

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่มีลักษณะสำคัญคือ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองปัจจัยร่วมกัน โรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิด ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ และโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ โดยพบว่า มีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึงร้อยละ 90-95 ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั้งหมด (American Diabetes Association [ADA], 2014a) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีและก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากข้อมูลสมพันธ์เบาหวานนานาชาติปี ค.ศ. 2012 พบว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลก 371 ล้านคน (International Diabetes Federation [IDF], 2012) และในปี ค.ศ. 2013 พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกสูงถึง 382 ล้านคน โดยร้อยละ 50 ไม่ทราบว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2035 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 592 ล้านคน (IDF, 2013) สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี พ.ศ. 2554 และ 2555 ประชาชนไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 968.22 และ 1,050.05 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554, 2555ก) นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ โดยในปี ค.ศ. 2012 พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานทั่วโลก 4.8 ล้านคน และเพิ่มขึ้นเป็น 5.1 ล้านคนในปี ค.ศ. 2013 (IDF, 2012, 2013) และประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2554 ประชาชนไทยมีอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน 11.90 รายต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น 12.10 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2555 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555ข) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2562 โรคเบาหวานจะเป็น 1 ใน 3 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในประเทศไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555ค) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญสาเหตุหนึ่ง

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานแม้รักษาไม่หายขาดแต่สามารถควบคุมได้ ซึ่งเป้าหมายในการรักษาผู้ที่เป็นโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด ได้แก่ 1) ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาหลังอดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose) หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารโดยการเจาะจากปลายนิ้ว (preprandial capillary plasma glucose) เท่ากับ 70-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ควรน้อยกว่าร้อยละ 7 3) ระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลังรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมง (peak postprandial capillary plasma glucose) ควรน้อยกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 4) ระดับความดันโลหิตควรน้อยกว่า 140/80 มิลลิเมตรปรอท 5) ระดับโคเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein [LDL] cholesterol) มีค่าน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 6) ระดับโคเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein [HDL] cholesterol) ในผู้ชายควรมีค่ามากกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและในผู้หญิงควรมีค่ามากกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ 7) ระดับไตรกลีเซอไรด์ ควรน้อยกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ADA, 2014b) หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้หมายถึง ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้ การที่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมโรคได้จะส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยผลกระทบด้านร่างกาย คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ร้อยละ 3.2 ภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (diabetes ketoacidosis [DKA]) ร้อยละ 0.5 ภาวะเลือดข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก (hyperglycemic hyperosmolar non-ketotic syndrome [HHNS]) ร้อยละ 0.4 ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.9 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ร้อยละ 0.5 โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident) ร้อยละ 0.1 โรคเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด (cerebral infarction) ร้อยละ 0.1 เส้นเลือดในสมองตีบ (ischemic stroke) ร้อยละ 0.1 และภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack [TIA]) ร้อยละ 0.1 ภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน (diabetic retinopathy) ร้อยละ 4.7 โรคไตจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) ร้อยละ 3.4 และภาวะแทรกซ้อนที่เท้า (diabetic foot) ได้แก่ เกิดแผลที่เท้าร้อยละ 2.1 ได้รับการตัดนิ้วเท้าหรือขาร้อยละ 0.3 (รวมถึงสินธุ์, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์, และคณะทำงานเจ้าหน้าที่เครือข่ายกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2555)

สำหรับผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การจำกัดการรับประทานอาหาร และการที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเกิดความกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า (Young & Unachukwu, 2012) ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนและมีความพิการจากโรคเบาหวานจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (ศลาชนันท์ หงษ์สวัสดิ์, 2551) ผลกระทบด้านสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนเปลี่ยนแปลงไปและขาดการยอมรับจากที่ทำงาน เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้การปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพ (Young & Unachukwu, 2012) สำหรับผลกระทบด้านเศรษฐกิจในระดับประเทศ พบว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อนุมัติงบประมาณเพื่อการป้องกันและควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 2556 เป็นจำนวนสูงถึง 410,088,000 บาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [สปสช.], 2556) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนไทย และส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังได้มากกว่าคนที่สามารถควบคุมได้ โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 77.10 ส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคได้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพียงร้อยละ 22.9 (ราม รังสินธุ์ และคณะ, 2555) ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคเบาหวานควรมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดซึ่งสามารถทำได้โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เขวาลักษณ์ อนุรักษ์ และคณะ, 2543) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลมาจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และการจัดการกับความเครียด (ADA, 2014b) โดยพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหารจะช่วยควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือด โดยจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต และภาวะคีโตนในปัสสาวะลดลง (ADA, 2014b) ส่วนการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลินและลดภาวะคีโตนในปัสสาวะ ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น กล้ามเนื้อถูกกระตุ้นให้มีการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์มากขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (Colberg et al., 2010) ในด้านการรับประทานยา หากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีการรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ควรปฏิบัติตาม

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ จะช่วยให้สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย (ADA, 2014b) สำหรับการจัดการกับความเครียดจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด และทำให้สามารถคิดและตัดสินใจได้ ส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น (Harkness et al., 2010) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็โรคเบาหวานจะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สม่่าเสมอ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล

ในปัจจุบันพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคเบาหวานมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้แก่ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (จากุพจน์ เอี่ยมสิริ, 2549; นภัทร์ ขาอินตา, 2551; พรนภา ไชยอาสา, 2550; พิมพกา ปัญญาใหญ่, 2549) การส่งเสริมการจัดการตนเอง (กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา, 2553; สุชาดา คงหาญ, 2553) การใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (สุนันทา เป็รื่องธรรมชาติ, 2550) และการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางกายภาพสำหรับผู้ที่เป็โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (กรวิภา ผิวขาว, 2553; ฉัตรสุดา จารัส, 2555; ปิยพงศ์ สอนลบ, 2553) ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเหล่านั้นมีผลลัพธ์ที่ดีภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม เช่น มีคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ถูกต้องสูงขึ้น (พรนภา ไชยอาสา, 2550) มีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (จากุพจน์ เอี่ยมสิริ, 2549; นภัทร์ ขาอินตา, 2551; พิมพกา ปัญญาใหญ่, 2549) มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา, 2553; กรวิภา ผิวขาว, 2553; จากุพจน์ เอี่ยมสิริ, 2549; ฉัตรสุดา จารัส, 2555; ปิยพงศ์ สอนลบ, 2553) มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง (สุชาดา คงหาญ, 2553) มีการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น (กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา, 2553) มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (ฉัตรสุดา จารัส, 2555; สุนันทา เป็รื่องธรรมชาติ, 2550) มีความรู้ในการควบคุมโรคเพิ่มขึ้น (กรวิภา ผิวขาว, 2553; ฉัตรสุดา จารัส, 2555; ปิยพงศ์ สอนลบ, 2553) แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า ในผู้ที่เป็โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครประจำปี พ.ศ. 2555 เพียงร้อยละ 33.4 ที่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีน้อยกว่าร้อยละ 7 (ราม รังสินธุ์ และคณะ, 2555) ดังนั้นอาจมีปัจจัยบางประการที่เป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็โรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

การที่ผู้ที่เป็โรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่ามีสาเหตุจากการขาดความรู้ และการไม่สามารถปรับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ดังเช่นพบการศึกษาที่ผู้ที่เป็โรคเบาหวานมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องการควบคุมอาหาร เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ, 2551; อมรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล, 2555) และบังคับใจตนเองไม่ได้ (วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ, 2551) สำหรับพฤติกรรมกรออกกำลังกายพบว่าการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง

(วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ, 2551; ศิริประภา ขจรบุญ, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และ อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2554; อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล, 2555) มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและกระดูกทำให้เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย (ศิริประภา ขจรบุญ และคณะ, 2554; อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล, 2555) มีความเหนื่อยล้า (วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ, 2551; ศิริประภา ขจรบุญ และคณะ, 2554) ไม่มั่นใจว่าจะทำได้ ไม่กล้าออกกำลังกายเนื่องจากกลัวเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ไม่มีเวลา ไม่มีสถานที่ที่เหมาะสม ขาดความตระหนักถึงผลดีหรือประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ, 2551) มีการทำงานมากอยู่แล้วจึงถือว่างานที่ทำอยู่เป็นการออกกำลังกาย (อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล, 2555) ส่วนการรับประทานยาพบว่า รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทานยาและหยุดยาเอง เนื่องจากมีความเข้าใจเรื่องยาไม่ถูกต้อง อาชีพไม่หนุนเสริมทำให้ต้องเลื่อนเวลาการรับประทานทั้งอาหารและยาออกไป สำหรับการจัดการกับความเครียด พบว่า ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้เหมาะสม และการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทไม่มีประสิทธิภาพ (วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ, 2551) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าปัญหาและอุปสรรคส่วนใหญ่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน คือขาดความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งความพร้อมด้านความรู้ และความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการประเมินความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลตามช่วงเวลาที่บุคคลดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองจากพฤติกรรมเดิมและยอมรับพฤติกรรมใหม่ ซึ่งบุคคลจะค่อย ๆ พัฒนาความคิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นไปทีละระยะ (Prochaska & Velicer, 1997) จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (transtheoretical model of behavior change [TTM]) ที่ถูกพัฒนาโดย โพรชาสกา และ เวลิเชอร์ (Prochaska & Velicer, 1997) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับและถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งทฤษฎีนี้กล่าวว่า บุคคลแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองตลอดเวลาตามการรับรู้ และปัจจัยเงื่อนไขต่าง ๆ ในชีวิตของตนเอง ส่งผลให้บุคคลแต่ละคนมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นจะต้องประเมินความพร้อมของแต่ละบุคคลว่าอยู่ในระยะใด และในแต่ละระยะของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะมีขั้นตอนส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งเรียกว่า stage-matched intervention เพื่อช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย ทฤษฎีนี้ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 5 แนวคิด ได้แก่ 1) ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (readiness for behavior change) หรือ

ขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change) 2) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (processes of change) 3) ความสมดุลในการตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (decisional balance) 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (self-efficacy) และ 5) สถานการณ์ล่อใจ (temptation) ทั้งนี้การที่จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แนวคิด ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะต้องคำนึงถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็น อันดับแรก

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 5 ระยะคือ 1) ระยะก่อนพิจารณา (precontemplation) เป็นระยะที่บุคคลไม่มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายภายใน 6 เดือนข้างหน้า ไม่ตระหนักถึงผลเสียของพฤติกรรมเดิมที่ตนเอง กำลังปฏิบัติอยู่ 2) ระยะพิจารณาไตร่ตรอง (contemplation) เป็นระยะที่บุคคลคิดที่จะยอมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเดิมและมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้า 3) ระยะ เตรียมพร้อม (preparation) เป็นระยะที่บุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ โดยมีการเตรียมการที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมภายใน 30 วันข้างหน้าหรือเริ่มปฏิบัติแล้วแต่ยังทำไม่สม่ำเสมอตามเกณฑ์ที่จะเกิด ประโยชน์ต่อสุขภาพ ในระยะนี้บุคคลจะมองเห็นประโยชน์และความคุ้มค่ามากกว่าผลเสียในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) ระยะปฏิบัติ (action) เป็นระยะที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจน ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สม่ำเสมอ และ 5) ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (maintenance) เป็นระยะที่บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำ และปฏิบัติมาเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยระยะที่ถือว่ามีความพร้อมในการปฏิบัติคือ ระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 5 ซึ่งสมาคม โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก็ควรมีการ ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ADA, 2014a) และการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ที่เป็น โรคเบาหวานนั้นควรให้ความสำคัญกับความต้องการและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของแต่ละ บุคคล (Mayberry et al., 2010) ดังนั้น หากผู้ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานให้ความสำคัญกับการ ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงความตั้งใจ ความ ต้องการ และการยอมรับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับความพร้อมของผู้ที่เป็น โรคเบาหวานแต่ละราย

