

บทที่ 1

บทนำ

1. ความจำเป็นและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไร้เชื้อ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชากรในโลกนี้มากโรคหนึ่ง องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญต่อโรคเบาหวานอย่างมาก โดยขอให้ประเทศต่าง ๆ ช่วยกันรณรงค์และแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเบาหวาน ทั้งนี้เพราะถือว่าโรคเบาหวานทำให้สุขภาพของผู้ป่วยเสื่อมโทรม อายุสั้น ได้รับอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ มีผลกระทบเกิดขึ้นทั้งต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้นมีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเพิ่มขึ้น ทั้งนี้รวมถึงโรคเบาหวานด้วยและถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาค้นคว้าถึงสาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรค ตลอดจนวิธีควบคุมรักษากันอย่างมากมาย แต่ก็ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพียงแต่รักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตอยู่ยาวนานมากขึ้น มีโอกาสได้แต่งงานมีบุตรหลานที่ได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่จะทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย และจากสภาพการดำเนินชีวิต นิัยการบริโภคของประชาชนที่อยู่ดีขึ้นในปัจจุบันล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรค

นอกจากนี้ ผลของการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษา การคมนาคมและความก้าวหน้าทางวิทยาการต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขได้ง่ายขึ้นจึงทำให้มีการวินิจฉัยผู้ป่วยใหม่ได้เพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลทั้งหมดนี้จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีเพิ่มสูงขึ้น

โรคเบาหวานในประเทศไทยจัดว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง ผลการสำรวจประชากรหลายครั้ง โดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทยประมาณร้อยละ 3.8 (สาธิต วรณแสงและคณะ, 2529) อัตราความชุกจะ

เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากขึ้น ในประชากรอายุระหว่าง 30-60 ปี พบประมาณร้อยละ 4-7 และในประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปอาจพบสูงถึงร้อยละ 10-15 (สุนทร ตัญพันธ์, 2532) ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2537) ได้รายงานสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วประเทศที่เป็นผู้ป่วยในว่ามีจำนวน 79.1 คนต่อประชากร 100,000 คน โดยพบในประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 54.8 คนต่อประชากร 100,000 คน จากการศึกษาของเพ็ญพันธุ์ ภูมิปัญญาและคณะ (2532) พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรในเขตอำเภอพลจังหวัดขอนแก่นร้อยละ 6.7 และสำหรับที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นนั้น มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน ในปี 2535 จำนวน 346 ราย และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรศาสตร์ในปี 2535 จำนวน 1,485 ราย โดยส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 40-70 ปี คือมีจำนวนถึง 1,187 รายหรือร้อยละ 80.47

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโลกโรคหนึ่ง โดยอัตราตายของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะแปรตามระดับการพัฒนาและความชุกของโรค ในประเทศที่พัฒนาแล้วโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายในระดับที่ 4-8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินนั้นส่วนใหญ่เนื่องมาจากการติดเชื้อ เช่น วัณโรคปอดและภาวะแทรกซ้อนของเมตาบอลิซึมเฉียบพลันคือภาวะกรดคั่ง แต่สำหรับในกลุ่มของผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งอินซูลินนั้น สาเหตุการตายที่สำคัญมักเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด (WHO. Technical Report Series 727, 1985)

รายงานจากองค์การอนามัยโลกเมื่อปี 2524 (WHO. Technical Report Series 727, 1985) พบว่าอัตราตายจากโรคเบาหวานในประเทศไทยเท่ากับ 3.1 ต่อประชากร 100,000 คน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอัตราตายเมื่อปี 2519 ซึ่งเท่ากับ 1.8 ต่อประชากร 100,000 คน (WHO. Technical Report Series 646, 1980) และจากการศึกษาของเพ็ญพันธุ์ ภูมิปัญญาและคณะ (2535) ที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลศรีนครินทร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 207 ราย พบโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 22.2 โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีร้อยละ 22.2 โรคหลอดเลือดของสมองร้อยละ 8.2 โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายร้อยละ 21.3 และโรคหลอดเลือดจอตาร้อยละ 25.1

