเปลี่ยน

(Contracting for change)

ในขั้นตอนนี้ ควรให้ผู้ป่วยให้คำมั่นสัญญาเกี่ยวกับเป้าหมาย และกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนอย่างจำเพาะ รวมถึงระยะเวลาที่จะเริ่มต้น โดยทั่วไปจะเป็นประโยชน์มากหากเขียนข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ซึ่งบางครั้งเรียกเอกสารนี้ว่า “พันธะสัญญาด้านพฤติกรรม” ที่บ่งบอกถึงสิ่งที่ผู้ป่วย (และบุคลากรด้านการแพทย์) จะกระทำ จุดสำคัญของพันธะสัญญามีอยู่คือการมีผลบังคับใช้ แต่อยู่ที่การทำให้บทบาทความรับผิดชอบเป็นไปอย่างเปิดเผยชัดเจน ผู้ป่วยควรได้รับสำเนาเอกสารพันธะสัญญานี้ด้วยเพื่อเป็นสิ่งย้ำเตือนความจำ

การให้คำมั่นสัญญาและปฏิบัติตามคำมั่นสัญญาที่ให้กับตนเองนี้ ในทางจิตศาสตร์และพุทธศาสตร์ถือว่าเป็นวิธีการสร้างสมกำลังจิตหรือกำลังใจวิธีหนึ่ง⁽⁹⁾ หากบุคคลปฏิบัติเป็นประจำโดยเริ่มจากคำมั่นสัญญาที่ปฏิบัติได้ง่าย ๆ แล้วเพิ่มความยากของคำมั่นสัญญาขึ้นเป็นลำดับอย่างเหมาะสม จะให้บุคคลมีกำลังจิตหรือกำลังใจที่เข้มแข็งมากขึ้นเรื่อย ๆ อันจะเป็นสิ่งเกื้อหนุนให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนนิสัยหรือพฤติกรรมไปในทิศทางที่พึงประสงค์ได้โดยง่ายต่อไป เปรียบเหมือนกับนักเพาะกายที่เริ่มต้นด้วยการยกตุ้มน้ำหนักขนาดเล็กเบา ๆ เป็นประจำ แล้วค่อย ๆ เพิ่มน้ำหนักของตุ้มน้ำหนักขึ้นทีละเล็กละน้อยก็จะทำให้กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่และแข็งแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ และสามารถยกของหนัก ๆ ได้โดยง่าย

การติดตามผลลัพธ์ (Track outcomes)

บุคลากรด้านการแพทย์ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเขียนบันทึกสิ่งที่ทำสำเร็จแล้วและสิ่งที่ยังทำไม่สำเร็จไว้ รวมทั้งเหตุผลที่ทำให้เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นด้วย (สิ่งที่เอื้ออำนวย

และสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ) ผลลัพธ์ที่ไม่คาดหมายของการเฝ้าติดตามพฤติกรรมของตนเองนี้ประการหนึ่ง คือ การเพิ่มความระมัดระวังตื่นตัวและความสนใจต่อการมุ่งสู่เป้าหมาย ซึ่งสามารถเอื้ออำนวยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยทบทวนผลการบันทึกติดตามของตนเองเป็นระยะ ๆ และพูดคุยเกี่ยวกับความก้าวหน้ากับบุคลากรด้านการแพทย์ในการพบปะกันแต่ละครั้ง หากเป็นไปได้ควรขอให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับบุคลากรด้านการแพทย์เพื่อบอกกล่าวความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนในระหว่างช่วงก่อนถึงกำหนดนัดหมาย โดยเฉพาะเมื่อกำหนดนัดพบครั้งต่อไปมีระยะเวลาห่างออกไปเป็นเดือน ๆ

รูปแบบหนึ่งของการติดตามผลลัพธ์โดยการจดบันทึก คือ การจดบันทึกการกินอาหารประจำวัน ซึ่งโดยทั่วไปบุคลากรด้านการแพทย์ยังใช้ประโยชน์จากวิธีการนี้ไม่เต็มที่ เนื่องจากเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการจดบันทึก (อาจเนื่องจากสายตาไม่ดี ระดับการรู้หนังสือต่ำ และ/หรือไม่ถนัดการคำนวณตัวเลข) แต่จากประสบการณ์ทางเวชปฏิบัติพบว่าหากบุคลากรด้านการแพทย์มีการติดตามตรวจสอบจดบันทึก และให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างเหมาะสม และปฏิบัติได้จริงกับผู้ป่วยว่าควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารอย่างไรบ้าง จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญ รวมทั้งได้รับประโยชน์จากการจดบันทึกการกินอาหารประจำวันอย่างมาก เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีสติกับการเลือกกินอาหารมากขึ้น⁽¹⁰⁾

หากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมิได้เป็นไปตามที่คาดหมาย ผู้ป่วยและบุคลากรด้านการแพทย์ควรหารือกันว่าจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตามกลยุทธ์การมุ่งสู่เป้าหมายที่เลือกไว้อย่างเข้มงวดมากขึ้นหรือไม่ หรือควรปรับเปลี่ยนหรือยกเลิกกลยุทธ์หรือไม่ (ควรเลือกกระทำเป็นลำดับขั้น) ควรพิจารณาหากกลยุทธ์ทางเลือกใหม่หากกลยุทธ์เดิมไม่ได้ผลและจำเป็นต้องยกเลิก ในกรณีเช่นนี้บุคลากรด้านการแพทย์ควรนำพาผู้ป่วยสู่วงล้อของการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรอบใหม่จากจุดนั้น ๆ

ให้รางวัลความสำเร็จ (Rewarding success)

การให้รางวัลกับความสำเร็จในระดับต่าง ๆ สามารถเป็นสิ่งที่จูงใจสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แต่รางวัลไม่ควรเป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับเป้าหมายความสำเร็จ (เช่น ไม่ควรใช้การเลี้ยงฉลองสำหรับการประสบความสำเร็จด้านการควบคุมอาหาร) ควรมีการระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนในพันธะสัญญาด้านพฤติกรรม

อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปหากบุคคลทำสิ่งใดสำเร็จตามที่ได้ให้คำมั่นสัญญากับตนเองไว้ ก็มักจะมีความรู้สึกปลื้มปิติภายในจิตใจของตนเองอยู่ระดับหนึ่งแล้วจึงอาจไม่จำเป็นต้องพึ่งพารางวัลจากสิ่งภายนอกก็ได้

5) การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (Continuing support)

มาตรการสนับสนุนระยะยาวจะมีประสิทธิภาพต่อผลการดูแลรักษาโรคเบาหวานมากกว่ามาตรการระยะสั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่คาดหมายได้ล่วงหน้าอยู่แล้วสำหรับการจัดการกับโรคเรื้อรัง ดังนั้นจึงควรวางแผนการป้องกันการกลับมาเป็นพฤติกรรมแบบเดิมซ้ำอีก (relapse prevention) เนื่องจากความพลัดพลั้งล้มเหลวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคน เช่น ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีบางช่วงเวลาที่กลับไปมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่มากพอ สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การเตรียมผู้ป่วยให้สามารถรับมือกับความพลัดพลั้งล้มเหลวนั้นได้ โดยการสามารถรับรู้ได้ว่าเมื่อความพลัดพลั้งล้มเหลวเกิดขึ้นแล้ว ญุณแจสำคัญที่จะหลีกเลี่ยงความหดหู่เศร้าใจและการกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมคือการฟื้นฟูกิจกรรมการดูแลตนเองขึ้นมาดำเนินการใหม่ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถมองหาสิ่งรับมือเพื่อป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิม รวมทั้งการกระตุ้นเสริมเชิงบวกเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

วิธีการหนึ่งที่อาจช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยได้ในระยะยาว ก็คือ การยกตัวอย่างผู้ป่วยต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลจัดการตนเอง รวมทั้งตัวอย่างอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับโรคและการเจ็บป่วยโดยตรง เช่น ชีวิตและการต่อสู้บุคคลสำคัญของโลกหรือของสังคม หรือผู้พิการทพพลภาพที่ไม่ยอมแพ้หรือย่อท้อ

ต่อชีวิต ซึ่งบุคคลเหล่านี้มักจะต้องเผชิญกับความล้มเหลวและล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่า แต่ก็ยังยืนหยัดสู้ชีวิตจนประสบความสำเร็จได้ในที่สุด ซึ่งแรงบันดาลใจเหล่านี้จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เช่นเดียวกัน ดังตัวอย่างการสนับสนุนให้กำลังใจที่ใช้ในเว็บไซต์ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเว็บไซต์หนึ่ง⁽¹¹⁾

มาตรการสนับสนุนด้านอารมณ์/จิตใจ (Emotional/psychological support intervention)

ความเครียดด้านอารมณ์ เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการดูแลรักษา และคุณภาพชีวิต โดยความเครียดด้านนี้อาจเป็นความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน หรือความเครียดด้านที่เป็นอาการแสดงของโรคทางจิตเวช ดังนั้นการค้นหาและการจัดการความเครียดด้านอารมณ์ จึงเป็นกุญแจหลักของมาตรการการดูแลรักษาประการหนึ่ง แม้ในสภาพที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอก็ตาม ดังนั้นบุคลากรด้านการแพทย์จึงควรจะสามารถ

1. ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน
2. ใช้มาตรการขั้นปฐมภูมิในการบรรเทาความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน
3. ปฏิบัติรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อบรรเทาหรือลดความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน
4. ค้นหาความผิดปกติทางจิตเวช
5. ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการปฏิบัติรักษากับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสุขภาพจิต ในกรณีที่จำเป็น

การที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก อาจมีสาเหตุจากความเครียดด้านอารมณ์ การที่แพทย์มุ่งการใช้ยาควบคุมเบาหวานเป็นหลัก โดยละเลยปัญหาความเครียดอาจทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ผล ต่อเมื่อปัญหาความเครียดด้านอารมณ์ได้รับการค้นพบ และการจัดการดูแลอย่างเหมาะสม

จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

กระบวนการสนับสนุนด้านอารมณ์/จิตใจนั้นมีลำดับเป็นขั้นตอนเช่นเดียวกับมาตรการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงดำเนินการได้ง่าย โดยทั่วไปควรเลือกมาตรการง่าย ๆ ที่ดำเนินการได้ในระหว่างการตรวจตามนัดปกติก่อนจะเลือกใช้มาตรการเข้มข้น ซึ่งอาจต้องส่งต่อไปบำบัดรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง บุคลากรด้านการแพทย์ควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่ขั้นตอนที่ 3 หรือ 4 (ดังกล่าวข้างต้น) ไปเลย

1) การค้นหาผู้ป่วยที่มีความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองลดลง ดังนั้นสัญญาณอันหนึ่งที่อาจบ่งบอกว่าผู้ป่วยกำลังมีความเครียดคือความไม่เต็มใจหรือไม่สามารถดูแลตนเองอย่างกระตือรือร้นทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงออกถึงความเครียดนี้ออกมาเองเลย ในรูปความหุนหันเกี่ยวกับความสามารถด้านการจัดการโรคเบาหวานของตน นอกจากนี้ยังสามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีความเครียดนี้ด้วยการถามคำถาม ที่ถูกออกแบบมาเพื่อค้นหาแหล่งและระดับความรุนแรงของความเครียดต่อไปนี้

- คุณมีปัญหาด้านการยอมรับการเป็นโรคเบาหวานของตนเองหรือไม่?
- คุณรู้สึกเกินกำลังหรือหมดแรงจากภาระด้านการจัดการโรคเบาหวานของตนเองหรือไม่?
- คุณได้รับการสนับสนุนตามความต้องการจากครอบครัวสำหรับการจัดการโรคเบาหวานของตนเองหรือไม่?
- คุณรู้สึกวิตกกังวลว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือไม่?

แบบสอบถาม 20 ข้อเกี่ยวกับปัญหาด้านโรค

เบาหวาน (Problem Areas in Diabetes หรือ PAID)^(12,13) สามารถใช้ในการประเมินความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานอย่างเป็นหลักการ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลากรอกประมาณ 5 นาที และสามารถวิเคราะห์ประมวลผลเสร็จสิ้นใน 2 นาที ดังนั้นผู้ป่วยและบุคลากรด้านการแพทย์จึงสามารถกรอกแบบสอบถามและใช้ผลการวิเคราะห์ในการหารือภายในการนัดพบครั้งเดียวกัน

2) มาตรการขั้นปฐมภูมิในการบรรเทาความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

กระบวนการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นสามารถนำมาใช้ในการเอาชนะปัญหาความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานได้เช่นเดียวกัน เนื่องจากกระบวนการนี้เป็นการนำกลยุทธ์อย่างจำเพาะมาใช้เพื่อหนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่จำเพาะ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจถูกรุมเร้าจากความเครียดจนไม่สามารถเพิ่มขีดความสามารถด้านการดูแลตนเองได้อีกต่อไป ในกรณีเช่นนี้จึงจำเป็นต้องนำมาตรการสนับสนุนการรับมือทางอารมณ์ (emotional coping) มาใช้ รูปแบบหนึ่งของมาตรการกลุ่มนี้คือ การพูดคุยกับตนเอง หรือ “self-talk” (สิ่งที่เขาพูดคุยกับตัวเอง) ซึ่งจะช่วยเสริมหนุนการรับมือทางอารมณ์ได้และเป็นรากฐานของการบำบัดรักษาแบบ cognitive behavioral therapy (CBT) ซึ่งกำลังเป็นที่ยอมรับ

การบำบัดรักษาแบบ cognitive behavioral therapy (CBT) จะช่วยให้บุคคลสามารถค้นหาความคิดด้านลบ (และมักจะไม่เป็นความจริง) ที่นำไปสู่ความเครียด ลดแรงกดดันจิตใจ เกิดความเชื่อใจในการดูแลตนเอง (เช่น ฉันจะไม่มีทางที่จะทำสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมได้เลย) การบำบัดรักษาแบบนี้ยังช่วยผู้ป่วยในการค้นหามุมมองเชิงบวกที่เป็นจริงเกี่ยวกับปัญหาด้านโรคเบาหวาน และปฏิบัติตามหรือนำมุมมองใหม่นี้ไปประยุกต์ใช้ อันจะช่วยบรรเทาความเครียด เกิดแรงกดดันจิตใจ และเสริมส่งความกระตือรือร้นด้านการดูแลตนเองยิ่งขึ้น หลักการบำบัดรักษาแบบ cognitive behavioral therapy

(CBT) นี้ตรงไปตรงมา และบุคลากรด้านการแพทย์สามารถนำการบำบัดรักษานี้ไปใช้ในการทำงานร่วมกับผู้ป่วย

การบำบัดรักษาแบบ cognitive behavioral therapy (CBT) ยังสามารถนำไปใช้ในด้านอื่น ๆ ที่แม้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองจะไม่ใช่วิธีหลัก โดยมาตรการแต่ละมาตรการจะมุ่งเน้นที่แหล่งของความเครียดด้านโรคเบาหวานต่างแหล่งกัน บุคลากรด้านการแพทย์ควรประยุกต์ใช้มาตรการที่มุ่งไปที่แหล่งของความเครียดที่เป็นปัญหามากที่สุด (เช่น ไม่มั่นใจตนเองในการจัดการดูแลตนเอง หรือไม่มีแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

การเสริมหนุนความมั่นใจที่จำเพาะกับโรคเบาหวาน (Enhancing diabetes-specific self-efficacy) ความมั่นใจตนเองหรือความรู้สึกสามารถควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวที่ลดลง จึงเป็นเป้าหมายที่เหมาะสมของมาตรการดำเนินการ เทคนิคที่ได้ผลดีในการเสริมหนุนความมั่นใจตนเอง คือ การมุ่งเน้นที่ความสำเร็จในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยเฉพาะความสำเร็จที่เกิดขึ้นกับสิ่งที่เป็นปัญหามาก ๆ (ดูที่ขั้นตอนที่ 3 ของการสนับสนุนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมข้างต้น) การช่วยผู้ป่วยค้นหาความสำเร็จของตนเองด้านการดูแลตนเองสามารถกระตุ้นวงจรเชิงบวกของการมองโลกในแง่ดี ความกระตือรือร้น และความสำเร็จยิ่งขึ้น

การหนุนเสริมความคาดหวังที่เป็นไปได้จริง (Encouraging realistic expectations) ดังได้กล่าวข้างต้นแล้วว่าการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้จริงเป็นองค์ประกอบหลักของขั้นตอนการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทำนองเดียวกัน การคาดหวังด้านการดูแลตนเองอย่างที่เป็นไปได้จริง คือ ภูมิจำกัดของทักษะการรับมือด้านอารมณ์ การคาดหวังที่ไม่สอดคล้องกับความจริง (เช่น คาดหวังว่าจะออกกำลังกายครบทุกวัน หรือจะกินให้พอเหมาะพอดีทุก ๆ วัน) นั้น ทำให้มีแนวโน้มสูงที่ผู้ป่วยจะพบว่าความพยายามของเขาประสบความสำเร็จล้มเหลว ซึ่งจะเป็นการเริ่มต้นของวงจรความรู้สึกผิด การปรักปรำตนเอง

