

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นสาเหตุหลักของโรคเรื้อรังที่สำคัญ เช่นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โดยพบอัตราการตายร้อยละ 49.7 และอัตราการป่วยร้อยละ 42.2 (องค์การอนามัยโลก, 2547) อุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นทุกปีในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่า มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 150 ล้านคนและคาดว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งเท่าตัวคือ 300 ล้านคนเป็นอย่างน้อยในปี 2568 (องค์การอนามัยโลก, 2547)

สำหรับประเทศไทยพบว่ามีอัตราความชุกของโรคเบาหวานประมาณ ร้อยละ 2.5 - 7 ในกลุ่มผู้ใหญ่ และร้อยละ 13 - 15.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุ กล่าวคือประชากรไทยทุกๆ 100 คน จะมีผู้ป่วยเบาหวาน 6 คน (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2543) คาดว่าในปี 2553 จะมีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าปัจจุบัน 2 เท่า (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2542)และ พบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือดของประชากรไทย ระหว่าง พ.ศ.2541-2545 สูงขึ้นทุกปี โดยพบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 7.9, 11.4, 11.5, 11.7 และ 11.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคเบาหวานกำลังมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจอย่างมาก โดยเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของประชากรไทยเช่นมีอุปนิสัยการรับประทานอาหารจานด่วน หรืออาหารที่มีไขมันสูง ขณะเดียวกันการออกกำลังกายในระดับที่ต่ำ และมีความเครียดในชีวิตประจำวันมากขึ้น จากรายงานของไพบูลย์ สุริยวงศ์ไพศาล (2540) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 60 - 80 ในโรงพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลศูนย์ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามที่กำหนด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม การควบคุมโรคเบาหวานจะประสบผลสำเร็จเพียงใด ขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย

ต้อหิน ต้อกระจก ตาบอด กรวยไตอักเสบ ไตวายเรื้อรัง หัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดเนื้อตาย แผลติดเชื้อ อาจถูกตัดเท้าหรือขาและมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน 10 -20 เท่า (สมบุญ วงศ์ธีรภัค, 2545)

ผลกระทบจากโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ยังเป็นปัญหาอย่างมากต่อบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ กล่าวคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานยังเป็นภาระหนักของระบบสาธารณสุข ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ 55 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (ยุพิน เบ็ญจสุรตน์วงศ์, 2549)

การควบคุมอาหาร เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน ไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินหรือชนิดไม่พึ่งอินซูลินก็ตาม จะต้องมีการควบคุมอาหารไปด้วยเสมอการรักษาจึงจะได้ผลดี การควบคุมอาหารที่ถูกต้องทั้งปริมาณและคุณภาพจะทำให้ควบคุมเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากโรคเบาหวานมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญอาหาร ความสมดุลระหว่างน้ำตาลในเลือดและอินซูลินจึงมีผลโดยตรงกับการรับประทานอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหารอยู่ตลอดเวลา ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีน้ำตาลในเลือดสูงไม่มากนักหากมีการควบคุมอาหารดีและออกกำลังกายเหมาะสม สมอาจไม่ต้องรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมโรคก็ได้ (วัลลา ตันตโยทัย , 2540) แต่ในเชิงปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้จริง สโตน (Stone 1969) ได้กล่าวว่าความล้มเหลวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการควบคุมอาหารไม่ดีสูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับมิลเลอร์(Miller 1982) ได้พบว่ากิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นปัญหามากที่สุดคือการควบคุมอาหาร ซึ่งจากการศึกษาของจิตรกร วิเศษปัสสา (2548) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานถึงร้อยละ 78 แต่มีพฤติกรรมในการควบคุมอาหารที่เหมาะสมเพียงร้อยละ 6.5

จังหวัดปทุมธานีจัดเป็น 1 ใน 26 จังหวัดที่ต้องเฝ้าระวังในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ทั้งนี้โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในสิบห้าสาเหตุแรกของการเสียชีวิตทุกสาเหตุ จากรายงานอันดับโรคเรื้อรังผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2549 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 52,289 ราย อันดับหนึ่ง ความดันโลหิตสูง จำนวน 6,906 รายคิดเป็น ร้อยละ13.21 อันดับสอง เบาหวาน จำนวน 5,303 รายคิดเป็น ร้อยละ10.14 และรายงานอันดับโรคเรื้อรังผู้ป่วยใน (IPD) ตั้งแต่วันที่

และจากการศึกษาปรากฏการณ์ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 10 ราย ที่โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี เดือนธันวาคม 2549 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 80 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูงแต่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดถึงร้อยละ 90 เนื่องจากปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเบาหวานที่พบ คือมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคที่ไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 80 คือ ผู้ป่วยควบคุมอาหารประเภทน้ำตาลเป็นบางครั้งร้อยละ 80 และรับประทานอาหารจนอิ่มเกินปริมาณที่กำหนดตามความต้องการทุกมื้อร้อยละ 80 มีการใช้น้ำมันปาล์มในการทำอาหารร้อยละ 70 ดื่มน้ำหวานและน้ำอัดลมเป็นประจำร้อยละ 70 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสอนด้านการ ควบคุมอาหารเฉพาะโรคและทักษะในการควบคุมอาหารไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องถึงร้อยละ 80