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้

ป่วยเป็นโรคเบาหวานกล่าวคือ มีโอกาสตาบอดมากกว่า 25 เท่า มีโอกาสเป็นโรคไตวายมากกว่า 17 เท่า มีโอกาสเกิดเนื้องอกตายของเท้าทำให้ต้องตัดขามากกว่า 5 เท่า และมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแข็งมากกว่า 2-2.5 เท่า (วลัย อินทร์พริ้ง, 2528) และผู้ป่วยโรคเบาหวานมักเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนมากกว่าโรคเบาหวานโดยตรง (รัชตะ รัชตะนาวิน และคณะ 2530) โดยร้อยละ 24 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อื่นสิ้น เมื่อเป็นโรคเบาหวานไปแล้ว 20 ปี ความยืนยาวของชีวิตจะสั้นลงด้วยภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะไตวาย ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อื่นสิ้นอาจมีอายุเฉลี่ยยืนยาวได้เท่าคนปกติ แต่เมื่อสูงอายุขึ้นจะมีอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น (ศรีจิตรา บุญนาค และคณะ, 2530) ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

ในการควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีชีวิตที่เป็นปกติสุข ผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ในเรื่องของการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เหมาะสมกับสภาพของร่างกายและปริมาณอาหารและยาที่ได้รับ มีการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งอาจจะ เป็นยาปรับประทุหรือยาฉีดอินซูลินตามความเหมาะสมของสภาวะของโรค ทั้งนี้เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (WHO Technical Report Series 747, 1985 ;อภิชาติ วิษณุวรรัตน์ และคณะ, 2527) แต่สิ่งจำเป็นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นั้น นอกจากผู้ป่วยจะมีการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องนำความรู้ที่นำไปปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมด้วย (Drash and Becker, 1991)

การปฏิบัติตัวดังกล่าวข้างต้นนี้ จำเป็นต้องกระทำตลอดชีวิต Armstrong(1987)กล่าวว่า การเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานนี้ถือว่าเป็นภารกิจที่ต้องกระทำตลอดเวลาย่างต่อเนื่อง ต้องทำ 7 วันต่อสัปดาห์ 52 สัปดาห์ต่อปี เป็นการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะของโรคซึ่งต้องห้ามแบบไม่สามารถลาพัก หรือหลีกเลี่ยงได้ ทั้งจากการปฏิบัติตัวและการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงก่อให้เกิดความยุ่งยาก ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวและบุคลากรที่สัมผัสภาพรวมทั้งมีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย บุศรา กาญจนันตร (2525) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับอายุ และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีปัญหาทางด้านจิตใจ โดยมีความรู้สึกคับข้องใจต่อการตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้าน หมดหวังที่จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเรียนหรือการทำงานเหมือนคนปกติ วิตกกังวล กลัวและคับข้องใจในการปฏิบัติเพื่อการ

ควบคุมโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวัน

การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น สัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยโรคเบาหวานตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง หรือการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติแล้ว โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนนี้ย่อมจะลดลง แต่จากประสบการณ์ของผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ามีปัญหาที่สำคัญคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเช่นไม่ควบคุมอาหาร ขาดยาเป็นระยะ ๆ หลีกเลี้ยงหรือลืมฉีดยาหรือลืมรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยปัญหาที่เกิดจากการควบคุมโรคไม่ดี ต้องสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียชีวิตในที่สุด แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับทราบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคด้วยตนเองแล้วก็ตาม ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของเรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ (2524) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน พบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานปานกลางแต่มีการดูแลตนเองดีเพียงร้อยละ 3 และมีการดูแลตนเองน้อยถึงร้อยละ 59.5 และจากการศึกษาของรัชตะ รัชตะนาวิน และคณะ (2530) เรื่องผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลรามธิบดี : ข้อมูลทางคลินิกและผลการรักษา เปรียบเทียบระหว่างคลินิกอายุรศาสตร์และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 140 คน เป็นผู้ป่วยที่รักษาในคลินิกอายุรศาสตร์ 100 คน และคลินิกโรคเบาหวาน 40 คน ประเมินภาวะควบคุมโรคจากระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (Hb A₁) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 41.4 มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 89.3 จากทั้งหมด 140 คนที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ดี โดยประเมินผลระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (Hb A₁) โดยที่ผู้ศึกษาตั้งเกณฑ์ของ Hb A₁ ที่แสดงถึงภาวะควบคุมโรคไม่ดีเท่ากับร้อยละ 8.9 ขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 11.1 ± 2.2 ส่วนผู้ป่วยในคลินิกอายุรศาสตร์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 11.9 ± 2.3 และพบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาในระดับปานกลาง โดยประเมินจากคะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การรับประทานยาหรือการฉีดยาอินซูลิน การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้คณะผู้ศึกษายังได้ให้ข้อสังเกตว่า แม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เข้ารับการรักษานในคลินิกโรคเบาหวานโดยแพทย์ผู้ชำนาญการเฉพาะทางจะมีภาวะควบคุมโรคที่ประเมินจาก Hb A₁ ดีกว่ากลุ่มที่เข้ารับการรักษานในคลินิกอายุรศาสตร์ แต่เป็นเพียงความแตกต่างทางสถิติในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาระดับ

Hb A₁ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานแล้ว จะเห็นได้ว่าร้อยละ 85 ยังมีภาวะควบคุมโรคไม่ดีคือ มีระดับ Hb A₁ มากกว่าร้อยละ 8.9

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น มีความสำคัญมากต่อการควบคุมโรค การรับประทานยาหรือฉีดอินซูลินเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงอย่างเดียว นั้น มีอิทธิพลไม่เพียงพอต่อการควบคุมโรค ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพของร่างกายเป็นพิเศษ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ แต่ไม่ได้ปฏิบัติตาม ทั้งนี้ อาจมีปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่ง Gillis และ Barsky (1974 อ้างถึงในพวงพยอม การกัญญา, 2527) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองว่าประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านจิตใจ บุคลิกภาพ ค่านิยม ความเชื่อและการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ตนเองเผชิญอยู่ ปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยสภาพของครอบครัว เศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้ยังประกอบด้วยแผนการรักษา โดยที่แผนการรักษาบางอย่างมีลักษณะที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และปัจจัยสุดท้ายคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่อาจเกิดการกำเริบหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคขึ้นเมื่อใดก็ได้ เป็นเรื่องที่กำหนดแน่นอนไม่ได้ เมื่อเกิดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะรับรู้สาเหตุการเกิดนั้นเป็นสิ่งที่คลุมเครือ (Mishel, 1981) และจะก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ (Mishel, 1984) ซึ่งในภาวะที่มีความเครียดนี้ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง โดยการกระตุ้นการทำงานของต่อมใต้สมอง (Hypothalamus) ให้หลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (ACTH) ออกมาในกระแสเลือด ซึ่งฮอร์โมนนี้จะกระตุ้นต่อมอะดรีนอลให้หลั่งคอร์ติซอลออกมา ทำให้มีการสร้างน้ำตาลเพื่อส่งเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น ดังนั้นเมื่อมีความเครียด จึงมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น (Selye, 1974) การที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานนี้ จะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นยังเกี่ยวข้องกับการมีความหวังน้อยลง มีอารมณ์เครียดมากขึ้น และก่อให้เกิดความยุ่งยากในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวัน (Webster and Christman, 1988) ซึ่งล้วนแต่เป็นอันตรายและส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และความสามารถในการร่วมกันหาหนทางการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของปัจจัยเหล่านี้ ซึ่งจะ เป็นข้อมูลในการนำไปใช้ในการช่วยเหลือ ส่งเสริมการปรับตัวแก่ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม อันจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาถึง

1. ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ กับ การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

2. อิทธิพลของแหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ที่ร่วมกันหาหนทางการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1. แหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

2. แหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ สามารถร่วมกันหาหนทางการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้.