มีผู้นำทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันและ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย วัณโรคที่สูบบุหรี่ (อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจ (วรรัตน์ โพธิ, 2552) คนงานหญิง

เย็บจักรอุตสาหกรรม (ศรีดา มั่นชานา, 2547) ผู้สูงอายุโรคหัวใจ (อัจฉรา บุณรัช, 2551) ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ (อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552) มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวออกแรง และสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น (วรรัตน์ โพธิ, 2552) มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (ศรีดา มั่นชานา, 2547) มีการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย (อัจฉรา บุณรัช, 2551) โดยการวิจัยแต่ละเรื่องจะมีการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลว่าอยู่ในระยะใด ก่อนออกแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้การจัดกิจกรรมต่าง ๆ มีความเหมาะสมกับความพร้อมของแต่ละบุคคล ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการพัฒนากิจกรรมการดูแลหากลุ่มตัวอย่างกับระยะความพร้อมของแต่ละบุคคลจะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี

การศึกษาถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวานตามแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่คำนึงถึงความพร้อมของผู้ที่เป็น โรคเบาหวานเท่าที่มีในรายงาน พบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 48.8 มีความพร้อมอยู่ในระยะก่อนพิจารณา และร้อยละ 51.2 อยู่ในระยะพิจารณาไตร่ตรอง และระยะเตรียมพร้อม (Connor et al., 2004) สำหรับในประเทศไทย พบว่า สมจิตต์ สินธุชัย, กุลธิดา พานิชกุล, และ สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล (2549) ได้ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบขึ้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 20.8 อยู่ในขั้นก่อนพิจารณา ร้อยละ 15.1 อยู่ในขั้นพิจารณาไตร่ตรอง ร้อยละ 19.7 อยู่ในขั้นเตรียมพร้อม ร้อยละ 15.7 อยู่ใน ขั้นปฏิบัติ และร้อยละ 28.6 อยู่ในขั้นคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม จากผลการศึกษาทั้งสองการศึกษา พบว่าเป็นการศึกษาในภาพรวมถึงความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Connor et al., 2004) สำหรับการศึกษาความพร้อมการปฏิบัติรายด้านพบว่ามีการศึกษาเพียงด้านเดียว คือด้านการออกกำลังกาย และ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้ (สมจิตต์ สินธุชัย และคณะ, 2549) ดังนั้นการนำผลการศึกษามาอธิบายในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อาจมีข้อจำกัด และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอาจมีความพร้อมที่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมถึงความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้าน

จากข้อจำกัดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เป็นการประเมินความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานให้ชัดเจนและครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน และศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดและหากไม่สามารถควบคุมโรคได้จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนากิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับความพร้อมของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานโดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

คำถามการวิจัย

ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้เป็นอย่างไร โดยมีคำถามเฉพาะ ดังนี้

1. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระยะใด
2. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระยะใด
3. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอยู่ในระยะใด
4. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระยะใด

นิยามศัพท์

ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเบาหวานของตนเอง 4 ด้าน คือ 1) ด้านการควบคุมอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการใช้ยา และ 4) ด้านการจัดการกับความเครียด ตามระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามทฤษฎีของโปรชาสกาและเวลีเซอร์ (Prochaska & Velicer, 1997) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระยะคือ 1) ระยะก่อนพิจารณา (precontemplation) 2) ระยะพิจารณาไตร่ตรอง (contemplation) 3) ระยะเตรียมพร้อม (preparation) 4) ระยะปฏิบัติ (action) และ 5) ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (maintenance) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกาและเวลีเซอร์ (Prochaska & Velicer, 1997)

ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลตามเกณฑ์มาตรฐานได้ คือ มีระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาหลังอดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose [FPG]) หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารโดยการเจาะจากปลายนิ้ว (preprandial capillary plasma glucose) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ในระยะเวลาย้อนหลัง 3 เดือนติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved