

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลกและปัจจุบันยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าในปี ค.ศ. 2000 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 171 ล้านคน และคาดการณ์ว่าถ้าไม่ได้รับการแก้ไขในปี ค.ศ. 2030 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณ 366 ล้านคน (Wide, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004) สำหรับประเทศไทยโรคเบาหวานยังเป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันจากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2551) พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2548-2550 มีอัตราป่วยเท่ากับ 490.5, 586.8 และ 650.4 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยในพบมากที่สุดคือภาคกลางโดยในปี พ.ศ. 2545-2547 พบอัตราผู้ป่วยในเท่ากับ 444.45, 429.35 และ 501.10 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (อัญชลีศิริพิทยาคุณกิจ, 2548) จังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2548- 2550 เท่ากับ 374.36, 430.32 และ 510.98 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค, 2551) ตามลำดับ อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะนำไปสู่ผลกระทบทางด้านสุขภาพของตัวผู้ป่วยในเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องเผชิญกับความรู้สึกรังเกียจจากโรค เป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติตามมา

โรคแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวานมีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น ตาบอด ไตวาย โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด จากการรายงานเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2006 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานตายด้วยโรคหัวใจในปี ค.ศ. 2004 ร้อยละ 68 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 16 และพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75 พบความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายถึง ร้อยละ 60-70 ภาวะไตวาย ร้อยละ 44 (American Diabetes Association [ADA], 2007) สำหรับในประเทศไทยพบภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงมากที่สุดเช่นเดียวกันโดยพบ ร้อยละ 37.31 ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 13.08 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 9.32 และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ร้อยละ 6.18 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2550) จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานมีผลกระทบต่ออวัยวะทุกระบบในร่างกายทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรมส่งผลต่อสภาพจิตใจ

ของผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาของประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคทางกายอย่างอื่นร่วมด้วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยท้อแท้ในชีวิต ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้เกิดความกดดัน ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจและคุณค่าในตนเองและหากขาดการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากคนในครอบครัวและญาติจะกลายเป็นคนมองโลกในแง่ร้าย เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ที่มีโรคแทรกซ้อนทำให้คุณภาพชีวิตลดลงซึ่งถือเป็นการสูญเสียทางด้านสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล (เทพ หิมะทองคำ, วัลลา ตันตโยทัย, พงศ์อมร บุนนาค, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และสุนทรี นาคะเสถียร, 2547)

ผลกระทบต่อครอบครัวและเศรษฐกิจพบว่าผู้ป่วยบางคนมีการแสวงหาการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงอาการเรื้อรังที่เกิดขึ้นทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากทั้งการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ จากการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนต่อหน่วยในการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ของสายชล วัฒนิตพจมาน (2550) พบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 1,892.15 บาท/คนและต้นทุนกิจกรรมเฉลี่ยต่อครั้งเท่ากับ 2,022.80 บาท/คน สำหรับผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะแตกต่างจากโรคอื่น ๆ เพราะผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่กับโรคไปตลอดชีวิต การรักษาพยาบาลจึงไม่เคยจบสิ้น มีการดิ้นรนแสวงหาการรักษาตลอดเวลา ซึ่งนำมาสู่การสูญเสียตัวตนของผู้ป่วย เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคม บางคนต้องกลายเป็นคนพิการ ในขณะที่เดียวกันโรคเรื้อรังยังมีความสัมพันธ์กับการถูกตีตรา (Stigma) และถูกรังเกียจเหยียดหยาม เช่น ผู้ป่วยบางคนมีแผลเรื้อรัง พุพองส่งกลิ่นเหม็น (คณิตสร เต็งรัง และธนวรรณ สารรัมย์, 2551, หน้า 56) บางคนกลัวการมีครอบครัว กลัวการมีบุตร เนื่องจากกลัวว่าบุตรที่เกิดมาจะมีความพิการหรือมีบางคนไม่กล้าแต่งงาน (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2540) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงหรือ Glycosylated Hemoglobin ชนิดอีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) อยู่ในระดับที่สูงกว่าปกติซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เป้าหมายของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสถานะของโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติซึ่งวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีที่สุดคือการตรวจหาค่าปริมาณน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงหรืออีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) และเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงคุณภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตลอดระยะเวลา 3 เดือน เกณฑ์ที่เหมาะสมคือน้อยกว่าร้อยละ 7 (เทพ หิมะทองคำ, ยุพิน เบ็ญจสุรตน์วงศ์ และสุรจิต สุนทรธรรม, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การจัดการกับความเครียด 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ 6) การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลโดยเฉพาะเท้า (ขนิษฐา ศรีสว่าง, 2549; ลักษณา ทรัพย์สมบูรณ์, 2551; วัลลา ตันตโยทัย, 2550) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานยังอยู่ในระดับปานกลาง (มนธิรา ไชยแขวง, 2548; ลักษณา ทรัพย์สมบูรณ์, 2551; สมใจ แซ่เตีย, 2549) ส่วนพฤติกรรมรายด้านยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง บางคนมีการปรับลดขนาดยาเอง (ปิยพร ใจกว้าง, 2550) บางคนมีความเครียดในเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะเท้า (ขนิษฐา ศรีสว่าง, 2549) ส่วนระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงพบว่าถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น (สมพร สาดแสงธรรม, 2548)

สาเหตุที่ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมและนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้คือผู้ป่วยเบาหวานยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองและขาดการสนับสนุนการดูแลจากบุคคลรอบข้างที่มีทั้งครอบครัวและชุมชน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (จรรยา ธัญน้อม, 2549; ลักษณา ทรัพย์สมบูรณ์, 2551) สำหรับการดูแลจากบุคคลรอบข้างโดยภาพรวมจากการศึกษาที่ผ่านมาพอจะสรุปได้ว่าการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจากครอบครัวและญาติส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (กณณิกา โคตรบรรเทา, 2551; เกรียงไกร ก่อเกิด, 2551; จุฑามาศ ยอดเรือน, 2549; ดวงใจ สอนเสนา, 2549; พรนภา ไชยอาสา, 2550; วิภาดา กาญจนสิทธิ์, 2549) แต่การดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากบุคคลในครอบครัวอย่างเดียวนั้นยังไม่เพียงพอต้องมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้วย ดังจะเห็นได้จากข้อเสนอแนะของ ชัยยันต์ ภูเมฆ (2547) ที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีน้อยและไม่เพียงพอควรใช้ทีมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เข้ารับการอบรมการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในชุมชนหรือมีการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เพื่อให้ชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิดสัมพันธภาพ มีความห่วงใยและเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการประสานงาน

การมีส่วนร่วมของชุมชนตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978 อ้างถึงใน ทรงสุตา ไตรปกรณกุล, 2545, หน้า 10) หมายถึง กระบวนการที่บุคคล ครอบครัว

มีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเองและสวัสดิการในชุมชนของเขา เป็นการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชนเพื่อการจัดการในสถานการณ์ชีวิตที่ดีขึ้นและส่งเสริมการแก้ปัญหาของชุมชนด้วยตนเองแทนการเป็นผู้รอรับผลจากการพัฒนา ประชาชนสามารถกำหนดความต้องการ ความจำเป็นด้วยตนเองและสามารถปรับเปลี่ยน การแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ จากความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าว จะเห็นได้ว่าประชาชนในชุมชนต้องเป็นผู้ที่ตระหนักในปัญหาของชุมชนที่ตนอาศัยอยู่เป็นอย่างดี สามารถวิเคราะห์แยกแยะและแก้ไขปัญหาในชุมชนของตนเองได้ตามความสามารถของชุมชน ส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชนต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไข (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2542) จากผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน โดยการสนับสนุนของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมี พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นและมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงชนิด HbA_{1c} ลดลง (รุ่งรัตน์ งามจิรัฐติกาล, 2550) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้นำเอาชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ที่ได้กำหนดแนวทางการดูแลภาวะเรื้อรังเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้นนั้นต้องได้รับการ สนับสนุนจากชุมชนโดยเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา มีการระดมและ ประสานแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเพื่อผลลัพธ์ การดูแลที่ดีขึ้น (World Health Organization [WHO], 2002) การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดพลังชุมชนในการแก้ไขปัญหา สุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550- 2554) ในยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาพ โดยมิเป้าหมายหลักที่สำคัญคือเน้นให้มีกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมอย่าง รอบด้านโดยเน้นความเข้มแข็งของชุมชนและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ จากการศึกษา ที่ผ่านมการพัฒนาชุมชนเข้ามาเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนยังมีผู้ศึกษาน้อย และไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ดังนั้นถ้าหากมีการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาสนับสนุน การดูแลผู้ป่วยในสถานบริการระดับปฐมภูมิน่าจะทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น

สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในเขตอำเภอเกาะจันทร์ประกอบด้วยสถานีนามัย ทั้งหมด 4 แห่งคือสถานีนามัยบ้านเกาะโพธิ์ สถานีนามัยบ้านท่าบุญมี สถานีนามัยบ้านปรกฟ้า และสถานีนามัยบ้านหนองชุมเห็ด ซึ่งเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลักโรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี มีจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 27 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 30,000 คน พบอัตราป่วย

ด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2551 โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 1,246.6, 1,333.3, 1,423.3 ต่อแสนประชากร (อำเภอเกาะจันทร์, 2550, หน้า 15) และสถานการณ์ของสถานีอนามัยบ้านหนองชุมเห็ดพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน โดยมีอัตราความชุก พ.ศ. 2549-2551 เท่ากับ 1,061.5, 1,153.8, 1,246.2 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงชนิดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) เกินเกณฑ์มาตรฐาน (มากกว่าร้อยละ 7) ร้อยละ 82.6 ระดับโคเลสเตอรอลรวม, แอล ดี แอล (LDL), เอช ดี แอล (HDL) และไตรกลีเซอไรด์ มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 97.6, 87.8, 78 และ 69 ตามลำดับ (สถานีอนามัยบ้านหนองชุมเห็ด, 2552, หน้า 10) สำหรับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจากการศึกษานำร่อง พบว่าทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติ และพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าพฤติกรรมรายด้านที่อยู่ในระดับต่ำได้แก่ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร ส่วนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพร่างกายโดยเฉพาะเท้า พฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรม การจัดการกับความเครียด และพฤติกรรม การใช้ยารักษาโรค ตามลำดับ สาเหตุที่ผู้ป่วยเบาหวานยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมสืบเนื่องมาจากตัวผู้ป่วยยังขาดความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลตนเองรวมทั้งการจัดกิจกรรมให้บริการที่สถานีอนามัยที่ผ่านมาเน้นการให้คำแนะนำรายบุคคลยังไม่มีการจัดระบบการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาดูแลอย่างเป็นรูปธรรม และการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการศึกษานำร่องในกลุ่มแกนนำชุมชนพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนส่วนใหญ่จะเน้นการดูแลสุขภาพทั่ว ๆ ไปของประชาชนในพื้นที่ซึ่งผู้ที่มิมีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้จะเป็นแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับผู้นำชุมชนยังไม่ได้มีส่วนร่วมเท่าที่ควร และจากการศึกษานำร่องดังกล่าวยังพบว่าการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (สถานีอนามัยบ้านหนองชุมเห็ด, 2552, หน้า 25) จะเห็นได้ว่าการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษานำร่องข้างต้นพบว่าผู้ป่วยเบาหวานยังเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญเพราะมีอัตราป่วยที่เพิ่มมากขึ้นและผู้ป่วยเบาหวานยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องให้เหมาะสมตามสภาวะของโรคนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ดังนั้นการศึกษานี้จึงเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผลของการศึกษาในครั้งนี้เป็นการสร้างความเชื่อมั่นแก่ชุมชน ครอบครัวและบุคคลในการได้รับการบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งการจัดกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือกันให้สามารถพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพถือว่าเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และ

เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของตำบลเกาะจันทร์ อำเภอกะจันทร์ จังหวัดชลบุรี สามารถทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้น และปริมาณน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงชนิด HbA_{1c} ลดลงได้หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตตำบลเกาะจันทร์ อำเภอกะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงชนิด HbA_{1c} ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. ผลต่างค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงชนิด HbA_{1c} ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pre-post Test Control Group Design) ที่มุ่งศึกษาผลลัพธ์ของ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในเขต ตำบลเกาะจันทร์ อำเภอกะจันทร์ จังหวัดชลบุรี กลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2553

ตัวแปรที่วิจัย

1. ตัวแปรต้น โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. ตัวแปรตาม
 - 2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 6 ด้าน
 - 2.1.1 การรับประทานอาหาร
 - 2.1.2 การออกกำลังกาย
 - 2.1.3 การใช้ยา
 - 2.1.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
 - 2.1.5 การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลโดยเฉพาะเท้า
 - 2.1.6 การจัดการกับความเครียด
 - 2.2 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงชนิด HbA_{1c}
3. ตัวแปรควบคุมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
 - 3.1 อายุ
 - 3.2 ระดับการศึกษา
 - 3.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

การศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตตำบลเกาะจันทร์ อำเภอกะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ครั้งนี้ได้โปรแกรมในการจัด บริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อควบคุมโรคเบาหวานที่เป็น ประโยชน์ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สำหรับพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและสามารถสร้างความเชื่อมั่นแก่ชุมชน ครอบครัวและบุคคลในการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและเพื่อพัฒนาชุมชนให้เกิดความเข้มแข็ง ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
2. ด้านนโยบายนายกองค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนสามารถนำไปใช้เป็นนโยบายระดับตำบลและอำเภอในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนต่อไป
3. ให้ชุมชนเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน
4. เป็นแนวทางในการศึกษา การวิจัย และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัวและชุมชนต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รับการรักษาด้วยยารับประทาน และได้รับการรักษาต่อเนื่องที่สถานื่อนามัยบ้านปรกฟ้า ตำบลเกาะจันทร์ อำเภอเกาะจันทร์

แกนนำชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนในกลุ่มทดลองประกอบด้วย

1. การประชุมเชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี (Appreciation Influence Control: AIC) หมายถึง การประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มแกนนำชุมชนและตัวแทนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อระดมความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม มุมมองของชุมชนต่อสถานการณ์โรคเบาหวานในชุมชน ภาพฝันที่ชุมชนต้องการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน การกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ (รายละเอียดในภาคผนวก)

2. การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนหมายถึง กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสำหรับแกนนำชุมชน การปรับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และการปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) เพื่อให้แกนนำชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งเกิดทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

3. การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การสนับสนุนของแกนนำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) ระหว่างแกนนำชุมชนกับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยร่วมดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เกิดการสร้างเครือข่ายในชุมชน มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและแกนนำชุมชนได้รับรู้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน และหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ผลลัพธ์ หมายถึง ผลของการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนประกอบด้วย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กระทำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะเท้า พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด

2. ปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงชนิด HbA_{1c} หมายถึง ค่าที่ได้จากการวัดปริมาณน้ำตาลที่เกาะกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ซึ่งใช้ในการประเมินผลการรักษา สามารถบ่งบอกถึงค่าปริมาณน้ำตาลในระยะ 2-3 เดือนที่ผ่านมา โดยการตรวจด้วยวิธี ออโตเมต ฮีโมโกลบิน เอวันซี อะนาไลต์ (Automated HbA_{1c} Analyser) มีหน่วยวัดเป็นร้อยละ

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะด้านสังคม เศรษฐกิจ สังคมและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย

1. อายุ หมายถึง จำนวนปีที่นับตั้งแต่เกิดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษาคิดเป็นจำนวนเต็ม ถ้าเศษเกิน 6 เดือนคิดเป็น 1 ปีเต็ม

2. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับโดยแบ่งระดับเป็นดังนี้ 1) ประถมศึกษา 2) มัธยมศึกษา 3) สูงกว่ามัธยมศึกษา

