

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. - มิ.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 และการสนับสนุนการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและปฏิบัติได้จริงทั้งในยามปกติและในภาวะฉุกเฉิน⁽¹⁾

การให้การศึกษาก็เพื่อการจัดการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes self-management education หรือ DSME) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกราย โดยคำจำกัดความของการให้การศึกษาก็เพื่อการจัดการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง คือ กระบวนการต่อเนื่องในการส่งเสริมให้อำนาจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะและความสามารถที่จำเป็นต่อการจัดการดูแลโรคเบาหวานของตนเอง โดยจะต้องมีการนำความต้องการ เป้าหมาย และประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเข้าไปผสมผสานในกระบวนการนี้ด้วย รวมทั้งต้องวางอยู่บนรากฐานของมาตรฐานที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์โดยรวมของการให้การศึกษาก็เพื่อการจัดการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง 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
 - การใช้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพด้านการรักษาอย่างสูงสุด
 - การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและตัวชี้วัดอื่น ๆ การแปลผลและการนำผลไปใช้ในการตัดสินใจด้านการจัดการดูแลตนเอง
 - การป้องกัน การเฝ้าระวัง และการรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
 - การป้องกัน การเฝ้าระวัง และการรักษาภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง
 - การพัฒนากลยุทธ์ส่วนบุคคลในการจัดการประเด็นหรือปัญหาด้านอารมณ์/จิตใจ
 - การพัฒนากลยุทธ์ส่วนบุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- บุคคลกลุ่มเป้าหมายของมาตรการด้านการให้ความรู้ นอกจากผู้ป่วยแล้วควรครอบคลุมถึงผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

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

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ทุกราย ควรได้รับความรู้เหล่านี้ทั้งหมด แต่สำหรับผู้ป่วยรายเก่า อาจมีความรู้เหล่านี้อยู่แล้ว ในกรณีเช่นนี้อาจประเมินความรู้ที่มีอยู่แล้วและที่ ต้องการเพิ่มเติมโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน 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 เพื่อสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ วิธีที่จะทำให้

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

การระบุปัญหาอย่างจำเพาะชัดเจนนี้ยังเป็นการหลีกเลี่ยงมิให้ผู้ช่วยรู้สึก (อย่างท้อแท้สิ้นหวัง) ประหนึ่งว่าปัญหามีมากมายและใหญ่โตเกินกำลัง ซึ่งในความเป็นจริงนั้นปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยมักจะจำกัดอยู่ในแ่งมุมที่แคบลง⁽⁷⁾ เช่น ปัญหาเรื่องการชอบกินของขบเคี้ยวอาจแก้ไขได้เพียงการกำหนดสัดส่วนอาหารในแต่ละมื้อให้เหมาะสมเท่านั้น

2) การร่วมตั้งเป้าหมาย (Collaborative goal setting)

ความตั้งใจเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมดูแลตนเอง กิจกรรม “การตั้งเป้าหมาย” นั้นเป็นกระบวนการแปลงความตั้งใจด้านการจัดการดูแลตนเอง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยสู่การตั้งหรือกำหนดเป้าหมาย โดยพบว่าสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง เป้าหมายที่ตั้งขึ้นนี้ควรมีคุณสมบัติตาม 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 แต่ก็ยังมีความน่าท้าทาย (realistic but challenging)** คือ ไม่ยากเกินไปจนทำให้

หมดกำลังใจแต่ก็ไม่ง่ายเกินไปจนไม่รู้สึกภูมิใจเมื่อทำสำเร็จ

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

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรด้านการแพทย์ในขั้นตอนนี้ คือ ช่วยผู้ป่วยค้นหาก้าวแรกของการมุ่งสู่การดูแลตนเอง โดยอาจชี้ให้ผู้ช่วยเห็นว่าอาจจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม แต่ขณะนี้ควรมุ่งความสนใจไปที่ก้าวแรกของการเปลี่ยนแปลงก่อนเพื่อที่จะเพิ่มโอกาสให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เริ่มขึ้นจริง ๆ

3) การร่วมหาแนวทางแก้ไข (Collaborative problem solving)

การจะบรรลุเป้าหมายได้นั้นต้องมีการตัดสินใจว่าจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการอย่างไรจึงจะบรรลุเป้าหมายเหล่านั้นได้⁽⁸⁾ ประสพการณ์ในอดีตบ่งชี้ว่าความสามารถในการแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์กับผลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และมาตรการด้านการร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหานี้เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพผลการดูแลรักษา โดยการแก้ไขปัญหานี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการต่าง ๆ อย่างกว้างขวางที่ผู้ป่วยจะต้องกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยเฉพาะกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลง 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
สิ่งที่สำคัญคือ ไม่เพียงการค้นหาอุปสรรคเท่านั้น แต่จะต้องรวมถึงการค้นหาข้อเท็จจริงว่า ทำไมอุปสรรคเหล่านี้จึงมาขัดขวางการบรรลุความสำเร็จ และขัดขวางอย่างไร ซึ่งข้อเท็จจริงเหล่านี้จะเสริมส่งความสามารถในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อที่จะจัดการกับอุปสรรค

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

การดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเองนี่จะเป็นสิ่งช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นได้ดียิ่งขึ้น และมาตรการสนับสนุนการดูแลตนเองโดยการส่งเสริมความมั่นใจตนเองนั้นสามารถยกระดับผลการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยเบาหวานได้จริง

4) การมีพันธะสัญญาด้านการปรับเปลี่ยน

(Contracting for change)

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

การให้คำมั่นสัญญาและปฏิบัติตามคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้กับตนเองนี้ ในทางจิตศาสตร์และพุทธศาสตร์ถือว่าเป็นวิธีการสร้างสมกำลังจิตหรือกำลังใจวิธีหนึ่ง⁽⁹⁾ หากบุคคลปฏิบัติเป็นประจำโดยเริ่มจากคำมั่นสัญญาที่ปฏิบัติได้ง่าย ๆ แล้วเพิ่มความยากของคำมั่นสัญญาขึ้นเป็นลำดับอย่างเหมาะสม จะให้บุคคลมีกำลังจิตหรือกำลังใจที่เข้มแข็งมากขึ้นเรื่อย ๆ อันจะเป็นสิ่งเกื้อหนุนให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนนิสัยหรือพฤติกรรมไปในทิศทางที่พึงประสงค์ได้โดยง่ายต่อไป เปรียบเหมือนกับนักเพาะกายที่เริ่มต้นด้วยการยกตุ้มน้ำหนักขนาดเบา ๆ เป็นประจำ แล้วค่อย ๆ เพิ่มน้ำหนักของตุ้มน้ำหนักขึ้นทีละเล็กละน้อยก็จะทำให้กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่และแข็งแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ และสามารถยกของหนัก ๆ ได้โดยง่าย

การติดตามผลลัพธ์ (Track outcomes)

บุคลากรด้านการแพทย์ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเขียนบันทึกสิ่งที่ทำสำเร็จแล้วและสิ่งที่ยังทำไม่สำเร็จไว้ รวมทั้งเหตุผลที่ทำให้เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นด้วย (สิ่งที่เอื้ออำนวย

และสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ) ผลลัพธ์ที่ไม่คาดหมายของการเฝ้าติดตามพฤติกรรมของตนเองนี้ประการหนึ่ง คือ การเพิ่มความระมัดระวังตื่นตัวและความสนใจต่อการมุ่งสู่เป้าหมาย ซึ่งสามารถเอื้ออำนวยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยควรส่งเสริมให้ผู้่วยทบทวนผลการบันทึกติดตามของตนเองเป็นระยะ ๆ และพูดคุยเกี่ยวกับความก้าวหน้ากับบุคลากรด้านการแพทย์ในการพบปะกันแต่ละครั้ง หากเป็นไปได้ควรขอให้ผู้่วยติดต่อกับบุคลากรด้านการแพทย์เพื่อบอกกล่าวความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนในระหว่างช่วงก่อนถึงกำหนดนัดหมาย โดยเฉพาะเมื่อกำหนดนัดพบครั้งต่อไปมีระยะเวลาห่างออกไปเป็นเดือน ๆ

รูปแบบหนึ่งของการติดตามผลลัพธ์โดยการจดบันทึก คือ การจดบันทึกการกินอาหารประจำวัน ซึ่งโดยทั่วไปบุคลากรด้านการแพทย์ยังใช้ประโยชน์จากวิธีการนี้ไม่เต็มที่ เนื่องจากเข้าใจว่าผู้่วยโรคเบาหวานมักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการจดบันทึก (อาจเนื่องจากสายตาไม่ดี ระดับการรู้หนังสือต่ำ และ/หรือไม่ถนัดการคำนวณตัวเลข) แต่จากประสบการณ์ทางเวชปฏิบัติพบว่าหากบุคลากรด้านการแพทย์มีการติดตามตรวจสมุดบันทึก และให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างเหมาะสม และปฏิบัติได้จริงกับผู้่วยว่าควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารอย่างไรบ้าง จะทำให้ผู้่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญ รวมทั้งได้รับประโยชน์จากการจดบันทึกการกินอาหารประจำวันอย่างมาก เนื่องจากทำให้ผู้่วยมีสติกับการเลือกกินอาหารมากขึ้น⁽¹⁰⁾

หากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมิได้เป็นไปตามที่คาดหมาย ผู้่วยและบุคลากรด้านการแพทย์ควรหารือกันว่าจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตามกลยุทธ์การมุ่งสู่เป้าหมายที่เลือกไว้อย่างเข้มงวดมากขึ้นหรือไม่ หรือควรปรับเปลี่ยนหรือยกเลิกกลยุทธ์หรือไม่ (ควรเลือกกระทำเป็นลำดับขั้น) ควรพิจารณาหากกลยุทธ์ทางเลือกใหม่หากกลยุทธ์เดิมไม่ได้ผลและจำเป็นต้องยกเลิก ในกรณีเช่นนี้บุคลากรด้านการแพทย์ควรนำพาผู้่วยสู่วงล้อของการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรอบใหม่จากจุดนั้น ๆ

ให้รางวัลความสำเร็จ (Rewarding success)

การให้รางวัลกับความสำเร็จในระดับต่าง ๆ สามารถเป็นสิ่งจูงใจสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แต่รางวัลไม่ควรเป็นสิ่งตรงข้ามกับเป้าหมายความสำเร็จ (เช่น ไม่ควรใช้การเลี้ยงฉลองสำหรับการประสบความสำเร็จด้านการควบคุมอาหาร) ควรมีการระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนในพันธะสัญญาด้านพฤติกรรม

อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปหากบุคคลทำสิ่งใดสำเร็จตามที่ได้ให้คำมั่นสัญญากับตนเองไว้ ก็มักจะมีความรู้สึกปลื้มปิติภายในจิตใจของตนเองอยู่ระดับหนึ่งแล้วจึงอาจไม่จำเป็นต้องพึ่งพารางวัลจากสิ่งภายนอกก็ได้

5) การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (Continuing support)

มาตรการสนับสนุนระยะยาวจะมีประสิทธิภาพต่อผลการดูแลรักษาโรคเบาหวานมากกว่ามาตรการระยะสั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่คาดหมายได้ล่วงหน้าอยู่แล้วสำหรับการจัดการกับโรคเรื้อรัง ดังนั้นจึงควรวางแผนการป้องกันการกลับมา มีพฤติกรรมแบบเดิมซ้ำอีก (relapse prevention) เนื่องจากความพลัดพลั้งล้มเหลวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคน เช่น ผู้่วยแต่ละคนอาจมีบางช่วงเวลาที่กลับไปมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่มากพอ สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การเตรียมผู้่วยให้สามารถรับมือกับความพลัดพลั้งล้มเหลวนั้นได้ โดยการสามารถรับรู้ได้ว่าเมื่อความพลัดพลั้งล้มเหลวเกิดขึ้นแล้ว กฎเกณฑ์สำคัญที่จะหลีกเลี่ยงความหดหู่รันทใจและการกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมคือการฟื้นฟูกิจกรรมการดูแลตนเองขึ้นมาดำเนินการใหม่ การช่วยเหลือให้ผู้่วยสามารถมองหาสิ่งรับมือเพื่อป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิม รวมทั้งการกระตุ้นเสริมเชิงบวกเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

วิธีการหนึ่งที่อาจช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้่วยได้ในระยะยาว ก็คือ การยกตัวอย่างผู้่วยต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลจัดการตนเอง รวมทั้งตัวอย่างอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับโรคและการเจ็บป่วยโดยตรง เช่น ชีวิตและการต่อสู้บุคคลสำคัญของโลกหรือของสังคม หรือผู้พิการทพพลภาพที่ไม่ยอมแพ้หรือย่อท้อ

ต่อชีวิต ซึ่งบุคคลเหล่านี้มักจะต้องเผชิญกับความสำเร็จและล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่า แต่ก็ยังยืนหยัดสู้ชีวิตจนประสบความสำเร็จได้ในที่สุด ซึ่งแรงบันดาลใจเหล่านี้จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เช่นเดียวกัน ดังตัวอย่างการสนับสนุนให้กำลังใจที่ใช้ในเว็บไซต์ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเว็บไซต์หนึ่ง⁽¹¹⁾

มาตรการสนับสนุนด้านอารมณ์/จิตใจ (Emotional/psychological support intervention)

ความเครียดด้านอารมณ์ เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ผลการดูแลรักษา และคุณภาพชีวิต โดยความเครียดด้านนี้อาจเป็นความเครียดด้านที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน หรือความเครียดด้านที่เป็นอาการแสดงของโรคทางจิตเภท ดังนั้นการค้นหาและการจัดการความเครียดด้านอารมณ์ จึงเป็นกุญแจหลักของมาตรการการดูแลรักษาประการหนึ่ง แม้ในสภาพที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอก็ตาม ดังนั้นบุคลากรด้านการแพทย์จึงควรจะสามารถ

1. ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเครียดด้านที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน
2. ใช้มาตรการขั้นปฐมภูมิในการบรรเทาความเครียดด้านที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน
3. ปฏิบัติรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อบรรเทาหรือลดความเครียดด้านที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน
4. ค้นหาความผิดปกติทางจิตเวช
5. ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการปฏิบัติรักษากับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสุขภาพจิต ในกรณีที่เป็น

การที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก อาจมีสาเหตุจากความเครียดด้านอารมณ์ การที่แพทย์มุ่งการใช้ยาควบคุมเบาหวานเป็นหลัก โดยละเลยปัญหาความเครียดอาจทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ผล ต่อเมื่อปัญหาความเครียดด้านอารมณ์ได้รับการค้นพบ และการจัดการดูแลอย่างเหมาะสม

จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

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

1) การค้นหาผู้ป่วยที่มีความเครียดด้านที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

ความเครียดด้านที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองลดลง ดังนั้นสัญญาณอันหนึ่งที่อาจบ่งบอกว่าผู้ป่วยกำลังมีความเครียดด้านคือความไม่เต็มใจหรือไม่สามารถดูแลตนเองอย่างกระตือรือร้นทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงออกถึงความเครียดด้านนี้ออกมาเองเลยในรูปความหดหู่เกี่ยวกับความสามารถด้านการจัดการโรคเบาหวานของตน นอกจากนี้ยังสามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีความเครียดด้านนี้ด้วยการถามคำถาม ที่ถูกออกแบบมาเพื่อค้นหาแหล่งและระดับความรุนแรงของความเครียดด้านต่อไปนี้

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

แบบสอบถาม 20 ข้อเกี่ยวกับปัญหาด้านโรค

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

2) มาตรการขั้นปฐมภูมิในการบรรเทาความเครียดที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

กระบวนการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นสามารถนำมาใช้ในการเอาชนะปัญหาความเครียดที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานได้เช่นเดียวกัน เนื่องจากกระบวนการนี้เป็นการนำกลยุทธ์อย่างจำเพาะมาใช้เพื่อกระตุ้นให้เกิดผลลัพธ์ที่จำเพาะ 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 ลดแรงกดดันใจ เกิดความเชื่อใจในการดูแลตนเอง (เช่น ฉันจะไม่มีทางที่จะทำสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมได้เลย) การบำบัดรักษาแบบนี้ยังช่วยผู้ป่วยในการค้นหามุมมองเชิงบวกที่เป็นจริงเกี่ยวกับปัญหาด้านโรคเบาหวาน และปฏิบัติตามหรือนำมุมมองใหม่นี้ไปประยุกต์ใช้ อันจะช่วยบรรเทาความเครียด เกิดแรงกดดันใจ และเสริมส่งความกระตือรือร้นด้านการดูแลตนเองยิ่งขึ้น หลักการบำบัดรักษาแบบ cognitive behavioral therapy

(CBT) นี้ตรงไปตรงมา และบุคลากรด้านการแพทย์สามารถนำการบำบัดรักษาไปใช้ในการทำงานร่วมกับผู้ป่วย

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

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

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

ความหุดหู่ และความล้มเหลวในอนาคต เพื่อที่จะได้กลับผลลบเหล่านี้ จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักในเป้าหมายที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและมุ่งเน้นที่ความสำเร็จในภาพรวมเป็นหลัก โดยบุคลากรด้านการแพทย์ควรเน้นย้ำความเป็นจริงที่ว่า “การหลุดหรือความพลาดพลั้ง” เป็นเรื่องปกติ และไม่มีเหตุผลที่จะต้องหมัดกำลังใจและล้มเลิกความพยายาม กฎเหล็กคือจะต้องลุกขึ้นใหม่และเข้าสู่เส้นทางแห่งความพยายามให้ได้ต่อไป

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

3) การค้นหาความผิดปกติทางจิตเวช

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

การใช้แนวทางการวินิจฉัยโรคที่เป็นมาตรฐานจะช่วยในการวินิจฉัยโรค 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 แต่มีข้อเท็จจริงบางประการที่บุคลากรด้านการแพทย์จะต้องตระหนักไว้ในใจไม่ว่าเขาจะรักษาภาวะซึมเศร้าเอง 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 "มันเป็นไปได้จริง ๆ ไหม?"	"เป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคุณคืออะไร?"
4. ค้นหาอุปสรรคต่อการมุ่งสู่เป้าหมาย	"สิ่งใดที่อาจขัดขวางการบรรลุสู่เป้าหมายของคุณ?" "ทำไมสิ่งนี้จึงอาจขัดขวางการบรรลุสู่เป้าหมายของคุณ?"
5. สร้างกลยุทธ์การบรรลุสู่เป้าหมาย	"คุณสามารถเอาชนะอุปสรรคขัดขวางการบรรลุสู่เป้าหมายได้อย่างไร?" "คุณเคยประสบความสำเร็จในการเกี่ยวข้องกับปัญหานี้มาก่อนหรือไม่?" "วิธีการนั้นจะได้ผลดีอีกไหมสำหรับครั้งนี้?"
6. พันธะสัญญาสำหรับการเปลี่ยนแปลง	"เกณฑ์การกำหนดความสำเร็จของคุณคืออะไร?" "คุณจะให้รางวัลตนเองสำหรับความสำเร็จครั้งนี้ได้อย่างไร?"
7. การติดตามคุณผลลัพธ์	"คุณจะทำตามความก้าวหน้าของความพยายามของคุณอย่างไร?"
8. การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง	"คุณจะทำอย่างไรหากพลาดพลังหรือล้มเหลวจากการบรรลุเป้าหมายของคุณ?" "ผม/ดิฉันจะช่วยเหลือคุณได้อย่างไรบ้าง?"

ตารางที่ 1. แสดงมาตรการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและด้านอารมณ์ - ด้วยวิธีการเป็นลำดับขั้นตอน (ต่อ)

มาตรการ	ตัวอย่างคำถาม
มาตรการที่มุ่งเน้นด้านอารมณ์	
9. ค้นหาความเครียดที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	"คุณรู้สึกหมดกำลังใจเพราะโรคเบาหวานไหม?" หรือ "การจัดการโรคเบาหวานเป็นสิ่งเกินกำลังสำหรับคุณไหม?"
10. บรรเทาความเครียดที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	"คุณบอกตนเองอย่างไรเมื่อคุณประสบความสำเร็จ/ไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับความท้าทายของโรคเบาหวาน?"
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/diabetest.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 วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 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
- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา, ทศบารมีในพระพุทธศาสนาเถรวาท, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาภูมิภววิทยาลัย์, 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. อภิญญา 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