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ศึกษาจึงได้สนใจหาแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่เหมาะสมทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและช่วยประเทศชาติลดภาระด้านการรักษาพยาบาลของสถานบริการและตอบสนองต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวปฏิบัติเรื่องการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

คำนิยามศัพท์

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง รายการอาหารที่รับประทานในชีวิตประจำวันที่สามารถควบคุมเบาหวานได้ง่าย โดยควบคุมปริมาณแป้งและน้ำตาล ลดปริมาณไขมันอิ่มตัว และเพิ่มการบริโภคผักสด โดยคิดคำนวณตามปริมาณแคลอรีจากความต้องการในแต่ละวันโดยมีการกระจายสารอาหารให้ครบทุกหมวดหมู่ ยึดหลักอาหารแลกเปลี่ยน

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่สอง ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

(เกณฑ์ที่กำหนดในการควบคุมเบาหวานได้เหมาะสมคือ 90 – 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)

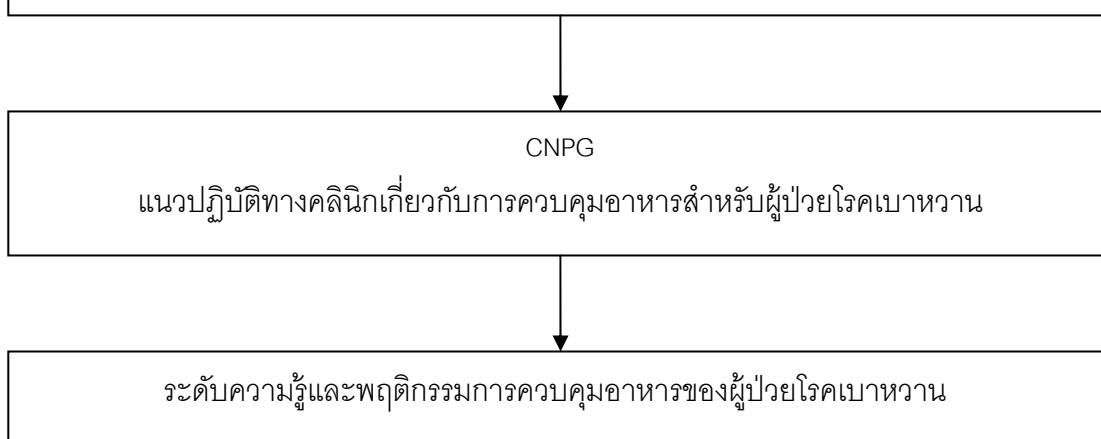
แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง แนวทางการให้สุศึกษาของบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้อาหารแลกเปลี่ยน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมอาหารให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิด

การศึกษครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำรูปแบบของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้ความรู้เชิงประจักษ์ของ Stetler Model of Research Utilization to facilitate evidence – based practice (Stetler,1994)มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุดอย่างเหมาะสมสำหรับพยาบาลและผู้ป่วย แบ่งเป็น 6 ระยะ ดังแผนภูมิที่ 1.1

รูปแบบ ของ Stetler Model ประกอบด้วย 6 ระยะดังนี้

1. ระยะเตรียมการ กำหนดวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ของโครงการ สืบค้นและคัดเลือกหลักฐานจากงานวิจัย
 - 1.1 Analytic Thinking
 - 1.1.1 Problem analysis การระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข
 - 1.1.2 Situation analysis ระบุสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหา
 - 1.1.3 Decision goal ระบุเป้าหมายของการตัดสินใจว่าคืออะไร
 - 1.2 Nursing Phenomena
2. ระยะวิเคราะห์ตรวจสอบ แหล่งที่มาของหลักฐาน ความน่าเชื่อถือ จุดอ่อนจุดแข็งของงานวิจัย ประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐาน ตามระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ (Melnyk, & Fineout – Overholt, 2005)
3. ระยะประเมินเปรียบเทียบ (Comparative evaluation) พิจารณาความเหมาะสมของหน่วยงาน และผู้ป่วย ความเป็นไปได้ การปฏิบัติที่เป็นอยู่ ความน่าเชื่อถือของหลักฐาน โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้
 - 3.1 Transferability
 - 3.2 Feasibility
 - 3.3 Cost-benefit
4. ระยะตัดสินใจ (Decision making) พิจารณาว่าจะใช้หรือไม่ใช้ผลงานวิจัยนั้นๆหรือไม่โดยการนำทดลองใช้ และ หาความตรงเชิงเนื้อหา
5. ระยะถ่ายทอด/ดำเนินการ (Translation /Application) ดำเนินการสร้างคู่มือและนำไปใช้
6. ระยะประเมินผล (Evaluation) และเผยแพร่ความรู้ให้กับหน่วยงานอื่นๆ



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยประยุกต์กระบวนการใช้ผลงานวิจัยตามรูปแบบของ Stetler Model (Stetler,1994)