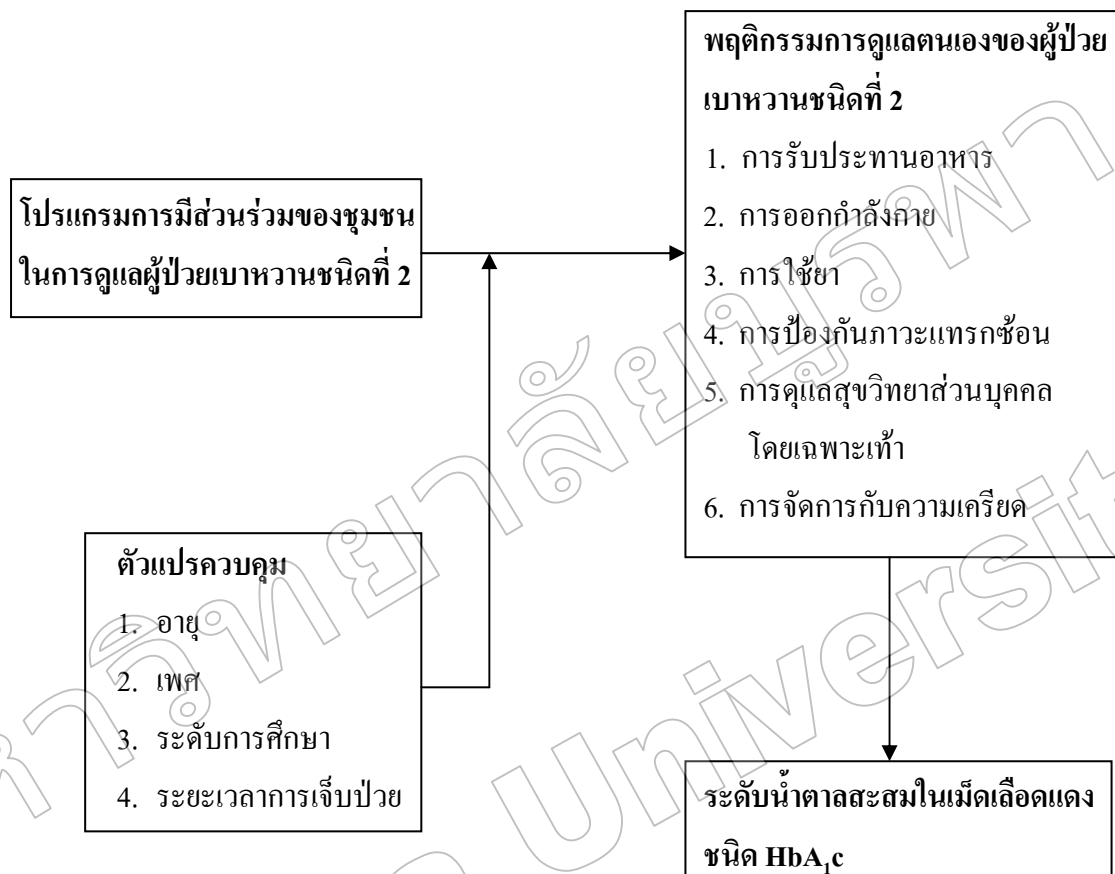
3. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรทางด้านสุขภาพว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นับจนถึงวันที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาคิดเป็นจำนวนเต็มถ้าเกิน 6 เดือนคิดเป็น 1 ปีเต็ม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้บูรณาการจากกรอบแนวคิดบางส่วนของนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Condition: ICCC) (WHO, 2002) ระดับกลาง (Meso-level) ในส่วนของชุมชนมาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าชุมชนเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน มีการนำเอาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และจากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคได้ดีขึ้น ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงสร้าง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยการจัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี (Appreciation Influence Control: AIC) เพื่อระดมความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนให้แกนนำชุมชนมีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 6 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล โดยเฉพาะเท้า และการจัดการกับความเครียด และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น กล่าวคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นทั้ง 6 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 5) การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล โดยเฉพาะเท้า 6) การจัดการกับความเครียด และส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง ชนิด HbA_{1c} ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไปดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย