

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ปัจจุบันกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะในทวีปเอเชียและประเทศไทย เนื่องจากอัตราความชุก และอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในภูมิภาคดังกล่าว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการประเมินสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยองค์การอนามัยโลก คาดว่าในปี 2553 จะมีผู้ป่วยเบาหวานในโลกนี้ถึง 220 ล้านคน และร้อยละ 61 ของผู้ป่วยอยู่ในทวีปเอเชีย (อภิชาติ วิชญาณรัตน์, 2456) เมื่อวิเคราะห์จากรายงานการควบคุมโรคเบาหวานทั่วโลก พบว่าในปี ค.ศ.2000 มีผู้ที่เป็นเบาหวานทั่วโลก 171 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคน ในปี ค.ศ.2030 (Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004) มีรายงานการสำรวจของสมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2547 พบผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 18,200,000 คน หรือประมาณ ร้อยละ 6.2 ของประชากรในประเทศ และมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น (John and Laura, 2004)

สำหรับประเทศไทยโรคเบาหวานจัดว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในลำดับต้นๆ ของประเทศ ทั้งมีแนวโน้มที่จะมีขนาดของปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2546 - 2547 พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2539 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 6.9 หรือประมาณ 3.2 ล้านคน ในปี 2547 (การสาธารณสุขไทย 2548 - 2550) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเป็นโรคเบาหวานของคนไทยที่เพิ่มสูงขึ้น และที่สำคัญคือผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย พบในสัดส่วนที่สูงซึ่งส่งผลให้สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอ่อนแอ ทำให้กลุ่มเสี่ยงนี้ขาดโอกาสที่จะได้รับการป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคเบาหวานด้วย นอกจากนี้รายงานการสำรวจการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year : DALYs loss) เมื่อปี พ.ศ.2547 พบว่าในเพศหญิงมีการสูญเสียจำนวนปีสุขภาวะจากโรคเบาหวาน 267,549 DALYs หรือคิดเป็น ร้อยละ 6.9 โดยเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 3 ของการสูญเสีย DALY ส่วนในเพศชายมีการสูญเสียจำนวนปีสุขภาวะจากโรคเบาหวาน 168,702 DALYs หรือคิดเป็น ร้อยละ 3.2 และเป็นอันดับ 8 ของสาเหตุสำคัญของการสูญเสีย DALY ซึ่งเมื่อเป็นเบาหวานแล้วมักพบโรคแทรก

ซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทุกข์ทรมาน (คณะทำงานจัดทำภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549) เปรียบเทียบจากปี พ.ศ.2543 ที่ผ่านมา พบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปเป็นโรคเบาหวานสูงถึง ร้อยละ 9.6 หรืออาจกล่าวได้ว่าประชากรไทยที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป 10 คนจะพบเป็นโรคเบาหวาน 1 คน (Aekplakorn et al., 2003 อ้างใน บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, 2547) และในปีพุทธศักราช 2552 นี้ ประเมินการว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีอยู่ราว 4.9 - 6.2 ล้านราย ทั้งนี้เนื่องจากประชากรของประเทศมีอายุยืนขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของประชากร ในลักษณะที่มีการบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาลและพลังงานสูงร่วมกับการไม่ออกกำลังกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย (วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี)

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อันตรายของโรคเบาหวานมักจะเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด การเสื่อมของจอตา และการเสื่อมสมรรถภาพการทำงานของไต การขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ การเสื่อมหน้าที่ของระบบประสาทรอบนอก และระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งผู้ป่วยอาจถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้ นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) จนถึงปัจจุบัน คือฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) ประเทศไทยได้เห็นความสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวาน เพื่อลดอัตราการตายของประชากร โดยเน้นกลยุทธ์ในการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่จะก่อให้เกิดความพิการและการตาย เช่น การจัดให้มีคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลและในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในทุกระดับ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดให้มีการสอนสุขศึกษาให้แก่ผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นลงได้ จากผลการดำเนินงานในภาพรวมก็ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานอีกจำนวนมากที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังเช่นรายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง พ.ศ.2550 ของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทั้งเก่าและใหม่ ร้อยละ 18.97 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด แยกเป็นภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงมากที่สุด ร้อยละ 37.57 รองลงมาได้แก่ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร้อยละ 22.97 ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 12.96 ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง ร้อยละ 9.80 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 9.25 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ร้อยละ 6.11 และภาวะแทรกซ้อนที่ต้องตัดอวัยวะ ร้อยละ 1.35 ตามลำดับ และพบสัดส่วนผู้ป่วยในหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 67.77 และร้อยละ 32.23) หรือคิดเป็นสัดส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 1 : 2 (สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถ เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แนวทางการดำเนินงานที่ถือปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบัน คือการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานทุกรูปแบบ โดยภาพรวมได้ประมาณการว่าในการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน 1 ราย จะมีค่าใช้จ่าย 7,702 - 18,724 บาท ในปี 2549 เมื่อประมาณการว่ามีผู้ป่วยจำนวน 4.9 ล้านคน ในปี 2552 ประเทศไทยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 3.8 - 9.2 หมื่นล้านบาท (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุ โนทัย, 2541) ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากตลอดระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน องค์การดูแลสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ทำการสำรวจค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในด้านสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดเชียงใหม่ จากสถิติ พบว่าอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานนับตั้งแต่ปี 2545 จนถึงปี 2550 เพิ่มขึ้นอย่างน่าตกใจ โดยปี 2545 อัตราความชุกเท่ากับ 612.87 ต่อแสนประชากร ปี 2550 อัตราความชุกเพิ่มขึ้นเกือบ 20 เท่า ของปี 2545 เป็น 11,661.78 ต่อแสนประชากร (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2551) แม้ว่าอัตราความชุกที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากมานั้นส่วนหนึ่งอาจเป็นด้วยเหตุผลของความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ส่งผลให้ วิทยาการทางการแพทย์มีวิวัฒนาการที่ก้าวล้ำนำสมัย สามารถค้นหา ตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคได้ง่าย และรวดเร็ว ตัวเลขที่แสดงถึงอัตราอุบัติการณ์และอัตราความชุกของโรคเบาหวาน จึงเพิ่มมากขึ้นหลายเท่าตัวอย่างที่ปรากฏก็ตาม แต่สิ่งเหล่านี้ก็เป็นสัญญาณสำคัญที่บ่งบอกว่าโรคเบาหวานเป็นมหันตภัยทางสุขภาพของประชาชนชาวเชียงใหม่ที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรวมถึงประชาชนทั่วไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือแม้แต่ประชาชนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอยู่แล้วไม่ควรจะนิ่งนอนใจ ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือร่วมใจในการป้องกันกำจัดมหันตภัยดังกล่าว เพื่อลดการสูญเสียในทุกๆด้านและทุกระดับไม่ว่าจะเป็นระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ รับผิดชอบพื้นที่ จำนวน 7 หมู่บ้าน 3,123 หลังคาเรือน จำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 9,738 คน ดำเนินงานตามกลยุทธ์การควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน ทั้งในเชิงรุก และเชิงรับตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2544 เป็นต้นมา จนกระทั่งถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นทะเบียนรักษาอยู่ในความรับผิดชอบดูแลจำนวน 149 คน จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 330 คน พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษา ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องได้ ที่ผ่านมามีงานวิจัยมากมายที่มุ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมักเป็นการมุ่งศึกษาปัจจัยเฉพาะด้านเป็นส่วนใหญ่ เช่น การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสิริ จังหวัดลำพูน (ศิริพร ปารมะ, 2545) การศึกษาแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานประเภทที่ 2 (นิตยา แก้วสอน, 2548) และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นต้น ในส่วนของอำเภอสารภีก็ได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ (ธวัชชัย ฉันทวุฒินันท์, 2551) ซึ่งผลจากการวิจัยเหล่านั้น ส่วนหนึ่งสามารถนำมาปรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ของตำบลยางเนิ้งได้บ้าง แต่ในภาพรวมก็ยังไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการได้

