

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษาด้านระบาดวิทยา พบว่า ปี ค.ศ. 2000 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 171 ล้านคน และคาดการณ์ว่า ปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีกทั่วโลก 366 ล้านคน (World Health Organization [WHO]. 2006) และร้อยละ 90 – 95 ของการวินิจฉัยโรคเบาหวานจะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (American Diabetes Association [ADA], 2006)

สำหรับประเทศไทย พบว่า คนไทยทุก ๆ 100 คน จะมีผู้เป็นเบาหวาน 4 คน และร้อยละ 99 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ศิริพงษ์ ปัญจะนิษฐ์, 2540; ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2542) และจากการสำรวจสถิติปี พ.ศ. 2544 – 2546 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ. 2546 มี 213,136 คน และปี พ.ศ. 2547 จังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุดในประเทศ ยกเว้น กรุงเทพฯ มี 12,146 คน สำหรับสถิติผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพฯ ในปี พ.ศ. 2544 – 2546 พบว่า มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี เช่นกัน โดยปี พ.ศ. 2546 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 380.75 ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดจำนวน 73,318 ราย ส่วนสถิติผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน พบว่า อัตราตายต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2538 – 2547 มีเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ. 2547 เท่ากับ 12.3 ซึ่งในปีเดียวกันนี้โรคเบาหวานจัดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

สำหรับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นทุกปี โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวานจะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549) และในส่วนของบริการสุขภาพชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนม่วง ในสังกัดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 176 คน โดยทั้งหมดเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนม่วง ต. ศีลา อ. เมือง จ. ขอนแก่น, 2549)

สถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้น และมีการเจ็บป่วยรุนแรงถึงขั้นเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับ เทพ หิมะทองคำ (2545) ที่อธิบายว่า โรคเบาหวานชนิดที่ 2

เป็นชนิดที่สำคัญ และกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และ ชุมศักดิ์ พุกชาพงษ์ (2548) ที่จัดโรคเบาหวานอยู่ในกลุ่ม 10 โรคคุกคามคนไทยที่พบบ่อย และรายงานด้านระบาดวิทยา ที่รายงานว่า โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขในประชากรไทย พบอัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2548; กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2549)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จัดอยู่ในกลุ่มโรคเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน และ/หรือ หลั่งอินซูลินลดลง (Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2002) การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย พิการ และการตายในผู้ป่วยเบาหวาน (วีรพันธุ์ โขวิฑูรกิจ, 2545) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ โรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็ก (Microvascular complication) พยาธิสภาพที่พบบ่อย คือ โรคของระบบประสาทที่มีการเสื่อมสภาพ โรคของจอตา โรคไต และโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ (Macrovascular complication) พยาธิสภาพที่พบบ่อย คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Quinn, 2001a)

มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัญหาแทรกซ้อนกับระยะเวลาที่เป็นโรค และ ภาวะการควบคุมโรคเบาหวาน กล่าวคือ ยิ่งเป็นโรคอยู่นานและ/หรือภาวะการควบคุมโรคไม่ดีก็จะเกิดปัญหาแทรกซ้อนมากหรือปัญหาที่มีอยู่แล้วกำเริบรุนแรงขึ้น ในทางกลับกันถ้าเป็นโรคเบาหวานมาไม่นานและ/หรือสามารถควบคุมโรคได้ดีก็จะเกิดปัญหาแทรกซ้อนน้อยหรือปัญหาที่มีอยู่แล้วมีอาการดีขึ้น (วัลลา ดันตโยทัย & อติสัย สงติ, 2543) ฉะนั้นเพื่อเป็นการลดและชะลอการเกิดปัญหาแทรกซ้อนจึงควรมีการควบคุมโรคให้ดีตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่เป็นโรคเบาหวาน การควบคุมโรคที่ดีผู้ป่วยจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ โดยควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารยา การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และเข้ารับฟังการให้สุขศึกษาอย่างต่อเนื่อง (Smeltzer & Bare, 2004) ในส่วนบทบาทพยาบาล ต้องปรับกลยุทธ์การดูแลหรือการให้บริการแบบตั้งรับและเป็นการดูแลผู้ป่วย มาเป็นการพยาบาลเชิงรุกสู่ชุมชนหรือการพยาบาลในระดับปฐมภูมิให้มากขึ้น เนื่องจากมาตรการที่ใช้ในการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิจะเป็นแนวทางและรูปแบบในการประยุกต์ใช้เพื่อป้องกัน ควบคุม ภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาของโรคเบาหวาน (ศุภวรรณ มโนสมุทร, 2542)

ภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในปัจจุบัน จากประสบการณ์การทำงานพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และการออกกำลังกาย ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่

เจ็บป่วยนานเฉลี่ย 5 ปี ขึ้นไป ทั้งที่ได้รับการสอนและเรียนรู้เกี่ยวกับโรคนานาน และจากการศึกษา งานวิจัย พบว่า การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานบนพื้นฐานสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน ในกลุ่มที่มีระยะเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี จะมีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่ากลุ่มที่มีระยะเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี เท่ากับ 1.43 เท่า (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรียา วัฒนพาหุ & สนม สาระนพ (2540) ที่พบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่มี ระยะเจ็บป่วย 1-5 ปี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มากกว่าผู้ที่เป็นนานกว่า 5 ปี

มีการอธิบายถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมอาหารไม่ได้ว่า ผู้ป่วยรู้สึกหิวมาก เหนื่อย อ่อนเพลีย อดใจไม่ไหว รู้แต่ปฏิบัติยาก หงุดหงิด เกรียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย หวังพึ่งยา และอธิบาย สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายว่า ไม่มีเวลา เหนื่อย มีภาระอย่างอื่น เข้าใจว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกาย (ภานุมาศ นาพลเมือง, 2540; พัชรภรณ์ กิ่งแก้ว, 2544; บุญญาณี วัฒนศรีทานัง, 2545) และมีการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า อุปสรรคด้านการ ควบคุมอาหาร คือ อุปนิสัย อุปสรรคด้านการออกกำลังกาย คือ ความสามารถในการกระทำ อุปสรรคในการรับประทานยา คือ เจตจำนง (จิราพร กันบุญ, 2547) นอกจากนี้ ภาวนา กิริติยวงศ์ (2537) ได้อธิบายถึงผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานและมีการควบคุมโรคไม่ได้ว่า ผู้ป่วยจะมีความ กระตือรือร้นในการแสวงหาการรักษา หรือแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดลง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำศึกษานำร่อง โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) มากกว่า 7.0 เปอร์เซ็นต์ และได้รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนม่วง ค.ศิลา อ. เมือง จ.ขอนแก่น จำนวน 15 คน วิเคราะห์ แรงจูงใจและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคของ โรเจอร์ (Rogers & Prentice-Dunn, 1997) เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการ ออกกำลังกาย พบข้อมูลที่สำคัญ ดังนี้ ผู้ป่วยรับรู้โอกาสที่ตนเองจะมีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงจาก เบาหวานมีน้อยมากหรือแทบจะไม่มี โดยประเมินจากสภาพร่างกายในปัจจุบันที่ไม่มีอาการผิดปกติ สามารถทำงานได้ และผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวเป็นเรื่องยุ่งยาก ไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และรับรู้ว่าการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด จะทำให้รู้สึกหิว เพลีย เหนื่อย ส่วนการออกกำลังกายจะทำให้ปวดแหว เข้า ขา ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วย ดังกล่าว เรียกได้ว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ปรับตัวไม่ดี ตามที่โรเจอร์ ได้อธิบายในทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรค ซึ่งปัจจัยนี้จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีการควบคุมอาหาร และ การออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยใช้อาการผิดปกติ และความสามารถในการ ทำงาน มาเป็นตัวประเมินอันตรายต่อสุขภาพนั้น จะมีผลทำให้การประเมินผิดไปจากความเป็นจริง

เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ระยะแรกที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะมีความผิดปกติภายในร่างกายที่ไม่แสดงอาการ จนกระทั่งมีภาวะแทรกซ้อนจึงจะแสดงอาการ (Unger & Foster, 1985) ซึ่งความผิดปกติภายในร่างกาย คือ การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด (Goh & Tooke, 2002; Marrero & Stern, 2004)

จากการศึกษางานวิจัย ตลอดจนผลการศึกษานำร่องดังกล่าว อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป มีการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง เนื่องจาก มีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวลดลง ร่วมกับการมีอุปสรรคในการปฏิบัติตัว ฉะนั้นต้องเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้อันตรายจากโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบัน คือ การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ร่วมกับการลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัว โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้วิธีการปฏิบัติตัวว่าเป็นเรื่องง่าย ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน และไม่มีปัญหาแทรกซ้อน

ในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป โดยตรง แต่มีการศึกษาของ บุญผา อาศรัยราช (2541) ที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคของโรเจอร์ มาใช้ในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยให้เหตุผลว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนและมีรายละเอียดมาก การที่จะระบุถึงปริมาณ ความถี่ เป็นการกระทำที่ค่อนข้างยาก และเกี่ยวเนื่องกับความเคยชิน ความชอบ ไม่ชอบ รับประทานอาหารในแต่ละประเภท นอกจากนี้ในงานวิจัยนี้ได้ประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) และได้แนะนำให้ตรวจวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) เพราะเป็นวิธีที่ดีกว่า ช่วยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในช่วง 2 – 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งต่างกับระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ที่บอกถึงระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุม 8 – 12 ชั่วโมงที่ผ่านมาเท่านั้น

นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคของโรเจอร์ มาใช้ในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1- 5 ปี (นฤทธิ์ เซ็นน้อย, 2542; Jintanamacerat, 2002; Thongrain, 2003) พบว่า มีการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ยกเว้น Jintanamacerat (2002) ที่ตรวจวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) เฉพาะหลังการทดลอง ซึ่งผลการวิจัย พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการปฏิบัติตัว พบว่า มีพฤติกรรมบางด้านที่ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ เช่น ผลการศึกษาของ นฤทธิ์ เชนน้อย (2542) ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาจจะมีผลต่อการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย โดยพิจารณาตามแนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคของโรเจอร์ พบว่า ส่วนใหญ่จัดกิจกรรมในรูปแบบของโปรแกรม โดยประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้ และศึกษาในกลุ่มที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยประมาณ 1 – 10 ปี เช่น สิริมา เนาวัฒน์ (2541) ได้ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับบุคคลอ้างอิง พบว่า ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ นันทนา ใบเนียม (2541) ได้ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ กาญจนา ใจธรรม (2541) ได้ใช้การตั้งเป้าหมาย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้ มีการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลดีการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในทางที่ดีขึ้น แต่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์ (2544) ได้ใช้วิธีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองดีขึ้น แต่ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ พัทรี เชื้อทอง (2548) ได้ใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษางานวิจัยดังกล่าว ทำให้ทราบว่า วิธีการที่ใช้ส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ผ่านมา มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม มีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แต่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นยังไม่ต่อเนื่อง เพียงพอที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างต่อเนื่อง สืบเนื่องจากระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ที่ลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างเห็นได้ชัดจนด้วยการทดสอบทางสถิติ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงงูใจ ป้องกันโรคของโรเจอร์ มาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงงูใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะส่งผลให้มี พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้อย่างต่อเนื่อง ต่อไป

2. คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจ มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจ ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจ มีค่าเฉลี่ย ของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งโดยรวม และรายด้าน คือ พฤติกรรมด้าน การควบคุมอาหาร พฤติกรรมด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมด้านการ ออกกำลังกาย สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4.2 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจ มีค่าเฉลี่ย ของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งโดยรวม และรายด้าน คือ พฤติกรรมด้าน การควบคุมอาหาร พฤติกรรมด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมด้านการ ออกกำลังกาย สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจ

4.3 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจ มีค่าเฉลี่ย ของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4.4 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจ มีค่าเฉลี่ย ของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจ

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers's Protection Motivation Theory) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งทฤษฎีนี้มีส่วนประกอบร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กับความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Expectation) ของเบนดูรา ในแนวคิดของทฤษฎีได้ให้ความสำคัญกับการประเมินการรับรู้ข่าวสารที่ทำให้เกิดความกลัวจากสื่อที่มากระตุ้น ที่จะเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งการประเมินมี 2 แบบ คือ แบบที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ หรือ การประเมินผลการตอบสนองต่อพฤติกรรมการปรับตัวไม่ดี (Evaluation of Maladaptive Response) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) และความรุนแรงของโรค (Noxiousness) และ แบบที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา หรือ การประเมินผลการตอบสนองต่อพฤติกรรมการปรับตัวได้ (Evaluation of Adaptive Response) ประกอบด้วย การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) และความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Expectation)

การประเมินทั้ง 2 แบบ ดังกล่าว เรียกว่าสื่อกลางของกระบวนการรับรู้ (Cognitive Mediating Process) ของบุคคล ซึ่งจะเกิดขึ้นโดยอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร (Sources of Information) ได้แก่ สิ่งแวดล้อม และลักษณะบุคคล สิ่งแวดล้อม คือ การพูดชักจูง การเรียนรู้โดยการสังเกต ส่วนลักษณะบุคคล คือ บุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ และประสบการณ์ เมื่อมีการประเมินการรับรู้ข่าวสาร จะทำให้บุคคลมีแรงจูงใจป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ปรับตัวได้ (Adaptive Coping) คือ พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย หรือพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ปรับตัวไม่ดี (Maladaptive Coping) คือ พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ปรับตัวไม่ดี จะมีในการประเมินทั้ง 2 แบบ กล่าวคือ ในการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ คือ ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic Reward) ได้แก่ สภาพร่างกายจิตใจ และความพึงพอใจจากภายนอก (Extrinsic Rewards) ได้แก่ การยอมรับของคนในสังคม บรรทัดฐานทางสังคม ส่วนในการประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่ชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน และความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต (Rogers & Prentice-Dunn, 1997)

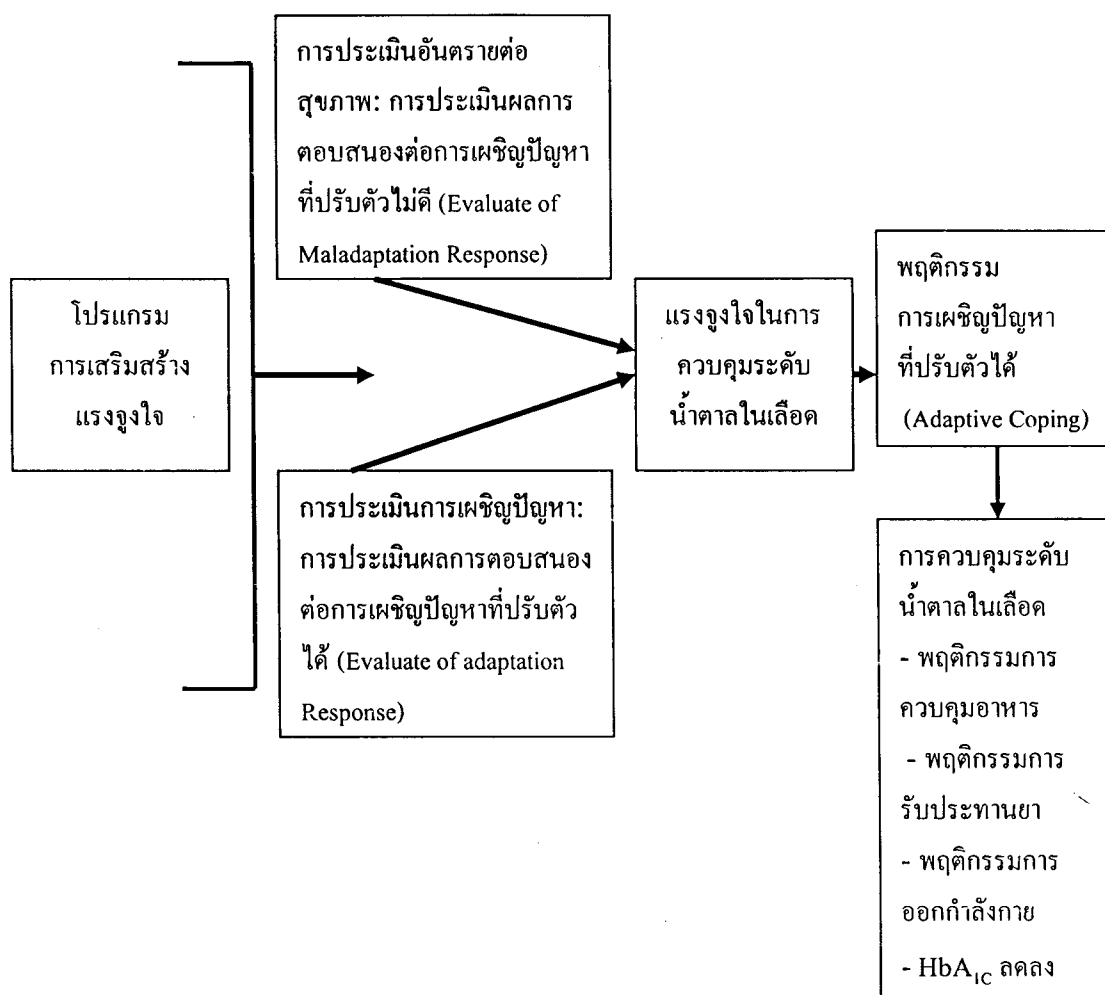
จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรค ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์จัดทำเป็น โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่จะส่งผลให้มี

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ปรับตัวได้ (Adaptive Coping) ได้แก่ พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร พฤติกรรมด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยจัดโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสาร (Sources of Information) ผ่านเข้าไปในสื่อกลางของกระบวนการรับรู้ (Cognitive Mediating Process) ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา ส่งผลให้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวาน รับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติตัว รับรู้ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัว ซึ่งการรับรู้ดังกล่าว จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ปรับตัวได้ (Adaptive Coping) และส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ลดลง และเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ปรับตัวไม่ได้ (Maladaptive Coping) กล่าวคือ การปฏิบัติตัวไม่ต่อเนื่องในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และการออกกำลังกาย ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมลดปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว หรือในโปรแกรมนี้เรียกว่า ลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัว ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยได้แสดงผังแผนภูมิที่ 1.1

แหล่งข้อมูลข่าวสาร
(Sources of Information)

สื่อกลางของกระบวนการรับรู้
(Cognitive Mediating Process)

วิธีการเผชิญปัญหา
(Coping Modes)



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

6. ขอบเขตของการวิจัย

6.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research Design) โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมแบบสุ่มและมีการทดสอบก่อนและหลัง (Randomized Control-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคของโรเจอร์มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ศึกษาใน

ประชากรผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป และมารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนม่วง ต.ศิลา อ. เมือง จ. ขอนแก่น จำนวน 30 ราย

6.2 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะใช้การประเมิน 2 แบบ คือ การประเมินพฤติกรรม โดยใช้แบบสัมภาษณ์ เพื่อประเมินพฤติกรรมควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย และการประเมินทางห้องปฏิบัติการ โดยการเจาะเลือดเพื่อประเมินระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c})

7. คำนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย .

7.1 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติที่เป็นไปตามหลักการรักษาภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง คือ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด และการฉีดอินซูลิน (อภิชาติ วิชญณรัตน์, 2546) สำหรับการประเมินการควบคุมเบาหวานเพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ประกอบด้วย 2 วิธี คือ 1) การซักประวัติและการตรวจร่างกาย และ 2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (สารัช สุนทรโยธิน & วิทยา ศรีดามา, 2545)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) โดยประเมินจากการเจาะเลือดส่งตรวจตามวิธีการทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และคะแนนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยประเมินจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ภายใต้แนวคิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารให้ได้พลังงาน และให้ได้สารอาหารในรูปโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน และเกลือแร่ ครบตามความต้องการพลังงานของร่างกายในการทำกิจกรรมแต่ละวัน โดยความต้องการพลังงานของร่างกายคำนวณจากดัชนีมวลกายรวมกับการทำกิจกรรม

- พฤติกรรมด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ตรงเวลา และถูกขนาดตามแผนการรักษา ซึ่งยาก่อนอาหารให้รับประทานก่อนอาหาร 30 นาที ยาพร้อมอาหารให้รับประทานพร้อมอาหารมื้อแรก ยาหลังอาหารให้รับประทานหลังอาหารทันที

- พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ ๆ การกายบริหาร โดยต้องทำให้ถึงระดับเหนื่อย มีเหงื่อออก และติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที ทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 ครั้ง

7.2 โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง การเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ ป้องกันโรคของโรเจอร์มาเป็นกรอบในการสร้าง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ปรับตัวได้ (Adaptive Coping) ซึ่งแรงจูงใจป้องกันโรคเกิดจากการประเมินการรับรู้ข่าวสารที่ทำให้เกิดความกลัว การประเมินมี 2 แบบ คือ แบบที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) แบบที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) ความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Expectation) (Rogers & Prentice-Dunn, 1997)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง โปรแกรมที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย โดยการประยุกต์ ทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคของโรเจอร์มาเป็นกรอบในการสร้าง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป ให้มีการปฏิบัติตัว ด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย โดยแบ่ง โปรแกรมออกเป็น 3 โปรแกรมย่อย ได้แก่ โปรแกรม 1 เสริมสร้างความตั้งใจในการปฏิบัติตัว จัดสัปดาห์ที่ 1 – 4 ของโปรแกรม โปรแกรม 2 ลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัว จัดสัปดาห์ที่ 5 – 8 ของ โปรแกรม โปรแกรม 3 เสริมสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัว จัดสัปดาห์ที่ 9 – 12 ของโปรแกรม รวมระยะเวลาของโปรแกรม 12 สัปดาห์ กิจกรรมภายในโปรแกรมย่อย ประกอบด้วย กิจกรรม รายกลุ่ม และกิจกรรมรายบุคคล กิจกรรมรายกลุ่ม ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม การนำเสนอตัวแบบ สัญลักษณ์ การพุดจูงใจโดยผู้วิจัย และกิจกรรมรายบุคคล ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ หรือส่งจดหมายกระตุ้นเตือน

7.3 การพยาบาลตามปกติ

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสุขภาพเดิม ของผู้ป่วย ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนม่วง ต. ศีลา อ. เมือง จ. ขอนแก่น ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้ การสอน สุขศึกษาเป็นรายบุคคล โดยสอนตามปัญหาที่พบ และตามข้อสงสัยของผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วย มาได้รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และในขณะที่ติดตามเยี่ยมบ้าน เดือนละ 1 ครั้ง

7.4 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน และ/หรือหลั่งอินซูลินลดลง ทำให้การเผาผลาญสารอาหารในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป (Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2002)

คำนิยามเชิงปฏิบัติ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป และทำการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนม่วง ต. ศีลา อ. เมือง จ. ขอนแก่น

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง

8.2 ได้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2