1.4 นิยามคำที่ใช้ในงานวิจัย

1.4.1 การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินรับรู้ถึงความคลุมเครือของโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและการที่ไม่สามารถอธิบายการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคได้ ซึ่งประเมินได้จากเครื่องมือวัดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ Mishel (1990)

1.4.2 แหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ หมายถึง ทรัพยากรที่ช่วยให้ผู้ป่วยแปลความหมายของสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

1.4.3 การศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในการศึกษาในระดับ

1.4.4 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีความผูกพันทางบวกกับบุคคลอื่น ๆ ได้รับการรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรม มีการให้ความช่วยเหลือในด้านเงินทอง สิ่งของ ข้อมูลข่าวสารและอื่น ๆ ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck และคณะ (1981)

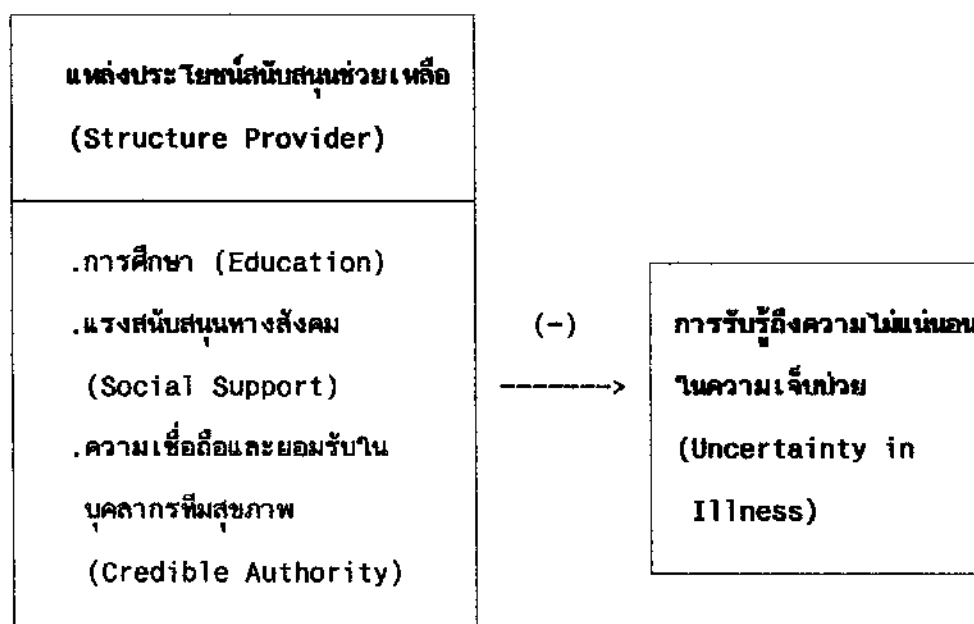
1.4.5 ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ หมายถึง ระดับความเชื่อถือและยอมรับของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มีต่อคุณภาพและความสามารถของบุคลากรทีมสุขภาพซึ่งในที่นี้ คือ แพทย์ โดยประเมินได้จากแบบประเมินความเชื่อถือในบุคลากรทีมสุขภาพที่เป็นส่วนหนึ่งของแบบวัดการปรับตัวทางสังคมต่อการเจ็บป่วย (Health Care Orientation Subscale of Psychosocial Adjustment to Illness Scale) ของ Derogatis และคณะ (1986) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา คุณาวัฒน์ (2535)

1.5 กรอบแนวคิด

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Model of Antecedents of Uncertainty) ของ Mishel (1988) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งกรอบแนวคิดนี้กล่าวว่า การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้นได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ รูปแบบตัวกระตุ้น (Stimuli frame) และ แหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ (Structure provider) โดยที่รูปแบบตัวกระตุ้นนั้นประกอบด้วยส่วนย่อย คือ แบบแผนของอาการแสดง (Symptom pattern) และความคุ้นเคย

ในเหตุการณ์ (Event familiarity) ส่วนแหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือประกอบด้วย ส่วนย่อย คือ การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ โดยที่รูปแบบตัวกระตุ้มมีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตรง คือ มีความสัมพันธ์กันในทางลบ ส่วนแหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือมีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรงคือมีความสัมพันธ์กันในด้านลบ ส่วนทางอ้อมนั้นเมื่ออิทธิพลผ่านทางรูปแบบตัวกระตุ้ม