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความตั้งใจที่ Warshaw and Davis (1985 cited in Rhodes et al., 2005) กล่าวว่า ความตั้งใจ (intention) เป็นกระบวนการคิดที่เกิดขึ้น และเป็นการแสดงให้เห็นถึงการวางแผนที่จะกระทำอย่างมีสติ และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล อันเป็นทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ของ Ajzen and Fishbein (1980 cited in Brown, 1999; Baker and Crompton, 2000) ที่ได้กล่าวว่ามันมีเหตุผลและใช้ข้อมูลที่ตนมีอยู่อย่างเป็นระบบ กล่าวคือบุคคลมีการพิจารณาก่อนตัดสินใจกระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรม และพฤติกรรมส่วนมากของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (behavioral intention) และพฤติกรรมสามารถทำนายได้จากกรวัด หรือทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ซึ่งหากมีความตั้งใจในระดับสูงแล้วย่อมมีโอกาสเกิดพฤติกรรมตามที่ตั้งใจมากเช่นกัน ทั้งนี้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม และความตั้งใจจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม (pender, 1996) การทำนายพฤติกรรมอาจจะเป็นการทำนายระดับบุคคลหรือระดับรวมก็ได้ ในการทำนายพฤติกรรมระดับบุคคล คือการถามความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมของเขา โดยให้มีความตรงกันของเกณฑ์ระหว่างความตั้งใจกระทำพฤติกรรม และพฤติกรรม จึงจะมีความแม่นยำในการทำนายวิธีที่ง่ายที่สุด และให้ผลในทางเป็นไปได้มากที่สุดในการวัด หรือทำนายพฤติกรรม คือการศึกษาความตั้งใจในการเลือกปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมของเขา ถ้าสามารถวัดความตั้งใจที่จะปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมแล้วก็จะสามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องใกล้เคียงมากที่สุด

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ดำเนินการศึกษาในฐานะของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จึงเกิดความสนใจนำแนวคิดนี้มาเป็นพื้นฐานในการศึกษา

เกี่ยวกับความตั้งใจและกิจวัตรของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในโลหิต เปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในโลหิตได้ และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อระบุความแตกต่างกันในประเด็นที่ต้องการศึกษาของทั้งสองกลุ่ม โดยผลที่ได้จากการศึกษาจะเกิดประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการสูญเสียหรือพิการจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อระบุและเปรียบเทียบความตั้งใจและกิจวัตรของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในโลหิต ในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความตั้งใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในโลหิต ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ กับกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีความแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีการปฏิบัติกิจวัตรด้านการบริโภคอาหาร กิจวัตรด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย และกิจวัตรด้านการรับประทานครบรักษาโรคเบาหวาน แตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

### ขอบเขตของการศึกษา

ประเด็นที่ศึกษา คือ ความตั้งใจและกิจวัตรของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในโลหิต ในส่วนของความตั้งใจจะวัด ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน และความตั้งใจในการควบคุมระดับน้ำตาล ส่วนกิจวัตรจะศึกษากิจวัตรด้านการบริโภคอาหาร การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย และการรับประทานครบรักษาโรคเบาหวาน

### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้ขึ้นทะเบียนรักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลยางเนิ้ง และมารับการตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. ความตั้งใจในการควบคุมระดับน้ำตาล หมายถึง ลักษณะที่เป็นนามธรรมที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน และความตั้งใจในการควบคุมระดับน้ำตาลที่เหนียวนำไปสู่พฤติกรรมการแสดงออกทางกาย
3. กิจวัตร หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ทุกสัปดาห์ หรือทุกเดือน ของผู้ป่วยเบาหวาน ในการศึกษาี้หมายถึงการปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. ใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการสูญเสีย หรือพิการจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค
2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของการดำเนินงานควบคุมโรคเบาหวาน
3. ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งต่อไป