

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังงา ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายและชนิดของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ
 - 1.3 ผลกระทบของโรคเบาหวาน
2. พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 2.2 การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 2.3 การประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกาย
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 3.1 ความหมายและระดับของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 3.2 ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 3.3 หลักการพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 3.4 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ความหมาย และชนิดของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญการวินิจฉัยและแบ่งชนิดของโรคเบาหวาน (The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003) ได้ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่า เป็นกลุ่มโรคทางการเผาผลาญ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งของ

อินซูลิน หรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองปัจจัยร่วมกัน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association [ADA], 2008) ได้จำแนกโรคเบาหวานออกเป็น 4 ประเภท ตามลักษณะพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type I diabetes mellitus), โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type II diabetes mellitus), โรคเบาหวานชนิดอื่นๆ (other specific types of diabetes) และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus [GDM]) สำหรับในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพบโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้อาจพบโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดอื่นๆ ได้ แต่พบได้น้อยเพียงร้อยละ 5-10 เท่านั้น (Sinclair, 2003)

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุเป็นผลจากปัจจัย 2 ประการ ร่วมกัน ได้แก่ ความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อนซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะขาดอินซูลิน (insulin deficiency) และการออกฤทธิ์ของอินซูลินบกพร่อง ซึ่งทำให้เนื้อเยื่อไวต่ออินซูลินลดลง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ มีภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) เกิดขึ้น (อภริดี ศรีวิจิตรกมล และ สุทิน ศรีอัมภพพร, 2548) นอกจากนั้นแล้วอาจเป็นผลจากปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ภาวะโรคอ้วนลงพุง หรือปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ขาดการมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและพลังงานในปริมาณมาก เข้ามามีส่วนร่วมสำคัญด้วย (สารัช สุนทรโยธิน, 2549)

ภาวะพร่องอินซูลินในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เกิดจากตับอ่อนเสื่อมสภาพตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องจากการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ส่งผลให้เบต้าเซลล์หลั่งอินซูลินลดลง มีปริมาณไม่เพียงพอที่จะนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ และไม่เพียงพอที่จะยับยั้งกระบวนการผลิตกลูโคสที่ตับ ทำให้ร่างกายมีความต้องการใช้กลูโคสที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้แอลฟาเซลล์ (alpha cell) หลั่งฮอร์โมนกลูคากอน (glucagon) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีหน้าที่เพิ่มกลูโคสในกระแสเลือด หรือออกฤทธิ์ด้านอินซูลินเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (สมนึก กุลสติดพร, 2549)

ส่วนภาวะดื้ออินซูลิน เกิดขึ้นเนื่องจากปริมาณมวลกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ปริมาณมวลไขมันเพิ่มขึ้น โดยปริมาณไขมันที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เป็นไขมันในช่องท้อง (visceral fat) ซึ่งเป็นไขมันที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้ร่างกายเกิดภาวะดื้ออินซูลินขึ้น (สารัช สุนทรโยธิน, 2549; อภริดี ศรีวิจิตรกมล และ สุทิน ศรีอัมภพพร, 2548; Macor, Ruggeri, Mazzonetto, Federspil, Cobelli, & Vettor, 1997) เมื่อมีภาวะดื้ออินซูลิน ร่วมกับมี

ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้เบต้าเซลล์หลังอินซูลินลดลง เพื่อชดเชยภาวะดื้ออินซูลิน เกิดกระบวนการผลิตกลูโคสใหม่ (gluconeogenesis) ที่ตับ ทำให้มีการผลิตกลูโคสที่ตับเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงปริมาณมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง ทำให้การนำกลูโคสไปใช้ของเซลล์ร่างกายลดลงไปด้วย เนื่องจากกล้ามเนื้อเป็นอวัยวะหลักในการนำเอาน้ำตาลไปใช้ถึงร้อยละ 80 หลังจากได้รับกลูโคส นอกจากนั้นแล้วยังเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อเยื่อไขมัน โดยมีการเพิ่มขึ้นของกระบวนการสลายไขมัน (lipolysis) ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของกรดไขมันอิสระ (free fatty acid: FFA) การเพิ่มขึ้นของกรดไขมันอิสระ ส่งผลกระทบต่อเซลล์กล้ามเนื้อ โดยการเข้าไปสะสมภายในเซลล์ในรูปของไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) โดยมีผลลดการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อ (glucose uptake) จากการรบกวนการรับส่งสัญญาณของอินซูลิน (insulin signaling pathway) หลายขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ปริมาณกลูโคสทรานส์พอร์เตอร์ (GLUT4) และปริมาณโพสรีเซปเตอร์ (postreceptor) ลดลง ทำให้การเคลื่อนย้าย GLUT4 ไปยังเยื่อหุ้มเซลล์ลดลง ส่งผลให้การนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (ซัลลิต รัตสาร, 2546; สารัช สุนทรโยธิน, 2549; Halter, 2000)

ผลกระทบของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องไปตลอดชีวิต ต้องระมัดระวังตนเองเป็นพิเศษเพื่อไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา จนมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ อาจมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลัน และเรื้อรังจากความเจ็บป่วยตามมา ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางด้านร่างกาย สภาวะจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย จากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีอาการอ่อนแรงของแขนขา เนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ หรือแตก (Sinclair & Croxson, 2003) มีอาการเหนื่อยหรือเจ็บหน้าอก เนื่องจากหลอดเลือดหัวใจตีบ มีอาการของไตวายเรื้อรังเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไต เกิดอาการตาบอด หรือตาบอดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่จอตา (สาธิต วรรณแสง, 2548) มีแผลเรื้อรังที่เท้า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดส่วนปลาย (Akbari & Logerfo, 2003) บาง

รายมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม ได้แก่ มีอาการอ่อนแอ ไม่แข็งแรงเหมือนเดิม เหนื่อยง่าย ความสามารถด้านร่างกายในการทำหน้าที่ต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544)

2. ด้านจิตใจ เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ต้องอาศัยการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดและต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเป็นภาระกับครอบครัวในการดูแล ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย และหากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นจะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดความเครียดมากขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มมากขึ้น (กอบชัย พัววิไล, 2546) หากภาวะเครียดไม่ได้รับการแก้ไข อาจจะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานรู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง ซึมเศร้า ไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และรู้สึกหมดหวังในชีวิตซ้ำ การทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจลดลง และมีผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น (Jack, Airhihenbuwa, Funa, Owens, & Vinicor, 2004) ดังผลการศึกษาวิเคราะห์แบบเมตา (meta-analysis) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจากการวิจัย 27 เรื่อง พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้น หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคร้อยละ 89 (De Goot, Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001)

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย และมักจะมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดความพิการ หรือทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาททางสังคม และการรับรู้สภาวะสุขภาพลดลง (Kuo, Raji, Peek, & Goodwin, 2004) ในปี ค.ศ. 2002 ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งในเรื่องของการรักษาโดยตรง และรายจ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นเงินทั้งสิ้น 132 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยตรงเพียงอย่างเดียว ก็คิดเป็นจำนวนเงินถึงร้อยละ 91.8 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ ประกอบด้วย 23.2 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 24.6 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 51.8 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมด เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษากลุ่มประชากรโรคเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และคาดว่าค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเป็น 192 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 2020 (American Diabetes Association, 2003) สำหรับในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542 ภาณุพันธุ์ พุฒสุข และคณะ (อ้างใน ธงชัย ประภูณวัฒน์, 2550) ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 7 แห่ง ใน 4 ภาคของประเทศไทย และกรุงเทพมหานคร รวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 6,017.50 บาทต่อปี ค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเท่ากับ 7,461.7 ล้านบาทต่อปี โดยคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1.24 ล้านคน ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยนอกต่อปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ต่อปี เป็นประมาณ 9,283.9 ล้าน

บาท ในปี พ.ศ. 2545 และเท่ากับ 11,200.9 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2546 แต่อย่างไรก็ตามการประมาณค่าผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากโรคเบาหวานในประเทศไทย ยังขาดข้อมูลที่สำคัญและถูกต้องในอีกหลายประเด็น

โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากมาย นำมาซึ่งผลกระทบและการสูญเสียหลายประการดังที่กล่าวมาข้างต้น การควบคุมโรคเบาหวานเป็นวิธีการที่สามารถชะลอความเสื่อมและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในเรื่องของการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม การรับประทานยา อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ขาดการออกกำลังกาย บางรายมีการออกกำลังกายแต่ยังไม่ถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย และขาดความต่อเนื่อง ซึ่งทำให้การควบคุมโรคเบาหวานยังไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นการออกกำลังกายจึงเป็นพฤติกรรมที่ควรได้รับการกระตุ้น และส่งเสริมให้มีเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม และต่อเนื่องในระยะยาว

พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

พฤติกรรม ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า ส่วนสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2550) กล่าวว่า พฤติกรรม (behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคล เป็นการแสดงออกเพื่อตอบสนองโต้ตอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจกระทำได้ทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว และอาจเป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เช่น การร้องไห้ การอ่านหนังสือ การกิน การกระพริบตา การเต้นของหัวใจ ความรู้สึกโกรธ การคิด เป็นต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมเป็นการกระทำของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในขณะที่รู้ตัวหรือไม่รู้ตัว พฤติกรรมนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากความรู้ ทัศนคติและความเชื่อของบุคคลนั้นๆ โดยที่อาจแสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น การออกกำลังกาย การป้องกันโรค การเดิน การรับประทานอาหารหรือไม่แสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจนเช่น ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น โดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมอาจเป็นได้ทั้งสิ่งที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ ส่วนการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมทางกาย (physical activity) ชนิดหนึ่งที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยมีการวางแผน และเป็นการกระทำซ้ำๆ เพื่อพัฒนาหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย (American College of Sports Medicine [ACSM], 2006) ในอีกความหมายหนึ่ง การออกกำลังกาย คือการใช้กล้ามเนื้อในการออกแรงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที เพื่อให้สมรรถภาพทางกายทั่วไปดี สามารถออกกำลังกายได้เป็นเวลานานขึ้นโดยไม่เกิด

