

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข โดยเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึม ซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง (American Diabetes Association, 2012) ในประเทศไทยพบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 6.9 (ถัดมา คำจาริการเลิศ, 2553) และอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 17 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2553) การเป็นโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ ค่าใช้จ่ายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในด้านสุขภาพ (clinical outcomes) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและโรคทางหลอดเลือดทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554) และมีผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) โดยในปีพ.ศ.2549 ประเมินการสูญเสียรายได้จากผลผลิตประชาชาติ (GDP) ของประเทศไทยจากโรคหัวใจ อัมพาต และเบาหวาน คิดเป็น 4,200 ล้านบาท และคาดว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีการสูญเสียสะสมเพิ่มเป็นประมาณ 52,150 ล้านบาท (นิตยา พันธุ์เวทย์ และ นุชรี อาบสุวรรณ, 2552) ในขณะเดียวกัน โรคเบาหวานมีกระทบด้านความเป็นมนุษย์ (humanistic outcomes) โดยพบว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย (Disability Adjusted Life Years Loss, DALYs Loss) โดยเบาหวานทำให้สูญเสียช่วงอายุที่มีสุขภาพดีถึง 267,158 DALYs ในเพศหญิง และ 168,372 DALYs ในเพศชาย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบันประกอบด้วยการใช้ยา ทั้งยาเม็ดรับประทาน และ/หรือยาฉีดอินซูลิน ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับเป้าหมายการรักษา (บุษบา จินดาวิจักษณ์ และคณะ, 2555)

อย่างไรก็ตาม การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ยังพบว่าเป็นปัญหาอันดับต้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ในปี พ.ศ.2552 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ หรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่ำกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 37 (ลัดดา ดำริการเลิศ, 2553) โดยพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งในภาพรวมแล้วปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองเป็นหลัก

ในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ลัดดา ดำริการเลิศ, 2553) เป้าหมายหลักอย่างหนึ่งคือ การสนับสนุนการดูแลตนเอง เน้นการเสริมศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นั่นคือ ผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแลสุขภาพที่สำคัญที่สุดของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคเรื้อรังเป็นเวลานาน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเองหรือพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น พบว่า มีหลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษา (counseling) (ปิยมาลัย อาษาสันติสุข และคณะ, 2552) การจัดกิจกรรมเข้าค่าย (อุษา ทศนวิน, 2553) และการจัดโปรแกรมหรือกระบวนการในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Ninfa et al., 2011; วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ, 2551; ดวงสมร นิลตานนท์ และ จุฬารัตน์ โสตะ, 2553 และ ชนิษฐา สุรเดชาวุธ, 2553) โดยพบว่ารูปแบบต่างๆ ดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลตนเองดีขึ้น รวมทั้งพบว่ามี การนำทฤษฎีต่างๆ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เช่น ทฤษฎีของโอเร็ม (วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ, 2551) และทฤษฎีของกิบสัน (ชนิษฐา สุรเดชาวุธ, 2553) เป็นต้น

ในการศึกษานี้ มีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาคือ การใช้แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย (patient empowerment) ที่มีการรวบรวมและสรุปโดย Loukanova และคณะ (2007) ซึ่งแนวคิดนี้ เน้นการใช้กระบวนการและกิจกรรมที่ชัดเจนในการทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักในศักยภาพที่ตนมี และเข้าใจว่าตัวเองเป็นผู้ที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วย โดยพัฒนาทักษะและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบมีส่วนร่วม และตัดสินใจในการรักษาและดูแลสุขภาพของตนเอง และกิจกรรมที่ใช้เสริมสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยในการศึกษานี้ก็แตกต่างจากงานวิจัยของที่ผ่านมาด้วย ซึ่งการศึกษาของ Ninfa และคณะ (2011) มีการให้ทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม มีทั้งการใช้สื่อวีดีโอ การให้ความรู้ การพูดคุยเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วย การศึกษาของ วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2551) ใช้การสนทนาเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มทั้งผู้ป่วยและญาติ แล้วนำแนว

ทางการส่งเสริมการดูแลตนเองไปทดลองปฏิบัติ สังเกต สะท้อนผลการปฏิบัติ และปรับปรุงแผน เพื่อสามารถปฏิบัติได้เหมาะสม การศึกษาของดวงสมร นิลตานนท์ และ จุฬารัตน์ โสตะ (2553) จัดให้ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเช่น เรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย เป็นต้น และการศึกษาของชนิษฐา สุระเดชาวุธ (2553) ใช้กิจกรรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนตามทฤษฎีของกิบสัน แต่ในการศึกษานี้เน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยด้วยกิจกรรม 4 อย่าง คือ Information sharing, Doctor - patient communication, Choice และ Shared decision making นอกจากนี้ในการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นการทำกิจกรรมในลักษณะเป็นกลุ่มผู้ป่วย แต่ในการศึกษานี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและให้การเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยด้วยการทำกิจกรรมในลักษณะเป็นรายบุคคล คือ ครั้งละ 1-2 คนเท่านั้น

โรงพยาบาลแก่งกระเจาน เป็นโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 30 เตียงในจังหวัดเพชรบุรี ข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อรัง พบโรคเบาหวานมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง โดยในปีงบประมาณ 2554 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 474 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA_{1c} มากกว่าร้อยละ 7 คิดเป็นร้อยละ 49.58 และผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ fasting blood sugar (FBS) อยู่ในเกณฑ์ 80 – 130 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 31.89 ส่วนข้อมูลด้านความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนั้น พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย คิดเป็นประมาณร้อยละ 80 - 90 ของปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด

จากข้อมูลข้างต้น ผู้ป่วยเบาหวานกว่าครึ่งของโรงพยาบาลยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับค่าเป้าหมายและพบภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่มารับการตรวจภาวะแทรกซ้อนตามที่ทางโรงพยาบาลนัดไว้ พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย รวมทั้งรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานยังไม่มีกระบวนการที่ชัดเจนในการส่งเสริมหรือพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยมาใช้ในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งเป็นการนำกระบวนการหรือกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักในศักยภาพที่ตนมี ได้มีส่วนร่วมและตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างเต็มที่และเต็มใจอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน นอกจากนี้แนวทางการเสริมศักยภาพผู้ป่วยยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 ในยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 4 ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งภาคประชาชนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วย (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2554) โดยผลที่ได้จากการวิจัยจะนำไปใช้เป็นแนวทางในวางแผนการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล เพื่อผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย

สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ หรือในด้านอื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลของการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความร่วมมือในการรักษา และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรูปแบบปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความร่วมมือในการรักษา และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าการมารับบริการรูปแบบปกติ

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (non - randomized controlled - group pretest posttest design) เพื่อประเมินผลของการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความร่วมมือในการรักษา และการควบคุมน้ำตาลในเลือด โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วย (Patient Empowerment) ของ Loukanova และคณะ (2007) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแก่งกระเจาน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – มิถุนายน 2556

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554)

ศักยภาพผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานมีความตระหนักในศักยภาพที่ตนมีและเข้าใจว่าตัวเองเป็นผู้ที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตน รวมทั้งดึงศักยภาพนั้นออกมาใช้อย่างเต็มที่และเต็มใจ ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งในการศึกษานี้วัดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความร่วมมือในการรักษา และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

การเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพที่ดีในการดูแลตนเอง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับค่าเป้าหมาย ป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้กิจกรรมหลัก 4 อย่าง ตามแนวคิดของ Loukanova และคณะ (2007) ได้แก่

- (1) Information sharing : การให้ข้อมูลที่จำเป็นต่างๆ ในโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วย
- (2) Pharmacist- patient communication : การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย
- (3) Choice : ทางเลือกในการรักษา รวมทั้งข้อดีและข้อเสียต่างๆ
- (4) Shared decision making : การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา โดยมีความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ป่วยกับมาตรฐานในการรักษา

โดยเภสัชกรจัดกิจกรรมเพื่อพบผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 เดือน ครั้งละประมาณ 20 นาที ทำในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะรับการรักษาในรูปแบบปกติ ในสถานที่ที่กำหนดไว้

การรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานเชื่อว่าตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมบางอย่างให้สำเร็จได้ ในการศึกษาที่ประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self- efficacy) ที่ดัดแปลงมาจาก Self- Efficacy for Diabetes ของ Stanford Patient Education Research Center

ความร่วมมือในการรักษา (adherence) หมายถึง ระดับพฤติกรรมมารับประทานยาของบุคคล รวมทั้งการรับประทานอาหาร และ/หรือ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับคำแนะนำที่ตกลงร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์ (WHO, 2003) โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและตัดสินใจในการใช้ยาอย่างเต็มใจ ในศึกษานี้วัดความร่วมมือในการรักษาใน 2 ประเด็น ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา และการมาตรวจตามนัดในเดือนที่ 1 - 4 ซึ่งการมาตรวจตามนัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยมาตรงกับวันที่ในบัตรนัดของโรงพยาบาลหรือมาหลังจากวันที่ในบัตรไม่เกิน 2 วัน หรือ ผู้ป่วยตั้งใจมาก่อนวันนัดเนื่องจากไม่สามารถมาในวันที่มีนัดได้

ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง การรับประทานยาถูกต้องทั้งชนิด ขนาด วิธีวิธีทาง และสม่ำเสมอ (หมายถึง ไม่ขาดยา) ซึ่งยาในที่นี้ หมายถึง ยาลดน้ำตาลในเลือดแบบรับประทานเท่านั้น ซึ่งร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาวัดโดย self report โดยใช้การถามย้อนหลัง 1 สัปดาห์ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาก็ครั้ง (จำนวนที่เม็ด) แล้วคำนวณดังนี้

$$\left\{ \frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่ควรรับประทาน} - \text{จำนวนเม็ดยาที่รับประทานไม่ถูกต้อง}}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ควรรับประทาน (ใน 1 สัปดาห์)}} \right\} \times 100$$

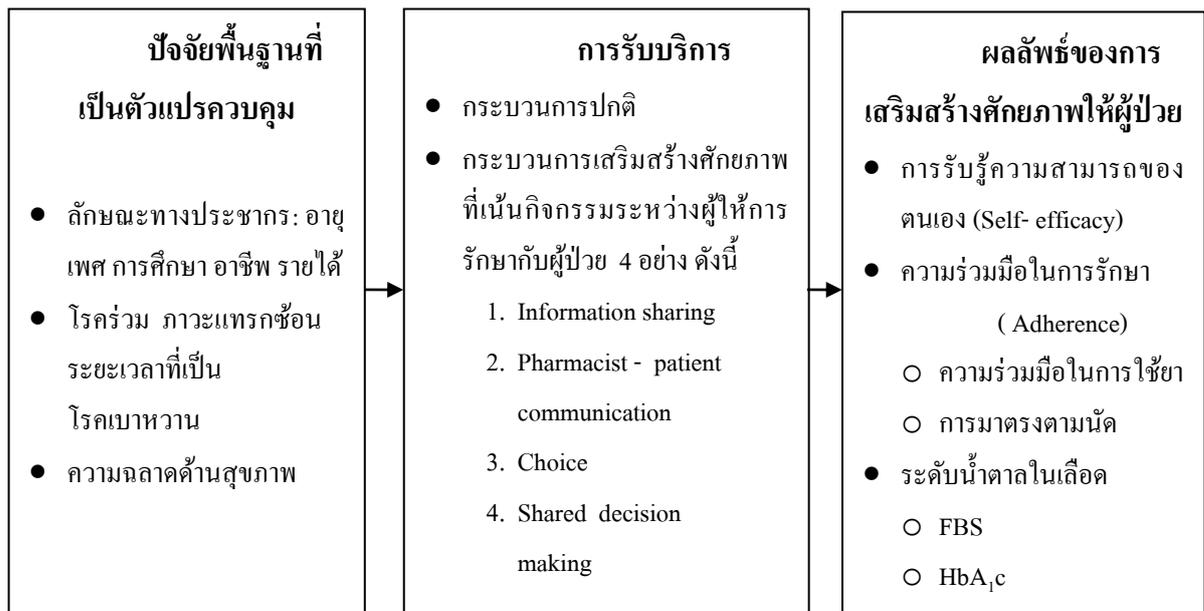
ระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมาย หมายถึง ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (Fasting Blood Sugar, FBS) อยู่ในช่วง 70 - 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตรหรือระดับ HbA_{1c} น้อยกว่าร้อยละ 7)

ความฉลาดด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเสมอ (WHO, 1998) ซึ่งประเมินใน 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) (2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) (4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) (5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ (6) การจัดการตนเอง (self - management)

การรับบริการรูปแบบปกติ หมายถึง การรับบริการที่มีขั้นตอน ดังนี้

- (1) ผู้ป่วยพบพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อซักประวัติและข้อมูลต่างๆ เช่น FBS ความดันโลหิต น้ำหนัก เป็นต้น ก่อนพบแพทย์
- (2) ผู้ป่วยพบแพทย์ หรือ พยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อรับการตรวจ
- (3) ผู้ป่วยพบพยาบาลเพื่อรับคำแนะนำและรับบัตรนัด
- (4) ผู้ป่วยรับยาจากเภสัชกรที่ห้องยา

กรอบแนวคิดในการวิจัย



กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้พัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยที่รวบรวมและสรุปโดย Loukanova และคณะ (2007) โดยในการศึกษานี้ต้องการประเมินผลของการให้ intervention คือ การเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกิจกรรมหลัก 4 อย่าง ได้แก่ Information sharing, Pharmacist - patient communication, Choice และ Shared decision making และเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบริการรูปแบบปกติ โดยวัดผลลัพธ์ใน 3 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความร่วมมือในการรักษา และการควบคุมน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้นำปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดนี้ ได้แก่ Knowledge, Health literacy, Patient initiative และ Access to services and drugs มาใช้ทั้งหมด แต่ได้เลือก Health literacy (ความฉลาดด้านสุขภาพ) มาเพียงปัจจัยเดียว เนื่องจากสนใจปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องนำไปใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2553) พบว่า คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป มี 6 ประการ คือ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) (2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) (4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) (5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ (6) การจัดการตนเอง (self-management) ซึ่งเห็นได้ว่า ปัจจัยความฉลาดด้านสุขภาพมีครอบคลุมในประเด็นของ Knowledge, Patient initiative และ Access to services and drugs ด้วยแล้ว ดังนั้นการนำ Health literacy (ความฉลาดด้านสุขภาพ) มาเพียงปัจจัยเดียวจึงน่าจะมีความเหมาะสมและครอบคลุมกับเนื้อหาของการศึกษานี้