ความหุดหู่ และความล้มเหลวในอนาคต เพื่อที่จะได้กลับผลลบเหล่านี้ จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักในเป้าหมายที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและมุ่งเน้นที่ความสำเร็จในภาพรวมเป็นหลัก โดยบุคลากรด้านการแพทย์ควรเน้นย้ำความเป็นจริงที่ว่า “การหลุดหรือความพลัดพลั้ง” เป็นเรื่องปกติ และไม่มีเหตุผลที่จะต้องหมดกำลังใจและล้มเลิกความพยายาม กฎเหล็ก คือจะต้องลุกขึ้นใหม่และเข้าสู่เส้นทางแห่งความพยายามให้ได้อีกต่อไป

การกระตุ้นเสริมแรงบันดาลใจ (Enhancing motivation) การจัดการโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับแรงบันดาลใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และเทคนิคการบำบัดที่เรียกว่า motivational interviewing สามารถนำมาใช้ในการกระตุ้นเสริมแรงบันดาลใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ เทคนิคนี้จะช่วยผู้ป่วยในการค้นหาและหนุนเสริมเหตุผลความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อตัวผู้ป่วยเอง และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหนึ่ง ๆ บุคลากรด้านการแพทย์สามารถมีบทบาทหลักในการสรุปความคิดเห็นที่สะท้อนออกมา (reflection) ของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อดี-ข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (โดยเน้นย้ำที่ข้อดี)

3) การค้นหาความผิดปกติทางจิตเวช

หากมาตรการด้านการบรรเทาความเครียดขึ้นที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่ประสบผลดี อาจเกิดจากผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตเวช ทั้งนี้เนื่องจากความซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนต่อผลการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชแบบอื่น ๆ (เช่น ความผิดปกติด้านการกินอาหาร หรือ eating disorder และโรควิตกกังวล) มักจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ดังนั้นบุคลากรด้านการแพทย์ควรถือว่าโรคหรือภาวะซึมเศร้าเป็นเป้าหมายหลักที่ต้องมีการประเมินและจัดการบำบัดรักษา

การใช้แนวทางการวินิจฉัยโรคที่เป็นมาตรฐานจะช่วยให้การวินิจฉัยโรค หรือภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง

บุคลากรด้านการแพทย์สามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้โดยการถามคำถาม 2 ข้อเกี่ยวกับอารมณ์ (mood) และภาวะกระสันยินดี (anhedonia) (ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition [DSM-IV])⁽¹⁴⁾ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่สำคัญ ดังนี้ “ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีความรู้สึกหุดหู่ ซึมเศร้า หรือสิ้นหวังหรือไม่? และ “ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณหมดความสนุกหรือความสนใจในการทำสิ่งต่าง ๆ หรือไม่?” หากผู้ป่วยตอบว่า “ใช่” สำหรับคำถามข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ก็เป็นสัญญาณบ่งบอกว่าควรจะสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการที่เหลือ 7 ประการตาม DSM-IV ซึ่งแบบสอบถาม 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9)⁽¹⁵⁾ มีประโยชน์ในการใช้คัดกรองผู้ป่วย เนื่องจากข้อคำถามสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ DSM-IV ซึ่งผลการประเมินจะบ่งบอกทั้งระดับความรุนแรงและประเภทการวินิจฉัยของโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV

4) การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการปฏิบัติรักษากับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช

บุคลากรด้านการแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจวินิจฉัยโรคหรือภาวะซึมเศร้าได้ แต่อาจไม่มีเวลาหรือทรัพยากรอย่างเพียงพอในการบำบัดรักษา ในกรณีเช่นนี้ควรพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษากับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสุขภาพจิต แต่มีข้อเท็จจริงบางประการที่บุคลากรด้านการแพทย์จะต้องตระหนักไว้ไม่ว่าเขาจะรักษาภาวะซึมเศร้าเอง หรือส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชบำบัดรักษา กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถบำบัดรักษาอย่างได้ผลดีด้วยการให้ยาหรือการให้คำปรึกษา

ยาต้านภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันบ่อย ๆ ในวงการแพทย์ทุกชนิดมักใช้รักษาภาวะซึมเศร้าได้ดีพอ ๆ กัน ดังนั้นการสั่งใช้ยาชนิดใดนั้นขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย (เช่น ประสิทธิภาพการให้ยาเหล่านี้ในอดีต ฐานะทางการเงิน และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น)

ในผู้มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดี การให้คำแนะนำปรึกษา (โดยเฉพาะแบบ cognitive behavioral therapy หรือ CBT) เป็นทางเลือกการบำบัดรักษาที่ดีกว่า (อาจจะใช้เป็นมาตรการบำบัดรักษาตามลำพังหรือร่วมกับการใช้ยา) เนื่องจากการรักษาด้วยยาอาจจะทำให้อาการซึมเศร้าบรรเทาลงแต่อาจไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น

โปรแกรมการบำบัดรักษาแบบ cognitive behavioral therapy (CBT) จะใช้เวลาสั้น ๆ และเมื่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น บุคลากรด้านการแพทย์ผู้ดูแลโรคเบาหวานอาจจะให้การสนับสนุนที่จำเป็นด้านอารมณ์และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป แต่บุคลากรด้านการแพทย์ควรตระหนักถึงความจริงว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะเรื้อรังที่การกลับมีอาการซ้ำเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นบ่อย ดังนั้นจึงควรเฝ้าติดตามการกลับมีอาการซึมเศร้าซ้ำอย่างระมัดระวัง

สรุป

กลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังกล่าวข้างต้นมีความสอดคล้องกับทฤษฎีและรูปแบบด้านพฤติกรรมศาสตร์อันเป็นสากล ทั้งปฏิบัติได้จริงและสามารถนำไปดำเนินการได้ในการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยทั่วไป กลยุทธ์นี้สามารถใช้ได้ผลดีทั้งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลรักษาโรค แม้ว่าการดำเนินการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองโดยใช้กลยุทธ์นี้จะต้องอาศัยความชำนาญ แต่ก็ก็เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการด้านโรคเบาหวานสามารถฝึกฝนเรียนรู้ได้โดยง่ายหากมีแรงบันดาลใจเพียงพอ ตารางที่ 1 เป็นรูปแบบโดยง่ายของขั้นตอนการสนับสนุนการดูแลตนเองโดยใช้กลยุทธ์นี้ ซึ่งการสอบถามและการช่วยเหลือผู้ป่วยในประเด็นที่เป็นปัญหาของเขาแบบนี้สามารถเสริมส่งให้บุคลากรด้านการแพทย์ที่ดูแลโรคเบาหวานยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาได้โดยอาศัยเวลาและทรัพยากรอื่น ๆ เพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 1. แสดงมาตรการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและด้านอารมณ์ - ด้วยวิธีการเป็นลำดับขั้นตอน

มาตรการ	ตัวอย่างคำถาม
มาตรการมุ่งการแก้ไขปัญหา	
1. เริ่มต้นด้วยปัญหาของผู้ป่วย	"สิ่งที่ยากที่สุดในการจัดการโรคเบาหวานของคุณคืออะไร?"
2. ระบุปัญหาให้เฉพาะชัดเจน	"คุณยกตัวอย่างใหม่/ดิฉันฟังได้ไหม?"
3. ตีกรอบเป้าหมายที่เหมาะสม	"เป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคุณคืออะไร?"
4. ค้นหาอุปสรรคต่อการมุ่งสู่เป้าหมาย	"มันเป็นไปได้จริง ๆ ไหม?" "สิ่งใดที่อาจขัดขวางการบรรลุเป้าหมายของคุณ?" "ทำไมสิ่งนี้จึงอาจขัดขวางการบรรลุเป้าหมายของคุณ?"
5. สร้างกลยุทธ์การบรรลุสู่เป้าหมาย	"คุณสามารถเอาชนะอุปสรรคขัดขวางการบรรลุเป้าหมายได้อย่างไร?" "คุณเคยประสบความสำเร็จในการเกี่ยวข้องกับปัญหานี้มาก่อนหรือไม่?" "วิธีการนั้นจะได้ผลดีอีกไหมสำหรับครั้งนี้?"
6. พันธะสัญญาสำหรับการเปลี่ยนแปลง	"เกณฑ์การกำหนดความสำเร็จของคุณคืออะไร?" "คุณจะให้รางวัลตนเองสำหรับความสำเร็จครั้งนี้ได้อย่างไร?"
7. การติดตามผลลัพธ์	"คุณจะทำอย่างไรหากพลาดพลังหรือล้มเหลวจากการบรรลุเป้าหมายของคุณ?"
8. การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง	"คุณจะทำอย่างไรหากพลาดพลังหรือล้มเหลวจากการบรรลุเป้าหมายของคุณ?" "ผม/ดิฉันจะช่วยเหลือคุณได้อย่างไรบ้าง?"

ตารางที่ 1. แสดงมาตรการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและด้านอารมณ์ - ด้วยวิธีการเป็นลำดับขั้นตอน (ต่อ)

มาตรการ	ตัวอย่างคำถาม
มาตรการที่มุ่งเน้นด้านอารมณ์	
9. ค้นหาความเครียดที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	"คุณรู้สึกหมดกำลังใจเพราะโรคเบาหวานไหม?" หรือ "การจัดการโรคเบาหวานเป็นสิ่งที่เกินกำลังสำหรับคุณไหม?"
10. บรรเทาความเครียดที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	"คุณบอกตนเองอย่างไรเมื่อคุณประสบผลสำเร็จ/ไม่ประสบผลสำเร็จในการจัดการกับความท้าทายของโรคเบาหวาน?"
11. ค้นหาภาวะซึมเศร้า	"ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกซึมเศร้า หมดความสนใจ หรือความสนุกสนานในสิ่งต่าง ๆ ไหม?"
12. บำบัดรักษาหรือส่งต่อไปรับการบำบัดรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง	"คุณต้องการพูดคุยกับคนที่อาจสามารถช่วยคุณแก้ไขปัญหานี้ได้หรือไม่?"

อ้างอิง

- Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: a conceptual review. *Diabetes Care* 2007 Oct; 30(10): 2433-40
- American Association of Diabetes Educators. AADE position statement. Individualization of diabetes self-management education. *Diabetes Educ* 2007 Jan;33(1):45-9
- Diabetes and Hormone Center of the Pacific. Diabetes Knowledge Test [online]. 1996 [cited 2011 Jun 14]. Available from: <http://www.endocrinologist.com/diabtest.htm>
- Fitzgerald JT, Funnell MM, Hess GE, Barr PA, Anderson RM, Hiss RG, Davis WK. The reliability and validity of a brief diabetes knowledge test. *Diabetes Care* 1998 May; 21(5): 54
- The University of Michigan Health System. The Michigan Diabetes Research and Training Center (MDRTC). Diabetes Knowledge Test (DKT) [online]. 2011 [cited 2011 Jun 14]. Available from: <http://www.med.umich.edu/mdrtc/profs/survey.html#dkt>
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ, สาริณีย์ กฤตยานันต์, อัญชลี วรรณภิญโญ. การสร้างและทดสอบความตรงของเครื่องมือเพื่อใช้วัดความรู้ทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *ไทยเภสัชสาร* 2547; 28(1 - 2): 17 - 29
- Orme CM, Binik YM. Consistency of adherence across regimen demands. *Health Psychol* 1989; 8(1): 27 - 43
- Schreurs KM, Colland VT, Kuijer RG, de Ridder DT, van Elderen T. Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Educ Couns* 2003 Oct; 51(2):133-41
- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. ทศบารมีในพระพุทธรูป. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์มกุฏราชวิทยาลัย, 2534:75-6
- The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group: The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention.

- Diabetes Care 2002 Dec; 25(12): 2165–71
11. Spark People, Inc. SPARKPEOPLE. [online].
[cited 2010 Jun 14]. Available from: <http://www.sparkpeople.com/>
12. Welch GW, Jacobson AM, Polonsky WH. The Problem Areas in Diabetes Scale. An evaluation of its clinical utility. Diabetes Care 1997 May; 20(5): 760-6
13. งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ฐานข้อมูลเครื่องมือการวิจัย. อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, ผู้แปล. The Problem Areas in Diabetes Questionnaire (Thai Version) 2007 [ออนไลน์]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิถุนายน 2553]. เข้าถึงได้จาก: http://www.jibjoi.com/research/view_form_t.php?ID=17&Lang=th
14. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
15. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999 Nov 10; 282(18): 1737–44