อันตราย ได้แก่ หอบเหนื่อยหรือหายใจไม่สะดวก (วรรณิ นิธิยานันท์, 2548) การออกกำลังกายจะเสริมฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แต่บางครั้งอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจนเกิดภาวะคีโตนในกระแสเลือดสูง (ketoacidosis) ได้ ดังนั้นการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน นอกจากจะมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายแล้ว ยังมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มความไวของอินซูลิน ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว และลดไขมันในร่างกาย ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังจากโรคเบาหวาน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วราภณ วงศ์ถาวราวัฒน์, 2546; วรรณิ นิธิยานันท์, 2548)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ สรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ในแต่ละบุคคลมีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ต่างกัน ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการกระทำหน้าที่ตามมาภายหลัง ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้เกิดความตั้งใจ กำหนดเป็นพันธะสัญญา หรือข้อผูกมัดและแผนการกระทำที่จะปฏิบัติตาม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเป็นประโยชน์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ศึกษา 100 ราย รับรู้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และจากการศึกษาของ กชกร สมมั่ง (2542) ได้นำโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม แจกคู่มือการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การเสนอตัวแบบ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ การให้สัญญาใจ และการกระตุ้นเตือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีความรู้ ทศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่เป็นผลมาจากการขาดการออกกำลังกาย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และเหมาะสม คือ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ ส่งผลดีต่อสุขภาพ ก็

ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

1.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (perceived barriers to action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง หรือสิ่งที่คาดคะเนก็ได้ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งกีดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรม (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) จากการศึกษาของ คอนน์ (1998) เพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี จำนวน 147 ราย พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยทำนายสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไนส์, วอลแมน, และ คูก (Nies, Vollman, & Cook, 1998) เกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก อุปสรรค และวิธีการออกกำลังกายของผู้หญิงอเมริกัน จำนวน 16 ราย ร่วมกับการสนทนากลุ่มย่อย พบว่าอุปสรรคหลัก คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ไม่มีเวลา ได้รับผลเสียจากการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย และลักษณะส่วนบุคคล เช่น ภาวะสุขภาพ และการขาดแรงจูงใจ จากการศึกษาของมายเยอร์ และ รอท (Myers & Roth, 1997) เรื่องการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และขั้นตอนการปรับเปลี่ยนในผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย คือ ไม่มีเวลา ไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกาย ครอบครัวไม่สนับสนุนการออกกำลังกาย การเจ็บป่วยทางกาย และมีอุปสรรค หรือสิ่งกีดขวาง มีความสัมพันธ์ต่อการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ จิราพร กันบุญ (2547) ศึกษาอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวาน จำนวน 197 ราย พบว่า ในด้านการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคด้านการกระทำ ร้อยละ 87.8 วิธีการจัดการกับอุปสรรคด้านการออกกำลังกายที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุด คือ อาศัยผู้อื่นนั้นก็คือให้ญาติกระตุ้นในการไปออกกำลังกาย ร้อยละ 70.3 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการออกกำลังกาย ช่วยแก้ไขอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

1.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถกระทำสำเร็จในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังของผลที่จะเกิดขึ้นเป็นตัวตัดสินใจว่าผลอันใดที่จะเกิดจากการกระทำนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแรงจูงใจที่สำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรม และส่งผลทางอ้อมผ่านการรับรู้อุปสรรคของการกระทำและความมุ่งมั่นที่จะวางแผนการกระทำพฤติกรรม (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) การศึกษาของคอนน์ (Conn, 1997) ได้ศึกษาความสามารถของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ

ผลลัพธ์ที่คาดหวังต่อไปจึงจัดทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ 225 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 50 ด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 39 และด้านการจัดการกับความเครียดได้ร้อยละ 32 จากการศึกษาของ เรสนิก, ปาล์มเมอร์, จินกินส์ และ สเปนเบิร์ก (Resnick, Palmer, Jenkins, & Spellbring, 2000) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำนวน 187 รายที่อาศัยในชุมชน พบว่า สภาวะสุขภาพ อายุ และเพศ มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโดยผ่านทางการรับรู้สมรรถนะแห่งตน นอกจากนี้แล้ว พิมพ์ภา ปัญญาใหญ่ (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 30 ราย โดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้ผู้สูงอายุในทุกครั้งของการฝึกออกกำลังกาย พบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ถ้ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ก็ย่อมจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีตามมา

2. ปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยหรือส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดังนี้

2.1 เวลา จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุหลายๆ การศึกษา พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลาหรือไม่ว่างพอที่จะออกกำลังกาย เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายต้องทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพหรือต้องรับภาระในการดูแลเลี้ยงดูบุตรหลาน จึงทำให้ไม่มีเวลาที่จะออกกำลังกาย (ปาลิรัตน์ พรทวีภักธ, 2541; มัทนา อินทร์แพง, 2543) ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่จัดขึ้นโดยบุคลากรด้านสุขภาพนั้น ไม่มีความสอดคล้องกับช่วงเวลาดังกล่าวของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้ (ชาติรี ประชาพิพัฒน์, 2545; ชลธิรา ขระเขื่อน, 2544)

2.2 สิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ สามารถเป็นสิ่งที่สนับสนุนหรือเป็นสิ่งที่ขวางกั้นการออกกำลังกายในระยะต่างๆ ของผู้สูงอายุได้ สิ่งแวดล้อมในการออกกำลังกายประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ

2.2.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สถานที่ออกกำลังกายที่ตั้งอยู่ในสถานที่ที่สามารถเดินทางไปถึงสะดวก จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ หรืออยากออกกำลังกาย (ชาติรี ประชาพิพัฒน์, 2545) นอกจากนี้ สถานที่ในการออกกำลังกายที่เพียงพอ มีอุปกรณ์พร้อม และมีสิ่งอำนวยความสะดวก

สะดวกในการออกกำลังกายอย่างเพียงพอและได้มาตรฐาน จะส่งเสริมความต้องการให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออกกำลังกาย (ชลธิชา ขระเขื่อน, 2545) และจากการศึกษาของ ยัง และ วูริส พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 3 ได้เสนอว่า ควรมีการจัดสถานที่สำหรับการออกกำลังกายใกล้บ้าน และอีกร้อยละ 20 เสนอให้มีรูปแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่หลากหลาย (Young & Voorhees, 2003)

2.2.2 สิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นที่ยอมรับว่า สิ่งแวดล้อมทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการออกกำลังกาย (Young & Voorhees, 2003) สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ กลุ่มสมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน การที่จะมีสิ่งแวดล้อมดี ต้องอาศัยกิจกรรมการสนับสนุนเข้ามาช่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคมเป็นกิจกรรมที่สำคัญในสิ่งแวดล้อมทางสังคม การสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนสนิท การสนับสนุนจากกลุ่มสมรสหรือครอบครัวกลุ่มสมรส มีอิทธิพลอย่างมากต่อการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (ชาติรี ประชาพิพัฒน์, 2545) ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ ดังที่กล่าวมา จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เกิดความรู้สึกมั่นคง และยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และจะปฏิบัติพฤติกรรมที่สังคมให้การยอมรับ (ชลธิชา ขระเขื่อน, 2545; Pender, 2006) จากการศึกษาของคอนน์ (Conn, 1998) พบว่าผู้สูงอายุหญิงที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ได้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และบุคคลในสังคม รู้สึกมีความสุขกับชีวิต รู้สึกผ่อนคลาย และอารมณ์ดี

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรที่มสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยขัดขวาง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องในระยะยาว

การส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการลดและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคเบาหวาน หากแต่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง จากแนวทางการรักษาในปัจจุบัน พยาบาลและทีมผู้ดูแลมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมออกกำลังกายมากขึ้น ซึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานนั้นไม่ใช่เพียงแต่การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว แต่ต้องให้ความรู้ และสร้างความตระหนักให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมด้วย จากการศึกษาเชื่อว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการออกกำลังกายมาก่อนจะประสบความสำเร็จในการคงไว้ซึ่งการออกกำลังกายในระดับสูง (McAuley, 1993; Strecher et al., 1995) และยิ่งไปกว่านั้นสภาพร่างกายอาจมีความสำคัญเทียบเท่ากับความเชื่อในการประสบความสำเร็จในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งมีภาวะจำกัดของสภาพร่างกายต่อการออกกำลังกาย (Clark, Patrick, Grembowski, & Durham, 1995) ซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. การให้ข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

แนวปฏิบัติสำหรับส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ของสมาคมโรคหัวใจประเทศอังกฤษ (British Heart Foudation, 2007) ได้ให้ข้อแนะนำว่าควรมีการให้ความรู้กับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกายในเรื่องดังต่อไปนี้

1. การตอบสนองของร่างกายต่อการออกกำลังกาย และความเข้าใจในการตอบสนองของร่างกายต่อการออกกำลังกายทั้งในภาวะปกติ และผิดปกติ
2. อาการ หรือสภาวะต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น กระดูพรุน ข้ออักเสบ
3. ชนิดของการออกกำลังกาย ได้แก่ การออกกำลังกายที่เพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ การออกกำลังกายที่มีแรงต้าน (resistance) การออกกำลังกายที่เพิ่มความยืดหยุ่น (flexibility) และส่วนประกอบอื่นๆ ของการออกกำลังกาย
4. กลุ่มของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ และการทำหน้าที่ที่ส่งผลให้เกิดผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

5. การติดตามความก้าวหน้าของการออกกำลังกาย การติดตามดูแลตนเอง และการติดตามประเมินผล

6. ความสำคัญของโอกาสที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกายนอกสถานที่กับกลุ่มเพื่อน

นอกจากนั้นแล้ว ได้มีคำแนะนำว่าต้องมีการให้ความรู้กับบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น ครอบครัว เพื่อน และคู่สมรส และการให้ความรู้กับทีมสุขภาพ และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการ ผู้ฝึกสอนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นเห็นถึงความสำคัญของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ ชิน และคณะ (Shin, Yun, Jang, & Lim, 2006) ระบุว่า พยาบาลวิชาชีพ ควรได้รับการฝึกในการทำกิจกรรม และได้รับการนิเทศจากผู้วิจัยตลอดการใช้โปรแกรม

การฝึกจะประกอบไปด้วย การแนะนำในขั้นพื้นฐานสำหรับการปฏิบัติ และติดตามวิธีการปฏิบัติ หรือกระบวนการโดยพยาบาล องค์ประกอบหลักของการฝึก คือ การประเมิน การกระตุ้นผู้ป่วย และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และในการคงไว้ซึ่งระดับของการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อพยาบาลจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ และฝึกฝน ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรม ออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

2. การใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สมนึก กุลสถิตพร และคณะ (2550) ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยนำเอาทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการกำหนดขนาดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานมาประยุกต์ใช้ โดยใช้ชื่อว่า “รูปแบบบันได 4 ขั้นสู่ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย” โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้พฤติกรรมออกกำลังกายเป็นเกณฑ์ ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มพฤติกรรมที่ 1 คือ กลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย และไม่มี ความตั้งใจจะออกกำลังกาย หรือกลุ่มผู้มีระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ 1 (Pre-contemplation) และระดับที่ 2 (Contemplation), กลุ่มพฤติกรรมที่ 2 คือ กลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย แต่มีความตั้งใจที่จะออกกำลังกาย หรือกลุ่มผู้มีระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ 3 (Preparation) และกลุ่ม พฤติกรรมที่ 3 คือ กลุ่มที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือกลุ่มผู้มีระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ 4 (Action) ระดับที่ 5 (Maintenance) และระดับที่ 6 (Adoption) ในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มนั้น เพื่อวัตถุประสงค์ของการจัดการต่อความคิด และความพร้อมของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากตาม หลักการของทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดกระบวนการที่เน้นการเสริมสร้างความ พร้อม และความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยให้ได้มากที่สุดเพราะเชื่อว่า พฤติกรรมออกกำลังกายของ ผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นได้ แต่ก็อาจเกิดการถดถอยได้เช่นเดียวกัน โดยกลุ่มพฤติกรรมที่ 1 ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้าใจ และความตระหนักถึงผลร้ายของโรคเบาหวาน การ ควบคุมโรคด้วยวิธีต่างๆ และประโยชน์ของการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิด และ มีความตั้งใจที่จะออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น หรือเปลี่ยนมาอยู่กลุ่มพฤติกรรมที่ 2 และสำหรับใน ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2 จะให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1 พร้อมกับการ ให้ความรู้ถึงวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม และฝึกปฏิบัติออกกำลังกาย จากนั้นติดตามพฤติกรรม การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยสามารถคงการออกกำลังกายไว้ได้อย่างน้อย 4 สัปดาห์ จะเปลี่ยนมาอยู่กลุ่มพฤติกรรมที่ 3 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 3 เป็นผู้ป่วยที่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์

จากการออกกำลังกายอย่างแท้จริง พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่ลึกซึ้งมากขึ้น ออกแบบโปรแกรมในระยะยาว และหาแหล่งสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการออกกำลังกายให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตให้มากที่สุด ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการกำหนดขนาดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการได้ โดยผู้ที่เปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายจากระบวนการนี้สามารถคงพฤติกรรมออกกำลังกายไว้ได้นานและยั่งยืน

3. การตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายด้วยตนเอง

การตั้งเป้าหมายที่ดีควรมีการกำหนดชัดเจนว่าจะกระทำพฤติกรรมอย่างไร เมื่อใดเท่าไร เช่น “จะเดินเร็วทุกวัน” มากกว่าการตั้งเป้าหมายว่า “จะออกกำลังกายทุกวัน” และมีการระบุแนวทางการปฏิบัติที่มีทิศทางในการกระทำแน่นอนไม่มีทางเลือกหลายทางจนเกิดความไขว้เขว ควรเป็นเป้าหมายระยะสั้น จะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ง่าย เห็นผลได้เร็ว ไม่ต้องรอนาน และเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จที่ตั้งไว้ ก็จะเกิดความพึงพอใจ และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมจนบรรลุเป้าหมายที่มีระยะยาวกว่าได้ และมีความใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติตามได้ (Bandura, 1986 อ้างใน ปรสณี ศรีกัน, 2546) หลักการตั้งเป้าหมายมีดังนี้

3.1. ให้ค่อยๆ เริ่มทำ การตั้งเป้าหมายว่าจะออกกำลังกายโดยการเดินวันละหนึ่ง กิโลเมตร เป็นเป้าหมายที่ชัดเจนดี อย่างไรก็ตามอาจเป็นการออกกำลังกายที่มากเกินไปสำหรับผู้สูงอายุในขณะนี้ ดังนั้นการเริ่มต้นโดยการเดินวันละหนึ่งช่วงตึกและค่อยๆ เพิ่มระยะทางทีละหนึ่งช่วงตึกต่อวันหรือต่อสัปดาห์ไปเรื่อยๆ ก็จะทำให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ในไม่ช้า

3.2 ให้เริ่มทำจากสิ่งที่เคยทำได้แล้ว การเริ่มต้นทำในสิ่งที่มั่นใจว่าจะทำได้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุนั้นมั่นใจว่าจะสามารถทำตามเป้าหมายใหม่ที่ยากขึ้นได้ต่อไป ซึ่งจะช่วยให้คงปฏิบัติตามแผน

3.3 ให้ตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องตั้งเป้าหมายให้มีสภาพร่างกายสมบูรณ์ถึงขนาดนักกีฬา แต่ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้และเหมาะสมกับความสามารถและสภาพการดำรงชีวิตก็พอแล้ว

3.4 เขียนเป้าหมายลงไป การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเขียนเป้าหมายลงไปในแผ่นกระดาษหรือสมุดโน้ตก็เป็นสิ่งที่ดี

4. การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ชอ, ชุย, มา, และ อู (Chau, Shiu, Ma, & Au, 2005) ศึกษาการส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้โปรแกรมการเดินโดยพยาบาลเป็นผู้นำ (nurse-led walking exercise) ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลของการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และส่งเสริมให้มีการคงไว้ซึ่งการออกกำลังกาย โดยใช้ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy beliefs) ในการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกาย ซึ่งลักษณะความเชื่อในตัวของบุคคลจะมีความเกี่ยวข้องกับ 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์ของตน การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยพยาบาลจะเป็นผู้นำในการใช้โปรแกรม ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยก่อนออกกำลังกาย กิจกรรมในระหว่างการออกกำลังกายจนกระทั่งสิ้นสุดการออกกำลังกาย มีการติดตามประเมิน การสัมภาษณ์ และให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายไป มีการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนและหลังการออกกำลังกายร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น มีผู้ป่วยรายหนึ่งพูดว่าพยาบาลเป็นผู้เชี่ยวชาญ เต็มไปด้วยความรู้ความสามารถ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมผลา ปัญญาใหญ่ (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะออกกำลังกายได้ โดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่งดังนี้

1) การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยการให้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ทำตลอดระยะเวลาของการฝึกการออกกำลังกาย ต่อเนื่องไปจนถึงการออกกำลังกายด้วยตัวผู้สูงอายุเองที่บ้าน ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคเบาหวานควรให้ผู้สูงอายุฝึกทักษะในการออกกำลังกายอย่างเพียงพอที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะออกกำลังกายได้ โดยเริ่มจากการออกกำลังกายที่ง่ายๆ ก่อนแล้วค่อยๆ เพิ่มความยากขึ้นจนสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ตามหลักการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำไปสู่ระดับสูงเช่นกัน และถ้าการปฏิบัตินั้นไม่มีอุปสรรคหรือเอาชนะอุปสรรคได้ ยิ่งทำให้สามารถปฏิบัติตามกำหนดได้ง่าย

2) การให้ผู้สูงอายุได้เห็นตัวแบบที่มีประสบการณ์ในการออกกำลังกายแล้วประสบความสำเร็จ การให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้เห็นตัวแบบผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความคล้ายคลึงกับตน แสดงพฤติกรรมการออกกำลังกายที่มีประโยชน์ มีวิธีการจัดการกับปัญหาในการ

ออกกำลังกาย จนสามารถออกกำลังกายเพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานตั้งใจดูตัวเอง มีการเก็บจำ นำไปปฏิบัติ เกิดการประเมินค่าความสามารถของตนจากการเปรียบเทียบกับตัวเอง ระบุว่าตัวเองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนทำได้ตนก็ย่อมทำได้ และคาดหวังว่าจะได้รับผลดีจากการปฏิบัติเช่นตัวเอง อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น มีการออกกำลังกายตามมา นอกจากนี้ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2550) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่า ตัวแบบนั้นควรมีลักษณะเป็นกันเองและอบอุ่น และตัวแบบควรได้รับการเสริมแรงเมื่อแสดงพฤติกรรมเป้าหมายแล้วจะทำให้ได้รับความสนใจ จูงใจให้ผู้สังเกตอยากลอกเลียนแบบมากยิ่งขึ้น ส่วนระยะเวลาในการนำเสนอตัวแบบแต่ละครั้งควรอยู่ระหว่าง 15-30 นาที ความถี่ในการนำเสนอแต่ละเรื่องควรเว้นช่วงห่างกันตั้งแต่ 1-7 วัน จะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้พฤติกรรมจากตัวแบบ สามารถจดจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การพูดชักจูงในขณะที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นการพูดเพื่อให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ ซึ่งเป็นการให้กำลังใจและเพิ่มความเชื่อมั่นของบุคคลในการตัดสินใจพิจารณาความสามารถของตน การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยการชักจูงด้วยคำพูด ควรทำทุกครั้งหลังจากฝึกการออกกำลังกาย โดยให้กำลังใจ กล่าวชมเชยที่สามารถออกกำลังกายได้ถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย และทำได้สำเร็จ พร้อมทั้งพูดชักจูงให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสามารถในการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น

4) การประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุทั้งก่อนและขณะออกกำลังกาย การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านร่างกายและอารมณ์ ทำทุกครั้งที่มีการฝึกการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ทั้งก่อน และขณะออกกำลังกาย ก่อนออกกำลังกาย ด้านร่างกายต้องมีการประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ตลอดจนอาการแสดงที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น ปวดศีรษะหรือมึนงง ใจสั่น เจ็บหน้าอก ปวดตามกระดูก และข้อต่างๆ ชาปลายเท้าจนฝ่าเท้ารับความรู้สึกไม่ได้ พร้อมทั้งแก้ไขถ้าพบปัญหา ส่วนด้านอารมณ์ประเมินจากการสังเกตสีหน้าท่าทางการพูดคุย และการสนทนา จัดให้ผู้สูงอายุได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ทั้งนี้ขณะฝึกออกกำลังกาย ต้องมีการประเมินอาการแสดงที่ต้องหยุดออกกำลังกาย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เจ็บหน้าอก ใจสั่น แขนขาอ่อนแรง พร้อมทั้งจัดการกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น

จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แหล่งข้อมูล 4 แหล่ง จะทำให้ผู้สูงอายุเบาหวานมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะออกกำลังกายได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมออกกำลังกายเพิ่มขึ้นตามมา

5. การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาของ พิมพ์กา ปัญญาใหญ่ (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานออกกำลังกาย โดยการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวดำเนินการในครั้งแรกของการส่งเสริม และสังเกตพร้อมทั้งประเมินการให้การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนผู้สูงอายุโรคเบาหวานในทุกครั้งที่ฝึกออกกำลังกาย ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย แสดงความห่วงใย คอยถามไถ่ขณะออกกำลังกาย เช่น ถามถึงความต้องการ สิ่งของหรือบริการที่จำเป็นต้องใช้ อาการผิดปกติ ความรู้สึกเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ไว้วางใจว่าผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้ถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย และขอความร่วมมือในการออกกำลังกาย ตลอดจนรับฟังความคิดเห็น ความรู้สึกในการออกกำลังกาย ปัญหา และอุปสรรคต่างๆ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยให้สมาชิกในครอบครัวประเมินการออกกำลังกาย ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เช่น ความถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย ตลอดจนให้การยอมรับความสามารถในการออกกำลังกายแม้ว่ายังไม่สามารถออกกำลังกายได้ถูกต้อง ไม่ว่ากล่าวผู้สูงอายุ ให้กำลังใจรวมทั้งยกย่องชมเชย และบอกกล่าวผู้สูงอายุว่าสามารถออกกำลังกายได้ถูกต้อง เหมือนผู้สูงอายุโรคเบาหวานรายอื่น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ประเมินความแรงของการออกกำลังกายและให้ข้อมูลในการประเมินเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบว่าตนสามารถออกกำลังกายได้ถูกต้องหรือไม่ ให้คำแนะนำถ้ายังออกกำลังกายไม่ถูกต้อง รวมทั้งชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการออกกำลังกาย

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับสิ่งจำเป็นสำหรับการออกกำลังกาย เช่น เสื้อผ้า รองเท้า รวมทั้งปรับสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านให้สะดวกต่อการออกกำลังกาย หรือช่วยพาไปออกกำลังกายนอกบ้านตามความต้องการ

การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม ประกอบไปด้วย การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การเน้นย้ำ หรือคอยเตือนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การให้รางวัล หรือแสดงความยินดีเมื่อผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการออกกำลังกาย การเน้นย้ำให้สมาชิกใน

ครอบครัว จัดหา และเตรียมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง คงไว้ซึ่งการออกกำลังกาย และเป็นเหตุจูงใจให้เกิด พฤติกรรมการออกกำลังกาย

6. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

การให้คำปรึกษามีบทบาทในฐานะเป็นเครื่องนำทางสำหรับผู้ให้คำปรึกษาได้ ตระหนักถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการ และกลวิธีให้คำปรึกษา ตลอดจนหลักการเกี่ยวกับพฤติกรรม มนุษย์ ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติงานให้คำปรึกษา (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543) ซึ่ง วราภรณ์ ปิณณวลี (อ้างใน กิตติมา บุญเงิน, 2549) กล่าวว่า การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลอาศัยการสื่อสารแบบสองทางระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งทำหน้าที่ เอื้ออำนวยให้อีกคนหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับคำปรึกษา สามารถแก้ไขปัญหาได้

การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือในการ แก้ปัญหา โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การ ปรึกษาจะใช้คุณสมบัติและทักษะต่างๆ กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจตนเอง เข้าใจตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาด้วยศักยภาพของตนเอง ถ้าปัญหานั้นยากต่อการแก้ไขหรือมีอาจแก้ไขได้ ผู้รับ การปรึกษาสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ได้อย่างสงบ ผ่อนคลาย

เทคนิคการให้การปรึกษาของ วราภรณ์ ปิณณวลี (อ้างใน กิตติมา บุญเงิน, 2549) เป็นกระบวนการที่เข้าใจง่าย สะดวกในการนำไปใช้ มีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ ผู้ให้การปรึกษาจะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับ คำปรึกษา โดยอาศัยเทคนิคและทักษะต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีส่วนร่วมในกระบวนการ ให้คำปรึกษาในขณะเดียวกันก็ให้ผู้รับการปรึกษาทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อตกลงในการ บริการเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เป้าหมาย บทบาทของทั้งสองฝ่าย ระยะเวลา และการรักษาความลับ ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องชี้แจงหากผู้รับการปรึกษาไม่ให้ความร่วมมือในกระบวนการให้ คำปรึกษา

2. การสำรวจปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ทักษะต่างๆ เพื่อเอื้ออำนวยและ กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาใช้ศักยภาพของตนที่มีอยู่เพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการของตนเอง ซึ่งขั้นตอนนี้จะใช้เวลาอย่างน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพื้นฐาน สติปัญญา ความสามารถ ลักษณะนิสัยของ ผู้รับคำปรึกษาและความชำนาญในการใช้ทักษะของผู้ให้การปรึกษา

3. การเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจ ของกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความกระจ่างใน ปัญหาของตนเองอย่างแท้จริงและมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา

4. การวางแผนการแก้ปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรเร่งรีบและด่วนตัดสินใจจัดการปัญหาของผู้รับคำปรึกษา แต่จะคอยให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการวางแผนปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเองก่อน หากผู้รับการปรึกษาหมดหนทาง ผู้ให้คำปรึกษาจึงจะเสนอแนะแล้วเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็นในข้อเสนอนั้นๆ เพื่อให้พิจารณาความเหมาะสมและเลือกทางแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุดด้วยตนเอง ที่ผู้รับการปรึกษาเห็นว่าสามารถทำได้จริงมีโอกาสประสบความสำเร็จ และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง มิใช่เป็นเรื่องต้องบังคับให้ปฏิบัติ

5. การยุติกระบวนการ ควรให้สัญญาณแก่ผู้รับคำปรึกษาได้รู้ตัวก่อนหมดเวลาของการปรึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้สรุปในสิ่งต่างๆ ที่ได้จากการสนทนา โดยผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดหายไป ในกรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อให้พบกับผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ จะต้องให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับผู้รับคำปรึกษาอย่างชัดเจน แต่ถ้าไม่มีการส่งต่อผู้ให้คำปรึกษาควรเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่าสามารถพบได้ในครั้งต่อไปถ้าต้องการ และนัดหมายวันเวลาที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจระหว่างการทำคำปรึกษา ก่อนยุติการให้คำปรึกษาควรสนทนาเล็กน้อยในเรื่องต่างๆ ไปและกล่าวอำลา