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีลักษณะของรูปแบบตัวกระตุ้ม ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนของอาการแสดงและความคุ้นเคยในเหตุการณ์ในกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกันเนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเหมือนกันและมารับบริการในสถานที่เดียวกัน ดังนั้นสิ่งที่จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาในครั้งนี้ คือ แหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์กันดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งดัดแปลงมาจาก รูปแบบของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988)

แหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) ประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ

การศึกษา มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถวิเคราะห์และประมวลข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของตน ซึ่งถ้าบุคคลมีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการวิเคราะห์และประมวลข้อมูลได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เช่น การเกิดความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด หรือเหตุผลที่ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมหรือการปรับอาหารให้เหมาะสมกับการออกกำลังกาย การปรับระดับยาฉีดอินซูลินหรือยาเม็ดรับประทานเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สิ่งเหล่านี้มีระดับการศึกษาสูงจะใช้เวลาในการรับรู้ ทำความเข้าใจและแปลความหมายของเหตุการณ์สั้นกว่าผู้ที่ด้อยการศึกษา การศึกษาช่วยลดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทางตรง คือ ช่วยขยายความรู้พื้นฐานเดิมให้มีความชัดเจนและเกิดความหมายมากขึ้น ส่วนทางอ้อมจะมีอิทธิพลผ่านรูปแบบตัวกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถทำนายขึ้นตอน การเกิดอาการแสดงของโรคและมีความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ จึงช่วยให้การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงแหล่งที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของเหตุการณ์ทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยลดลง และทำให้เข้าใจเหตุการณ์ที่ซับซ้อนได้ชัดเจนขึ้น การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความผูกพันในทางบวกกับบุคคลอื่น ๆ เช่น ได้รับความรัก ความสนใจ การยอมรับนับถือ ให้เกียรติและยกย่องจากสมาชิกครอบครัว ญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายอื่น ๆ รวมทั้งบุคลากรที่มีสุขภาพ ได้รับการรับรองพฤติกรรม หรือเห็นพ้องกับพฤติกรรม เช่น มีการแสดงความเห็นด้วยหรือสนับสนุนเมื่อมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานได้ถูกต้องเหมาะสม มีการให้ความช่วยเหลือทั้งด้านเงินทองสิ่งของ ข้อมูลข่าวสารและอื่น ๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ความคลุมเครือหรือความซับซ้อนของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชัดเจนขึ้น

ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ หมายถึงทัศนคติที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีต่อบุคลากรที่มีสุขภาพ ซึ่งในที่นี้หมายถึงแพทย์ ทัศนคติต่อการรักษาและความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพของแพทย์และการรักษาที่ได้รับ เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพสูง จะช่วยให้เกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาล มีความเชื่อถือต่อบุคลากรที่มีสุขภาพ ทำให้ตั้งใจรับฟังและยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน การที่มีความเชื่อถือและไว้วางใจเจ้าหน้าที่บุคลากรที่มีสุขภาพที่ให้การชี้แนะ

แนวทางการปฏิบัติรวมทั้งข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย จะก่อให้เกิดการเรียนรู้และการใช้ความสามารถของผู้ป่วยในการสร้างความหมายต่อเหตุการณ์การเจ็บป่วยได้ชัดเจนขึ้น มีความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์และเห็นว่าสิ่งที่ตนคาดคิดไว้นั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง

ดังนั้น หากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีแหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือที่ดี คือ มีการศึกษาสูง มีแรงสนับสนุนทางสังคม และมีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพสูง ย่อมจะทำให้การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาตัวแปรและประชากรดังนี้

1. ตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรทำนาย

1.1 ตัวแปรเกณฑ์ คือ การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

1.2 ตัวแปรทำนาย คือ การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

2. ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน และมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1.7 ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน รวมทั้งได้รับการวินิจฉัยโรคและรับการรักษามาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนจะมีแบบแผนของอาการแสดงของโรคและมีความคุ้นเคยในเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคคล้ายคลึงกัน

2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ตกลงแบบประเมินด้วยความจริงใจ

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ทราบอิทธิพลของแหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วยการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ ต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
2. เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการพยาบาลที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการสนับสนุนและส่งเสริมการปฏิบัติตน เพื่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป