

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมซึ่งเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกสูงซึ่งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรง จากข้อมูลด้านระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2540 พบความชุกโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.1 ของประชากรโลก ประมาณ 124 ล้านคน (วรรณิ นิธิยานันท์, สาธิต วรรณแสง และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2550, หน้า 1) และองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 - 2548 มีประชากรโลกป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 72 โดยในปี พ.ศ. 2546 พบเพียง 189 ล้านคน แต่ในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 224 ล้านคน หรือเท่ากับ 4 % ของประชากรทั่วโลก อยู่ในทวีปเอเชีย 156 ล้านคน และในแต่ละปี มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 3.2 ล้านคน (ชานาญ ไชยสร, 2552) สำหรับสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติรายงานว่าปี พ.ศ. 2552 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 246 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีคนเป็นเบาหวาน 380 ล้านคน ซึ่งทุก ๆ 10 วินาที มีคนเป็นเบาหวาน 2 คน และโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกในปี พ.ศ. 2550 ประมาณ 3.8 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 6 ของสาเหตุการตายทั่วโลก (ประเด็น วรรณรงค์เบาหวานโลก, 2552)

สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มมากขึ้น เช่นเดียวกับต่างประเทศ ทั้งในชุมชนเมืองและชนบทและพบได้ในทุกกลุ่มอายุ จากการสำรวจประชากรไทยที่อายุ 35 ปีขึ้นไปปี พ.ศ. 2543 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 9.6 ซึ่งเท่ากับจำนวนประชากร 2.4 ล้านคน และจากการสำรวจครั้งล่าสุดทั่วประเทศ พ.ศ. 2547 ในประชากรทุกอายุ พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 7.4 ในเพศหญิง และร้อยละ 6 ในเพศชาย อัตราความชุกของโรคเบาหวานในเมืองสูงกว่าในชนบท โดยพบมากที่สุดที่กรุงเทพมหานคร (วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ, 2550, หน้า 8)

จากการรวบรวมรายงานสรุปการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง ของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2548 จำนวน 28 จังหวัด พบว่า จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด จำนวน 32,302 คน จากประชากร 2,543,054 คน คิดอัตราป่วยเป็น 1,270 ต่อแสนประชากร และจากการสำรวจสถานการณ์โรคเบาหวาน เขต 14 ในปี พ.ศ. 2550-2552 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา, ชัยภูมิ, บุรีรัมย์ และสุรินทร์ พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 99,024, 122,390 และ 155,894 ราย และจังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 42,032, 60,512 และ 78,989 ตามลำดับ (ชัยภูมิจันทรโท, 2552) จากข้อมูลศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ จังหวัดนครราชสีมาพบว่า ในปี พ.ศ. 2549 -2552 มีจำนวน

ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 156, 158, 208 และ 230 คนตามลำดับ ซึ่งจะมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นทุกปี เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไตและเท้าเป็นร้อยละ 15.87, 8.05, 4.80 และ 6.25 ตามลำดับ และผู้ป่วยไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ผล FBS มากกว่า 130 mg% หรือ HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ 7%) ร้อยละ 63, 62, 63 และ 68 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติศูนย์สุขภาพชุมชนจ่อหอ, 2549-2552)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เรื้อรังรักษาไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับคนปกติได้ ในผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ดี และเป็นระยะเวลานานสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้คุณภาพชีวิตลดลงโดยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้โดยเฉียบพลัน หรืออาจเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานยังมีโอกาสเป็นโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย ผลการควบคุมเบาหวานมีผลต่อการดำเนินโรค การรักษา และการพยากรณ์โรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะสารคีโตนและกรดคั่งในกระแสเลือด จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่รุนแรงที่สุดของโรคเบาหวาน อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตนและกรดคั่งในกระแสเลือดพบร้อยละ 9 การเสียชีวิตมักเกิดใน 48 ชั่วโมงแรกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเป็นภาวะที่เกิดกับหลอดเลือดแดงฝอย ได้แก่ 1) ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ตามสถิติพบว่าหากผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมา 10 ปี จะมีโอกาสเกิดเบาหวานขึ้นตาได้ ร้อยละ 50 และหากเป็นเบาหวานนาน 20 ปี มีโอกาสเกิดสูงถึงร้อยละ 90 (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2548) 2) ภาวะแทรกซ้อนที่ไต จากการสำรวจโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบร้อยละ 38.8 มีสาเหตุจากโรคเบาหวาน (วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ, 2550, หน้า 22) 3) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท การสูญเสียความรู้สึกที่เท้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าและนำไปสู่การถูกตัดขา พบว่ามีความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีตั้งแต่ร้อยละ 7.4 ถึงร้อยละ 64 (วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ, 2550, หน้า 22) สอดคล้องกับการศึกษาของ งามจิตคงทน (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสื่อมของประสาทส่วนปลายในผู้หญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าระดับค่าฮีโมโกลบินเอวันซี มากกว่าหรือเท่ากับ 7 และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีผลต่อความเสื่อมของปลายประสาทส่วนปลาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรณูวรรณกุล (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลายในผู้ชายโรคเบาหวาน พบว่าระดับค่าฮีโมโกลบินเอวันซี อายุ ระยะเวลาการวินิจฉัย มีผลต่อความเสื่อมของปลายประสาทส่วนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เรื้อรังที่เกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง

และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึง 3 เท่า ของผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน และมีความเสี่ยงสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ จากรายงานการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งสิ้นร้อยละ 18.7 โดยมีโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 4.4 และโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 8.1 โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายพบความชุกร้อยละ 14.9 (วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ, 2550, หน้า 24)

ผลกระทบของโรคเบาหวานต่อสุขภาพของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ความทุพพลภาพที่เกิดจากโรคเบาหวานเป็นไปได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคเบาหวานทำให้อายุขัยเฉลี่ยสั้นลง 12-14 ปี ทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าประชากรทั่วไป เมื่อเรียงลำดับความสำคัญ จะอยู่ในอันดับต้น ๆ (อันดับที่ 4 - 6 ในจำนวนสาเหตุ การตายของประชากรไทย 15 อันดับแรก) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2513 อัตราตาย 1.8 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 12.3 ต่อแสนประชากร และจากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิครอบคลุมทุกภาคของประเทศพบสาเหตุการตายส่วนใหญ่ เป็นโรคติดเชื้อร้อยละ 21.6 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 20.1 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 6.8 โรคไตวายร้อยละ 8.5 โดยที่ความสูญเสียเหล่านี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย (วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ, 2550, หน้า 18)

โรคเบาหวานนอกจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ประเทศไทยได้มีการสูญเสียงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานเป็นจำนวนมาก การวินิจฉัยโรคจาก ICD10 กระทรวงสาธารณสุข งบประมาณค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2545-2548 รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 3,259.3 ล้านบาทคิดเป็นร้อยละ 9.15 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด และยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่อยู่ในรายงานนี้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งไม่ทราบจำนวนมากนักน้อยเพียงใด (วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ, 2550, หน้า 24) จากการศึกษาของ สายชล ผาณิตพจมาน (2549) ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนต่อหน่วยในการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่าวิเคราะห์ ต้นทุนแบบดั้งเดิมรวมเฉพาะห้องตรวจเบาหวานเท่ากับ 2,247,874 บาท เฉลี่ยกิจกรรมต่อครั้งของผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ 1,892.15 บาท เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม บริการต้นทุนกิจกรรมรวมตรวจรักษาสูงสุดเท่ากับ 630,207 บาท ต่อครั้ง รองลงมาคือบริการหน้าห้องตรวจเท่ากับ 58,902 บาท ต้นทุนกิจกรรมเฉลี่ยต่อครั้ง ที่ผู้ป่วยเบาหวานใช้บริการเท่ากับ 2,022.80 บาทต่อครั้ง จากข้อมูลดังกล่าวนี้ว่าเป็นความสูญเสีย

ที่ควรป้องกัน และมีมาตรการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ดีในสถานบริการสาธารณสุข

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่สำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน คือพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการจัดการกับตนเอง และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เกิดจากปัจจัย ได้แก่ นิสัยการบริโภค ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหาร ความรู้ด้านโภชนาการและอาหาร และความสนใจในการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติในระบบการเผาผลาญ (Metabolism) อาหาร ร่วมกับ ความผิดปกติของฮอร์โมนอินซูลิน การควบคุมอาหารจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมโรค โดยเฉพาะเบาหวานประเภทที่ 2 (สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2550) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง 32 ราย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปโดยการสัมภาษณ์กลุ่มและสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม พบว่า ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมได้แก่ งดอาหารหวานไม่ได้ ควบคุมอาหารได้ไม่ต่อเนื่อง รับประทานอาหารไขมันสูงมีกากใยน้อย รับประทานมื้อเย็นมาก จุกจิบไม่ตรงเวลา และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคได้แก่ คิดในรสชาติอาหาร บังคับใจตนเองไม่ได้ ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และ กายจนา ปัญญาจร, สุชาติพิทย์ เทียมวงษ์, กรรณิการ์ คลื่นแก้ว, ลักขณา ศิริบุรณ์ และอมร คำทะริ (2549) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โชนราชพฤกษ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้ป่วยเบาหวานยังมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมจำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้าน การรับประทานอาหารและ การออกกำลังกาย นอกจากนี้ สมพร สาดแสงธรรม (2548) ได้ ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าปัจจัยด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนปัจจัยด้านการรับประทานยาเม็ดไม่มีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

แนวทางการดำเนินงานของจังหวัดนครราชสีมา มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจร คือการให้คำปรึกษารายกลุ่ม (Group Counseling) และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) เป็นการรวมกลุ่มของผู้ป่วยเบาหวาน โดยกระบวนการกลุ่มต่างให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกันเป็นแรงกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนเกิดการเปลี่ยนแปลง การรับรู้แนวคิด มีการให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่มเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นบางแห่ง จากรายงานสรุปผลงานปี พ.ศ. 2551 ศูนย์สุขภาพชุมชนจ้อหอ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

อาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ ประมาณ 63 % และจากการสุ่มรายงานปี พ.ศ. 2552 พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือมีระดับฮีโมโกลบิน มากกว่าหรือเท่ากับ 7 เป็น ร้อยละ 68 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาของ จิราพร กันบุญ (2547) ศึกษา อุปสรรคการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าอุปสรรคด้านการควบคุม อาหาร การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอุปสรรคการรับประทานยาอยู่ในระดับน้อย สำหรับอุปสรรครายด้านการควบคุมอาหารด้านอุปนิสัยมากที่สุด ด้านความคิดเห็นผู้ป่วยเบาหวาน ให้ความคิดเห็นว่า ควรมีการจัดการอุปสรรคด้านการควบคุมอาหาร โดยการจัดการด้วยตนเอง

พยาบาลชุมชน เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้ป่วยในด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัว ในการควบคุมโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วยการให้องค์ความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องอาหาร ซึ่งจากปัจจัยในการบริโภคที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งได้แก่ นิสัย การบริโภค ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหาร ความรู้ด้านโภชนาการและอาหาร และความสนใจในการ ดูแลตนเองในเรื่องอาหาร และการกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นวิธีการหนึ่งที่นำไปใช้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ได้ เพราะมีกระบวนการในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการด้วยตนเอง และแบนดูรา (Bandura, 1986) เชื่อว่าบุคคลสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่าง เพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และ การกระทำของตนเองด้วยผลลัพธ์ที่นำมาให้ตนเอง โดยผ่านการฝึกฝน และพัฒนาตนเอง จิตติมา จริญสิทธิ์ (2545) นำแนวคิดการกำกับตนเองในการศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 คนที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอกนายนายอาม สุ่มเข้า กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรม การจัดการตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าก่อนการทดลอง และ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมและพบว่าผู้ป่วย กลุ่มทดลองที่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีจำนวนมากกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ สงกรานต์ กลั่นดวง (2548) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ The “take PRIDE” Program ในการส่งเสริม พฤติกรรมกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรม The “take PRIDE” ของ Clark, Janz, Dodge, and Sharpe (1992) ตามกรอบแนวคิด การกำกับตนเอง (Self-regulation) ของแบนดูรา ประกอบด้วยกระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และ กระบวนการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

เพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติตัวดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง กว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลอง

โปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการกำกับตนเองของ แบนดูรา ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) 2) กระบวนการตัดสิน (Judgement Process) และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) ที่นำมาประยุกต์ใช้กับข้อมูลทางคลินิก ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้อาหารเบาหวานและอาหารแลกเปลี่ยน เป้าหมายทางคลินิกในการควบคุมโรค ให้ข้อมูลป้อนกลับ มีตัวแบบ และเสริมแรงเชิงใจ ให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง มีความสนใจในการดูแลตัวเองด้านอาหาร ด้วยการบันทึกข้อมูลทางคลินิกและรายการอาหารที่รับประทานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง จะสามารถให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รู้ว่ามีปริมาณของอาหารที่รับประทานนั้น มีผลต่อการเพิ่มของน้ำหนัก (ดัชนีมวลกาย) รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด จากผลของการรับประทานอาหารโดยตรง กำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์จากความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการกระทำที่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ซึ่งประสบการณ์จากความสำเร็จจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ดีและยั่งยืนได้ (Bandura, 1986) การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสม ถูกต้อง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จะสามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลดอัตราการตาย และงบประมาณของประเทศชาติได้ต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิก และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิก

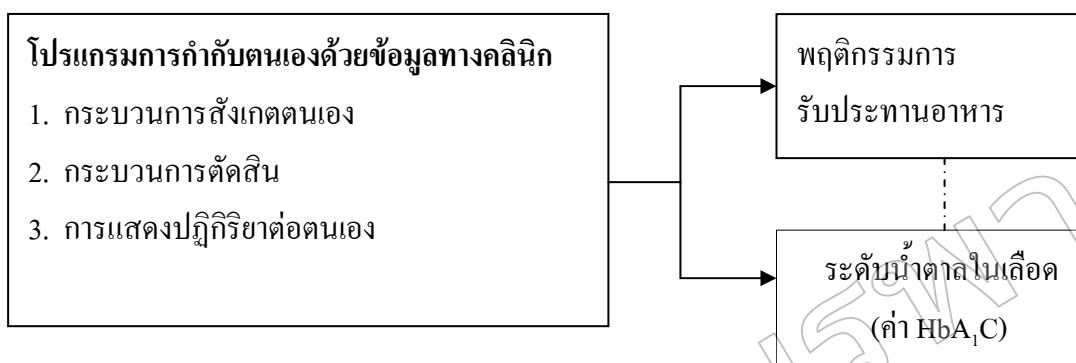
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิก และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิก

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิก มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิก
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิก มีระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิก

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี การกำกับตนเอง (Self-regulation) ของแบนดูรา เป็นแนวทางในการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือด การกำกับตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าไปใช้ในการควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารผู้ป่วยเบาหวานได้ เพราะมีกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการด้วยตนเอง โดยแบนดูรา (Bandura, 1986) เชื่อว่าบุคคลสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุม ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองด้วยผลลัพธ์ที่หามาให้ตนเอง โดยผ่านการฝึกฝนและพัฒนาตนเอง เพราะความตั้งใจและความปรารถนาจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงถ้าขาดแนวทางที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น การกำกับมีอยู่ 3 กระบวนการคือ กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) กระบวนการตัดสิน (Judgement Process) และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) การกำกับตนเองทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ และมีประสบการณ์จากความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการกระทำ ที่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งประสบการณ์จากความสำเร็จ ประกอบกับการได้เห็นตัวแบบที่มีความสำเร็จ การชักจูงด้วยคำพูด และระดับของแรงจูงใจ จะทำให้เกิดการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีได้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้นส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของ โปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกต่อ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด ที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เก็บข้อมูล ระหว่าง เดือนสิงหาคม ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2553

ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการกำกับตัวเองด้วยข้อมูลทางคลินิก

ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือด (ค่า HbA_{1c})

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกหมายถึง รูปแบบการจัดกิจกรรมที่จัด ให้ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและสามารถคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ โดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองของเบนคูรา ได้แก่การสังเกตตนเอง กระบวนการ ตัดสิน และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยอาศัยข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด โดยการเจาะเลือดด้วยเครื่องเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดแบบตรวจจากปลายนิ้ว

(Capillary Blood Glucose) การเจาะเลือดตรวจค่าระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) น้ำหนัก (เทียบค่าดัชนีมวลกาย) และรอบเอว รวมทั้งการบันทึกเป้าหมายการควบคุม โรคเบาหวาน รายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ ผลระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และรอบ เอว ในคู่มือการกำกับตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และเยี่ยมบ้านรายบุคคล

2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การเลือกชนิด ปริมาณ และความถี่ในการรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ ที่มีผลต่อ โรคเบาหวาน

ประเมินโดยแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 23 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีตัวเลือก 3 ระดับ พิจารณาจำนวนวัน ต่อสัปดาห์ คือปฏิบัติประจำ บางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติประจำเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งเท่ากับ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลยเท่ากับ 0 คะแนน

3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาโดยการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลมากกว่า 3 เดือน แต่ระดับน้ำตาลในเลือดยังผิดปกติคือ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg% หรือค่าระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) มากกว่าหรือเท่ากับ 7