การนำเทคนิคการให้คำปรึกษาโดยเน้นการปรับพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการวางแผนดำเนินการที่รัดกุมและกระตุ้นเร้าให้ผู้สูงอายุมีความสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และดำเนินการตามแผนได้ ผู้ศึกษาใช้การสัมภาษณ์และแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น ประวัติส่วนตัว พฤติกรรมการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน หรือ การมีกิจกรรมในยามว่าง ผู้รับคำปรึกษากำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ประสงค์จะปรับเปลี่ยนด้านบวก คือ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้น ให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถทำพฤติกรรมได้ใกล้เคียงกับเป้าหมาย ผู้รับคำปรึกษาค้นหาตนเองว่า เหตุการณ์พฤติกรรม อารมณ์แบบใดที่จะนำไปสู่การไม่ออกกำลังกาย เพื่อจะได้จัดสภาพแวดล้อมใหม่ ทำลายพฤติกรรมลูกโซ่อันเป็นพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ สร้างพฤติกรรมใหม่ที่ทำแล้วมีความสุข ทำได้ทุกเวลา และสามารถเอาชนะความรู้สึกไม่อยากออกกำลังกายได้ ผู้รับคำปรึกษาพูดกับตนเองในทางบวกเพื่อให้กำลังใจตนเองช่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมตามที่ได้พูดไว้กับตนเองได้ ใช้การขอแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว พ่อแม่ ญาติ คนสนิทหรือเพื่อนให้ร่วมสนับสนุนกระตุ้นและให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมเพื่อการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดี มีการจดบันทึกและประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะจนสิ้นสุด ผู้รับคำปรึกษาประเมินผลความพึงพอใจ

และการรับรู้การปรับพฤติกรรมของตนเองที่ส่งผลให้ตนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ฮาสเลอร์, ฟิชเชอร์, แมคอินไทร์, และ มูทรี (Hasler, Fisher, MacIntyre, & Mutrie, 2000) ศึกษา พบว่า การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นเวลา 30 นาที โดยผู้วิจัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นของการมีกิจกรรมทางกายในยามว่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการให้คำปรึกษานั้น ควรประกอบด้วยเนื้อหาสาระ ดังต่อไปนี้

1. การออกกำลังกายของผู้สูงอายุในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา และการออกกำลังกายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้
2. ประโยชน์อย่างมหาศาลที่ผู้สูงอายุจะได้รับจากการออกกำลังกาย
3. การป้องกันอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย
4. การสนับสนุนช่วยเหลือ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
5. การป้องกันการกลับมามีพฤติกรรมที่ไม่ออกกำลังกายซ้ำ
6. การตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ปรึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่า การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำทั่วไป โดยใช้แผ่นพับ หรือคู่มือที่เป็นมาตรฐาน และถ้าเน้นเป็นรายบุคคลด้วยก็จะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Hasler et al., 2000; Kirk et al., 2001; Kirk et al., 2007; Loreto et al., 2003; Marcus et al., 1992; Marcus et al., 1998)

7. การให้ข้อมูลป้อนกลับ

ข้อมูลป้อนกลับเป็นการชี้ให้เห็นว่าสิ่งที่บุคคลทำอยู่นั้นได้ผลเป็นอย่างไร จากการที่รู้ตัวว่าสิ่งที่ทำนั้นได้ผลเป็นอย่างไรจะทำให้เกิดการเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป

หลักในการให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างมีประสิทธิภาพ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต,

2550)

1. ควรให้ข้อมูลป้อนกลับที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในทางบวก
2. ข้อมูลป้อนกลับที่ให้นั้นต้องชัดเจน และเป็นข้อมูลที่แท้จริงของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น
3. ควรให้ข้อมูลป้อนกลับที่เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

4. การให้ข้อมูลป้อนกลับในระยะเริ่มแรกต้องให้ข้อมูลป้อนกลับในทันที และเมื่อเกิดการเรียนรู้แล้ว จึงให้ข้อมูลป้อนกลับแบบยืดเวลา
5. ควรมีการบันทึกข้อมูลป้อนกลับไว้อย่างชัดเจนทุกครั้ง
6. ผู้ที่ให้ข้อมูลย้อนกลับจะต้องเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุเชื่อถือ และได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีความตั้งใจ และจริงจังในการให้ข้อมูลป้อนกลับ
7. ควรอธิบายให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของข้อมูลป้อนกลับเพื่อจะได้นำไปปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น
8. ควรให้ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ได้รับข้อมูลป้อนกลับ กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ตนเองต้องการจะปรับปรุง
9. พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงภายหลังการให้ข้อมูลป้อนกลับนั้นควรเป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน
10. การให้ข้อมูลป้อนกลับ ควรใช้ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวก

8. การติดตามทางโทรศัพท์

โทรศัพท์จัดเป็นสื่อที่มีประโยชน์อย่างมาก และเป็นสื่อที่มีความสำคัญกับสังคมในปัจจุบันที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว ซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในการบริการทางด้านสาธารณสุข ที่ได้นำโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (รัชนิ ศรีหิรัญ, 2544) การให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์เป็นการติดตามผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม หรือเป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนในแผนการรักษา การนัดหมายการบริการ และให้ความมั่นใจ รวมทั้งติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจำหน่าย การให้ความรู้ผ่านโทรศัพท์เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งน่าจะมีประโยชน์ เพราะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะพักฟื้นที่บ้าน

การติดตามทางโทรศัพท์ หมายถึง การกระตุ้น การแนะนำ และการเสริมแรง ในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน การใช้โทรศัพท์ ซึ่งจากแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงทางปัญญาจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้น การติดตามทางโทรศัพท์จึงเป็นการให้สิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการติดตาม มีการกระตุ้น การแนะนำ มีการชี้ให้ผู้สูงอายุเห็นถึงผลกระทบทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นแล้วร่วมกับการเสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชย เมื่อผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง ให้กำลังใจอย่าง

ต่อเนื่อง เพราะการเสริมแรงดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ถือการมีพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกายอย่างเดิม

จะเห็นได้ว่าโทรศัพท์มีบทบาทและประโยชน์อย่างมากในบริการด้านสาธารณสุขที่สามารถเข้าถึงผู้รับบริการได้ง่าย ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย มีประสิทธิภาพ และความคุ้มค่ามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับบริการที่บ้าน โรงพยาบาล และคลินิก (Hunter, 2000) สามารถช่วยลดอุปสรรคต่างๆ ในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขได้ แต่โทรศัพท์ก็มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถเห็นลักษณะท่าทางของผู้ที่เราพูดด้วย แต่เราสามารถที่จะสนทนาและทราบความคิดเห็นของผู้ที่พูดได้โดยตรงและทราบอารมณ์ของผู้พูดจากน้ำเสียงที่ตอบกลับ การสะท้อนคำพูด การเรียบ การฟังอย่างตั้งใจจะแทนที่การมองเห็น (Melton & Smoyak, 1992)

การติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 2-5 นาที/ครั้ง (Findorff, Stock, Gross, & Wyman, 2007) หรือการติดตามทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 3 หลังให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย (Kirk, Mutrie, Macintyre, & Fisher, 2003) หรือการติดตามทางโทรศัพท์หลังให้คำปรึกษาไปแล้ว 1 เดือน และนัดที่คลินิกทุก 3 เดือน พูดคุยกันโดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที (Loreto et al., 2003) ทั้งนี้ทั้งนั้นก่อนจะมีการติดตามทางโทรศัพท์ ผู้ให้คำปรึกษาต้องสัมภาษณ์ผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวก่อน เพื่อจะได้ทราบข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อให้การติดตามทางโทรศัพท์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ก่อนที่จะแนะนำหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่เคยออกกำลังกาย หรือเพิ่มระดับการออกกำลังกายจากเดิม ผู้สูงอายุโรคเบาหวานควรได้รับการประเมินความพร้อมของสุขภาพร่างกาย ไม่มีประวัติด้านสุขภาพที่เป็นอันตรายหรือปัญหาการบาดเจ็บ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างๆ ของโรคเบาหวาน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง การประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและลดภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจจะเกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย (ณัฐพงศ์ โฆษณานนท์, 2547) จึงมีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพต้องมีการประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกาย

การประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายสามารถประเมินได้หลายวิธี แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

1. วิธีการประเมินโดยตรง (direct methods of assessment) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมโดยไม่ต้องผ่านกระบวนการตีความ วิธีที่นิยมใช้กันมากมีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี คือ 1) การสังเกตพฤติกรรม (observation) เป็นวิธีการหลักที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด แต่มีข้อจำกัด คือ ถ้าผู้ถูกสังเกตรู้ตัวว่ากำลังถูกสังเกตก็จะมีผลต่อการแสดงออก 2) การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-monitoring) วิธีนี้พบว่า มีพฤติกรรมอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถสังเกตและบันทึกได้โดยบุคคลอื่น 3) การวัดผลที่เกิดขึ้น (measurement of product) เป็นวิธีการที่ง่ายและสะดวกที่สุดไม่รบกวนต่อการแสดงออกของบุคคลเป้าหมาย มีความแม่นยำ และเชื่อถือได้ แต่ต้องแน่ใจว่าผลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลจากพฤติกรรมนั้นเพียงอย่างเดียว 4) การวัดทางสรีระ (physiological measures) เพื่อการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาของบุคคลจากการปฏิบัติพฤติกรรม ผลที่ได้ค่อนข้างมีความเที่ยงสูงมาก

2. วิธีการประเมินทางอ้อม (indirect methods of assessment) เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในการประเมิน ข้อมูลที่ได้ต้องผ่านกระบวนการตีความ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ วิธีที่นิยมใช้มีอยู่ด้วยกัน 3 วิธี คือ 1) การสัมภาษณ์ (interview) เป็นการประเมินที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย การสัมภาษณ์ยังเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ถูกปรับพฤติกรรม และนักปรับพฤติกรรม มีข้อดีคือ จะทำให้เราได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น เข้าใจถึงความรู้สึกและความคิดของผู้ป่วย แต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูล 2) การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น (information from other people) ที่จัดได้ว่ามีความสำคัญต่อผู้ป่วย ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมักจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เป็นหลัก ข้อพึงระวังในการรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น คือ ความลำเอียงของผู้ให้ข้อมูล จึงควรใช้ข้อมูลอื่นๆ มาประกอบในการประเมินพฤติกรรมด้วย 3) การรายงานตนเอง (self report) มีข้อดีอยู่หลายประการ โดยเฉพาะประหยัด ครอบคลุมด้านต่างๆ ที่ต้องการประเมิน แต่มีข้อจำกัดอยู่หลายประการ โดยเฉพาะความน่าเชื่อถือของข้อมูล เพราะอาจได้รับผลกระทบจากการบิดเบือนข้อมูลของผู้ป่วย ความปรารถนาของสังคม และความคาดหวังของผู้ป่วย นอกจากนั้นแล้วการรายงานตนเองยังไม่ได้สะท้อนถึงการแสดงออกของพฤติกรรมที่แท้จริง เป็นการแค่การรับรู้พฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถามเท่านั้น

การประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั้น นิยมใช้แบบสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ เพราะการสัมภาษณ์จะทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่สามารถนำไปกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายและเป็นแนวทางในการดำเนินการปรับพฤติกรรมต่อไป นอกจากนั้นแล้วการสัมภาษณ์จะช่วยทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) การประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายประกอบด้วย การประเมินชนิด ความแรง

หรือความหนักเบา ระยะเวลา และความถี่หรือจำนวนครั้งของการออกกำลังกาย รวมทั้งข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ดังนี้

1. แบบประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ทำในเวลาว่าง (นอกจากงานอาชีพ) (Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire) เป็นการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในเวลาว่าง (นอกจากงานอาชีพ) ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ประกอบด้วย การประเมิน 3 กิจกรรม ได้แก่ การออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมาก ใช้แรงปานกลาง และใช้แรงน้อย เป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที โดยสัมภาษณ์จำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ แล้วนำมาคำนวณคะแนนของแต่ละกิจกรรมนำมารวมกัน แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ โดยที่คำถามแรกจะเป็นคำถามที่นำมาคิดคะแนนเป็นพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนคำถามข้อที่สองจะใช้ประกอบการพิจารณาพฤติกรรมการออกกำลังกาย (Godin & Shephard, 1997) จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกายและอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร (มัทนา อินทร์แพง, 2543) ก็ได้้นำแบบประเมินนี้มาปรับใช้ในการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในเวลาว่าง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เช่นกัน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับน้อย และมีอุปสรรคต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย จากผลการศึกษาผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะให้มีการวางแผนการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

2. แบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของ พิมผกา ปัญโญใหญ่ (2550) ใช้ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานตามหลักการออกกำลังกาย และข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย ประกอบด้วยคำถามทางบวก 16 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 ไม่ปฏิบัติจนถึงระดับ 4 ปฏิบัติเป็นประจำ ทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.94

3. แบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกายของ จิตอาวี ศรีอาคะ (2543) ใช้วัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย ข้อคำถามประกอบด้วย คำถามปลายเปิด 1 ข้อ คำถามแบบเลือกตอบ ข้อที่ถูกที่สุดเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 4 ข้อ และแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า 1 ข้อ คำถามปลายเปิดเป็นการถามถึงกิจกรรมที่ใช้ออกกำลังกาย ไม่มีการให้คะแนน ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบข้อที่ถูกที่สุด หรือข้อที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุดเพียง 1 ตัวเลือก ถ้าตอบข้อที่เหมาะสมได้ 1 คะแนน และตอบข้อที่ไม่เหมาะสมได้ 0 คะแนน ซึ่งเป็นการถามเกี่ยวกับ ความถี่ ความนาน ระยะ

อบอุ่นร่างกาย และระยะผ่อนคลายร่างกาย ความแรงของการออกกำลังกาย ให้ผู้ตอบประมาณค่าแบบวัดความแรงของการออกกำลังกายที่ปรับมาจากแบบวัด RPE ของบอร์ก เริ่มจาก “รู้สึกออกแรงน้อยที่สุด” (ได้ค่าอันดับเท่ากับ 1) ถึง “รู้สึกออกแรงมากที่สุด” (ได้ค่าอันดับเท่ากับ 10) ถ้าตอบได้ค่าอันดับอยู่ระหว่าง 4 ถึง 6 ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 ถ้าตอบได้ค่าอันดับน้อยกว่า 4 หรือมากกว่า 6 ให้คะแนนเท่ากับ 0 การแปลผล การออกกำลังกายที่ถูกต้องต้องได้คะแนนรวม 5 คะแนน ถ้าได้น้อยกว่า 5 คะแนนถือว่าเป็นการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ความหมายและระดับของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ปัจจุบันการปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยหลักฐานนั้นต้องเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถยืนยันเชิงวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีเครื่องมือสำคัญ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline- CPG) ที่สามารถเป็นตัวเชื่อมระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์หรือการวิจัยกับการปฏิบัติได้ (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) มีผู้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้ดังนี้

วิทยา ศรีดามา (2546) กล่าวว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นข้อความที่ระบุถึงแนวทางเวชปฏิบัติซึ่งสร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยให้แพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจ หรือใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรคนั้น ซึ่งมีความแตกต่างจากที่กราแฮม และ แฮริสัน (2005) ซึ่งได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติว่า เป็นข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง (Graham & Harrison, 2005) ส่วนกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติประเทศนิวซีแลนด์ (New Zealand Guideline Group [NZGG], 2001) กล่าวว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก คือ แนวทางที่ครอบคลุมในการตัดสินใจในการเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพกับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความน่าเชื่อถือที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับหลักฐานที่นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และขั้นตอนการพัฒนา โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. แนวปฏิบัติที่ได้จากผลการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาอย่างเป็นระบบ พัฒนาจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ หรือผู้รับบริการมีการตัดสินใจว่าดีมีความเหมาะสมกับการดูแลสุขภาพ และภาวะความเจ็บป่วยในหน่วยงาน (NZGG, 2001) มี

ข้อดี คือ ผู้ปฏิบัติ หรือผู้รับบริการมีความพึงพอใจผลลัพธ์จากการปฏิบัติ แต่แนวปฏิบัติอาจมีข้อขัดแย้งกับผลการศึกษาวิจัยในปัจจุบันได้ (จิตร สิริธอมร, 2543)

2. แนวปฏิบัติที่อยู่ในรูปแบบของคู่มือ (Protocol) เป็นแนวปฏิบัติที่ยกร่างขึ้นมาใช้พิเศษเฉพาะในบางหน่วยงานเพื่อลดความแตกต่างในการปฏิบัติ มีลักษณะเป็นคู่มือ หรือวิธีการในการปฏิบัติ เป็นข้อตกลงของการปฏิบัติ เช่น แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ แนวปฏิบัติในการจัดการกับอาการทางจิต (NZGG, 2001) ข้อดี คือ เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานที่ง่ายต่อการใช้ แต่มีข้อเสีย คือ วิธีการปฏิบัติอาจมีความจำเพาะที่จะใช้สำหรับบางหน่วยงานและไม่มีแนวทางในการช่วยตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน

3. แนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากการประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น (Consensus based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่ได้มาจากการประชุมแสดงความคิดเห็น และเป็นข้อตกลงร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ (NZGG, 2001) ข้อดี คือ ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ แต่มีข้อเสีย คือ กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้แนวปฏิบัติอาจไม่ได้มีส่วนในการพัฒนาแนวปฏิบัติ อาจเกิดการไม่ยอมรับและไม่ปฏิบัติตามได้

4. แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (Evidence based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากการทบทวนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ มีขั้นตอนการสืบค้นและประเมินหลักฐานอย่างเป็นระบบ (NZGG, 2001) ข้อดีของแนวปฏิบัติที่ได้ คือ ทำให้มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ปฏิบัติงานจริงและเกิดการพัฒนามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย (จิตร สิริธอมร, 2543)

5. แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์อย่างชัดเจน (Explicit evidence based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาด้วยวิธีการทบทวนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ เช่นเดียวกับข้อ 4 แต่ผ่านการวิเคราะห์ถึงประโยชน์ ความเสี่ยง และความคุ้มค่าคุ้มทุน (NZGG, 2001) มีข้อดี คือ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้ และผู้รับบริการ เนื่องจากได้ผ่านกระบวนการวิเคราะห์ถึงสิ่งต่างๆ ที่ได้กล่าวข้างต้น แต่ก็มีข้อเสียคือ กระบวนการพัฒนามีขั้นตอนที่ซับซ้อนใช้เวลาในการพัฒนานาน (จิตร สิริธอมร, 2543)

ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ดังนั้นแนวปฏิบัติจึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแล ผลของการดูแลจะดีขึ้นได้นั้นจะต้องมาจากความเหมาะสมของหลักฐานด้วย และที่สำคัญต้องถูกนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ ปัญหาการ

ปฏิบัติในปัจจุบันมักเกิดจากความหลากหลายในการปฏิบัติงาน จึงได้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่าเกิดประโยชน์มากมายทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติ โรงพยาบาล และองค์กรวิชาชีพ มีดังนี้ (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543)

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นระบบ และมีการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าพร้อมกันจากทีม
2. ผู้ประกอบวิชาชีพ ได้มีโอกาสร่วมปรึกษาหารือ และทบทวนความรู้ซึ่งกันและกัน
3. องค์กรวิชาชีพ ทำให้เกิดความมั่นใจว่ามีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่กำหนด
4. สังคมได้รับรู้แผนการดูแลรักษาที่มีต่อผู้ป่วย และมีความเชื่อมั่นในมาตรฐานการรักษา
5. โรงพยาบาล และผู้บริหาร มีความมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

นอกจากประโยชน์ที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ประโยชน์ของการมีแนวปฏิบัติทางคลินิกยังมีผู้ที่กล่าวถึงไว้อีกมากมาย ดังนี้

1. การมีแนวปฏิบัติทางคลินิก ทำให้รูปแบบการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย (variation) เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิก ช่วยในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติใช้วิจารณญาณร่วมกับความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) นอกจากนี้ยังเป็นการให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการว่าได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานเดียวกันทุกครั้งที่มารับการรักษา (วิทยา ศรีดามา, 2546)
2. เป็นการส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)
3. ช่วยในการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgement) ง่ายขึ้น และมีหลักฐานประกอบมากขึ้น (จิตร สิทธิอมร, 2543)
4. ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีความคุ้มค่ามากขึ้น (cost-effective) การพิจารณาเลือกแนวทางการรักษาจำเป็นต้องพิจารณาถึงความคุ้มค่าของการวินิจฉัย หรือรักษาวิธีต่างๆ การเลือกการวินิจฉัยและรักษาที่มีค่าใช้จ่ายปานกลาง และได้ผลการรักษาที่ดีเทียบเท่าการรักษาที่แพงกว่ามาก (วิทยา ศรีดามา, 2546) ลดค่าใช้จ่ายทำให้การใช้ทรัพยากรในการบริการมีความคุ้มค่า คุ้มทุนมากขึ้น (จิตร สิทธิอมร, 2543) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด ค่าใช้จ่ายต่ำ (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)

5. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือของการประเมินจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพของบริการ (จิตร สิทธิอมร, 2543)

แนวปฏิบัติทางคลินิกมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังภายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เนื่องจากการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายระดับและหลายฝ่าย ซึ่งอาจทำให้เกิดความหลากหลายในการปฏิบัติได้ เชื่อว่าการมีแนวปฏิบัติทางคลินิกจะทำให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานเดียวกัน เพิ่มคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย ให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดี กล่าวคือผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากขึ้นและสม่ำเสมอ ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย ลดความพิการ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยังได้แนวปฏิบัติที่เป็นตัวชี้วัดในการประเมินจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการตามนโยบายพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

หลักการพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องเชื่อมต่อกับอีก 3 ขั้นตอน คือ การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปปฏิบัติ การทบทวนวิธีการดูแลรักษาและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย และการปรับปรุงวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น และนำไปสู่การปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล, 2543) หลักการพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล, 2543; NHMRC, 1999)

1. กระบวนการจัดทำหรือพัฒนาและการประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติทางคลินิก ความมุ่งที่ผลลัพธ์ต่อตัวผู้ป่วย (Guideline development and evaluation) โดยสามารถประเมินผลลัพธ์ได้ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งประเมินจากอัตราการมีชีวิตรอด (survival rates) ผลลัพธ์ที่ประเมินได้อาจเป็นด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งในการประเมินผลลัพธ์ขึ้นกับว่าเรื่องนั้นเป็นเรื่องอะไร และดัชนีที่บ่งชี้ถึงผลลัพธ์ในเรื่องนั้นคืออะไร

2. แนวปฏิบัติทางคลินิกควรพัฒนาอย่างเป็นระบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ (Using the best available evidence) มีวิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ระดับคุณภาพ (level) ความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (quality) ความเกี่ยวข้อง และความความเที่ยงตรงของหลักฐาน

(relevance and strength) หลักฐานที่มีคุณภาพสูงมีระดับความน่าเชื่อถือสูงอาจจะไม่เหมาะกับการนำไปปฏิบัติในบางหน่วยงาน

3. วิธีการสังเคราะห์ระดับของหลักฐานที่จะนำมาใช้ ควรเป็นวิธีที่น่าเชื่อถือมากที่สุด โดยระดับของข้อเสนอนั้นไว้ด้วย ซึ่งขึ้นอยู่กับการศึกษา (judgment) ประสบการณ์ (experience) และการรับรู้ที่ดีของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอนะที่มีคุณภาพ (good clinical recommendations)

4. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีคุณภาพควรทำเป็นสหสาขาวิชาชีพ (A multidisciplinary approach that includes consumers) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทั่วไป และผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา รวมทั้งผู้ป่วยด้วย

5. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นควรมีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ตามลักษณะประชากรเป้าหมาย สถานที่ ความรุนแรงของโรค และลักษณะทางภูมิศาสตร์ โดยต้องคำนึงถึงทรัพยากรของผู้รับบริการ

6. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกควรคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ ที่สำคัญ คือ ต้องมีการประเมินสถานะเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง คือ การประเมินต้นทุนต่ำสุด (cost-minimisation) ในรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกัน วิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis) เป็นผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น จำนวนวันหรือปีที่รักษาชีวิตรอด ราคาต่อผลลัพธ์ทางคลินิกต่ำ และการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (cost-utility analysis) เช่น คะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้น ราคาต่อหน่วย (quality-adjusted year of life gained)

7. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นควรมีการนำไปเผยแพร่ในองค์กร หรือหน่วยงาน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ปฏิบัติ ได้รับทราบรายละเอียด เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

8. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำไปใช้ต้องได้รับการประเมินก่อนการนำไปใช้ ประโยชน์ที่จะได้รับ และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น กับทั้งผู้ปฏิบัติ ผู้รับบริการ และองค์กรสุขภาพ

9. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น ควรมีการปรับปรุงเป็นระยะๆ เพื่อให้ทันต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ตอบรับกับงานวิจัยใหม่ๆ และผลของการประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ

หลักการพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรมุ่งผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยมากกว่า บุคลากรหรือผู้ให้บริการ การพัฒนาแนวปฏิบัติอยู่บนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุด กระบวนการพัฒนาต้องประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการเผยแพร่และนำสู่การปฏิบัติ รวมทั้ง

มีการติดตามประเมินผลและมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติอยู่เสมอเป็นระยะๆ โดยในทางปฏิบัติมักจะนำขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ไปใช้

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ขั้นตอนการพัฒนาควรมีพื้นฐานจากหลักฐานที่ดีที่สุด มีวิธีการที่น่าเชื่อถือในการสังเคราะห์หลักฐาน กระบวนการจัดทำจากสาขาวิชาชีพ และสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานที่นั้นๆ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) แนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกมีหลายรูปแบบ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) เนื่องจากมีความชัดเจน มีการพัฒนาเป็นขั้นตอน เข้าใจง่าย เป็นที่ยอมรับและมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 4) กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก 7) กำหนดแผนการเผยแพร่และแผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 8) กำหนดแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข 9) จัดทำรายงานรูปเล่ม 10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และ 11) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกหลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติ ประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข และสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ที่จัดทำขึ้น 12) การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยจัดทำประชาพิจารณ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ (determining the need for and scope of guidelines) เป็นขั้นตอนระบุปัญหา ความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก การเลือกปัญหาควรพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ควรได้รับการปรับปรุงคุณภาพซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้นใหม่ โดยต้องสัมพันธ์กับภาวะทางสุขภาพ ค่าใช้จ่าย ความหลากหลายในการปฏิบัติที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อผลของการดูแลรักษา คุณภาพการให้บริการ และความเพียงพอของข้อมูลหลักฐานที่จะใช้ในการปรับปรุงคุณภาพของปัญหาทางคลินิกนั้น

2. กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (convene a multidisciplinary panel to oversee the development of the guidelines) ทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ และเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อความสมบูรณ์ของแนวปฏิบัติทางคลินิกจากความคิดที่หลากหลาย และสามารถใช้ในวงกว้างได้ ซึ่งทีมพัฒนาควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร เป็นต้น

3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (define the purpose of and target audience for the guidelines) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาปฏิบัติทางคลินิก โดยพิจารณาเกี่ยวกับอุบัติการณ์และสถานการณ์ของปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุงคุณภาพ ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ผู้รับบริการ สถานที่ที่ต้องนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งมาตรฐานการกำหนดวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมายของแต่ละประเด็นปัญหาจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของปัญหาทางคลินิกนั้นๆ

4. กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (identify health outcome) ทีมผู้พัฒนาร่วมกันกำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้และเป็นวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สุดในสถานการณ์ปัจจุบันอาจจะเป็นผลลัพธ์ระยะสั้น หรือระยะยาว ซึ่งควรกำหนดผลลัพธ์ด้านปริมาณที่สามารถวัดได้จริงเช่น การมีพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน หรือ อัตราความพึงพอใจ เป็นต้น นอกจากนี้ควรกำหนดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และควรออกแบบเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติที่เหมาะสม

5. ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ (review the scientific evidence) เป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุงคุณภาพการบริการ การค้นหาหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ต้องมีความชัดเจนและความน่าเชื่อถือ ปราศจากความลำเอียงในขั้นตอนการคัดเลือกหลักฐานข้อมูล โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกันกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นจากกลุ่มเป้าหมาย วิธีการปฏิบัติ ผลลัพธ์และประเภทของหลักฐาน เพื่อสืบค้นข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ที่น่าเชื่อถือ และการสืบค้นด้วยมือ เช่น หนังสือ บทความทางวารสารการพยาบาล วารสารการพยาบาล เป็นต้น หลังจากนั้นทีมพัฒนาร่วมกันวิเคราะห์ ประเมินคุณภาพ และความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาประเมินที่เหมาะสมที่ตรงกับหลักฐานประเภทต่างๆ ดังนี้

5.1 เกณฑ์การประเมินคุณค่าของงานวิจัย (research report) โดยทั่วไปนิยมใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2008) ได้จัดแบ่งระดับหลักฐานออกเป็น 4 ระดับ

ระดับ 1 การวิเคราะห์แบบเมต้าที่มีการศึกษาเชิงทดลองในเรื่องเดียวกัน หรือคล้ายกัน มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม หรือ การศึกษาวิจัยเชิงทดลองในกลุ่ม ตัวอย่างขนาดใหญ่อย่างน้อย 1 งานวิจัย ที่มีช่วงความเชื่อมั่นที่แคบ

ระดับ 2 การศึกษาวิจัยเชิงทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก อย่างน้อย 1 งานวิจัย ที่มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม และมีช่วงความเชื่อมั่นที่กว้าง หรือการศึกษา กึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ 3 แบ่งเป็น

3a. งานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า เพื่อศึกษาตัวแปร หรือผลของตัวแปรตัวใดตัวหนึ่ง และมีกลุ่มควบคุม (cohort studies with control group)

3b. งานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังในตัวแปรที่จะทำนาย เหตุการณ์บางอย่างได้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะเฉพาะบางอย่างของบุคคลในคนที่ เป็นและ คนที่ไม่เป็น (case-controlled)

3c. งานวิจัยที่มีการศึกษาโดยการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นเองตาม ธรรมชาติ และไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (observational studies without control group)

ระดับ 4 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หรือ งานวิจัยที่เป็นฐานด้าน สรีรวิทยา หรือข้อตกลงร่วม

5.2 เกณฑ์การประเมินระดับของข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติ (grade of recommendations) เป็นเกณฑ์ที่ใช้แบ่งระดับของข้อเสนอแนะที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2008) ได้จัดแบ่งเกรดของข้อเสนอแนะเป็น 3 ระดับ

ระดับ A หมายถึง ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้ว มีเหตุผลสนับสนุนที่ดี มาก สมควรนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ B หมายถึง ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อมีการพิจารณาแล้ว มีเหตุผลสนับสนุน ปานกลาง ควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ C หมายถึง ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้ว ไม่มีเหตุผลสนับสนุน ในการนำไปใช้

6. กำหนดร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate the guidelines) การยกร่างแนวปฏิบัติ ทางคลินิกควรมีความชัดเจน กระชับ และเป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดในขณะนั้น ซึ่งจะ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้ ร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกควรประกอบด้วย วัตถุประสงค์การพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อมูลของผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา กลุ่มประชากรเป้าหมาย หลักฐานทาง วิทยาศาสตร์ ผลประโยชน์และผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายของแนวปฏิบัติทางคลินิก ความต้องการ

เฉพาะในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เช่น การจัดอบรม อุปกรณ์ที่จำเป็น นอกจากนี้ควรกำหนดระดับของข้อมูลเชิงประจักษ์ (level of evidence) การให้คุณค่าของแนวปฏิบัติใช้เกณฑ์การประเมินคุณค่าของข้อเสนอแนะการยกร่างแนวปฏิบัตินี้อาจได้แนวปฏิบัติทางคลินิกออกมาใน 3 ลักษณะ ขึ้นอยู่กับระดับของหลักฐานที่มีอยู่และความเห็นร่วมกันของทีมพัฒนา คือ 1) แนวปฏิบัติที่พัฒนามบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guidelines) 2) แนวปฏิบัติที่ไม่มีหลักฐานรองรับแต่ในที่ประชุมของทีมพัฒนามีความเห็นว่าเป็นไปได้ (consensus-based guidelines) 3) แนวปฏิบัติที่ในที่ประชุมของทีมพัฒนายังมีข้อขัดแย้งกัน แต่มีความเห็นว่าจะจะเป็นประโยชน์และสามารถนำไปเผยแพร่ให้รับรู้ทางเลือกที่เป็นไปได้ (non-consensus statement) (อนวัตนัน สุภชติกุล, 2543)

7. กำหนดแผนการเผยแพร่ และแผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (formulate a dissemination and implementation strategy) เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ควรใช้วิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและลักษณะของแต่ละหน่วยงานที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยพิจารณาแรงจูงใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ การใช้กระบวนการศึกษาในกลุ่มต่างๆ ขององค์กร เช่น ทีมดูแลสุขภาพ (Patient Care Team [PCT]) ซึ่งการวางแผนในแต่ละขั้นตอน ได้แก่

7.1 แผนการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก มีวิธีการในการเผยแพร่ให้เกิดประสิทธิภาพ โดยการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และมีกลยุทธ์ในการประชาสัมพันธ์

7.2 แผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะใช้ความคิดเห็นหรือการตรวจเยี่ยมของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกที่ได้รับการยอมรับซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของผู้ปฏิบัติที่ดียิ่งขึ้น การส่งเสริมการอบรมความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก การใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย เป็นต้น

8. กำหนดแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate an evaluation and revision strategy)

8.1 แผนการประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงในระยะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก นอกจากนี้ต้องประเมินเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ใช้ และควรมีรายละเอียดเกี่ยวกับ ความง่าย ความชัดเจน การยอมรับในรายละเอียด ความตรงประเด็นกับปัญหา และความพึงพอใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก

8.2 แผนการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยทั่วไปควรปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกทุก 3-5 ปี ควรระบุเกี่ยวกับประสบการณ์ในการปฏิบัติและข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกในปัจจุบัน ควรมีการร่วมมือกันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยควรระบุวัน เวลา ที่แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับการพัฒนาและวันเวลาที่แนวปฏิบัติควรได้รับการปรับปรุงใหม่ไว้ด้วย

9. จัดทำรายงานรูปแบบ (the guidelines themselves) การจัดทำรายงานรูปแบบซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกควรมีความชัดเจน สั้น กระชับ ได้ใจความ ซึ่งรูปแบบอาจมีความแตกต่างกันตามความเหมาะสมเช่นรูปแบบเป็นความเรียงร้อยแก้ว หรือ ลักษณะเป็นขั้นตอน (flowchart) และควรมีความสม่ำเสมอ (consistent) ในการใช้คำศัพท์และสัญลักษณ์ เพื่อง่ายต่อการเข้าใจ ปฏิบัติตาม ในส่วนเนื้อหาที่สำคัญ หรือส่วนที่อาจมีการเข้าใจผิดควรมีการอธิบายให้ชัดเจน

10. จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (reporting on the guidelines development process) รายงานควรประกอบด้วยองค์ที่ให้การสนับสนุนในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้เสนอ ผู้อนุญาตหรือรับรองแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ ทีมพัฒนา ขั้นตอนการพัฒนา การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ การเลือกหลักฐาน การให้ข้อเสนอแนะ ระบุทรัพยากร สิ่งอำนวยความสะดวก หรือการฝึกอบรมที่จำเป็นต้องใช้ในการนำสู่การปฏิบัติ อธิบายกระบวนการทดสอบแนวปฏิบัติในกลุ่มผู้ทดลองใช้ ระบุขั้นตอนการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ และจัดทำบรรณานุกรมของหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

11. การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิก (assessing the guidelines document) แนวปฏิบัติทางคลินิกควรได้รับการตรวจสอบอย่างละเอียดเกี่ยวกับความตรงในเนื้อหา ความเหมาะสม ความยืดหยุ่น และความชัดเจนของแนวปฏิบัติโดยกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจประกอบด้วย บุคลากร สถาบันทางสุขภาพและองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในรูปแบบนี้เป็นการพัฒนาซึ่งมีกระบวนการร่วมกันตัดสินใจผู้ที่เกี่ยวข้องอาจไม่เห็นด้วยตามคำแนะนำของรูปแบบการพัฒนา จากนั้นทีมพัฒนานำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก ก่อนนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ต่อไป

12. ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (consultation) เพื่อเป็นการร่วมกันพิจารณาตัดสินใจคำแนะนำการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติทางคลินิกที่จัดทำขึ้นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนาเช่น ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ให้การดูแล

สุขภาพ ผู้รับบริการ หรือผู้บริหารองค์กร เป็นต้น ซึ่งการปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอาจทำในรูปของ
 ประชาพิจารณา หรือการเสวนา เป็นต้น

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามขั้นตอนของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และ
 สาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบตาม
 หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ มีวิธีการสังเคราะห์หลักฐานที่น่าเชื่อถือ มีกระบวนการจัดทำจากสห
 สาขาวิชาชีพ การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีได้ร่วมในทีมพัฒนา รวมทั้งประเมินแนวปฏิบัติโดย
 ผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายใน
 ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังงา พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนา
 แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline [CPG]) ของสภาวิชาชีพการแพทย์และ
 สาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 12 ขั้นตอนดังนี้ 1)
 กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อ
 พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทาง
 คลินิก 4) กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) ขร่างแนว
 ปฏิบัติทางคลินิก 7) กำหนดแผนการเผยแพร่และแผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 8)
 กำหนดแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข 9) จัดทำรายงานรูปเล่ม 10) จัดทำรายงาน
 กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และ 11) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ใน
 แนวปฏิบัติ ประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข และสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติ
 ทางคลินิกไปใช้ที่จัดทำขึ้น 12) การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 ทางคลินิก โดยจัดทำประชาพิจารณา