

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดประเด็นของการศึกษาไว้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. การให้บริการในคลินิกเบาหวาน
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)

เบาหวาน เป็นกลุ่มอาการที่มีน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการขาดอินซูลินและ/หรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง เนื่องจากสาเหตุและกลไกการเกิดโรคเบาหวานมีหลายอย่าง จึงมีการจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน โดยอาศัยต้นเหตุและกลไกของการเกิดโรคไว้ดังนี้^{(13) (14)}

ก. โรคเบาหวานที่มีอาการทางคลินิก

1. เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin-dependent diabetes mellitus: IDDM) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องการอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนใหญ่เกิดในคนอายุน้อย (มักต่ำกว่า 40 ปี) มีอาการรวดเร็วและรุนแรงเกิดภาวะ Ketoacidosis ได้ง่ายถ้าไม่ได้ฉีดอินซูลิน ต้นเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ได้แก่ พันธุกรรม, ความผิดปกติของ autoimmune, การติดเชื้อไวรัส เป็นต้น

2. เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin-dependent diabetes mellitus: NIDDM) มักมีอาการเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และมักไม่ต้องการอินซูลินลดระดับน้ำตาลในเลือดนอกจากบางภาวะ สามารถรักษาได้ด้วยการควบคุมอาหาร หรือร่วมกับการรับประทานยา ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยอายุเกิน 40 ปีและอ้วน มักไม่เกิด Ketoacidosis นอกจากบางภาวะ เช่น มีการติดเชื้อ ปัจจัยที่พบร่วมกับการเกิดโรคมีหลายอย่าง เช่น พันธุกรรมและความอ้วน

3. เบาหวานที่สัมพันธ์กับทุพโภชนาการ (Malnutrition - related diabetes mellitus:MRDM) พบในคนอายุน้อย การควบคุมเบาหวานต้องใช้อินซูลิน ซึ่งพบระดับอินซูลินในเลือดต่ำ มักไม่เกิด Ketoacidosis เชื่อว่าเกิดจากการขาดโปรตีนและพลังงาน

4. เบาหวานที่เกิดร่วมกับโรคอื่น (Other types) ที่เกี่ยวข้องกับภาวะหรือกลุ่มอาการบางอย่าง เช่น โรคของตับอ่อน โรคเกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมน โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติของอินซูลิน โรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการทางพันธุกรรมที่ผิดปกติบางชนิด

5. ภาวะความผิดปกติของความทนต่อกลูโคส (Impaired glucose tolerance:IGT) ได้แก่ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ไม่ถึงเกณฑ์เป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมากกว่าปกติ แต่บางรายอาจจะกลับมาเป็นปกติ หรือยังคงเป็น IGT อย่างเดิมก็ได้

6. กลุ่ม Gestational Diabetes Mellitus (GDM) ได้แก่ผู้ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หลังคลอดอาจกลับมาเป็นปกติ หรืออาจเป็นเบาหวานตลอดไปเลย หรือเป็น IGT มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และระหว่างคลอด

ข. กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (Statistical Risk Class) จำแนกได้เป็น 2 ชนิด คือ

(1) กลุ่มผู้ที่เคยเป็น Impaired Glucose Tolerance Test คือ เคยมีน้ำตาลในเลือดสูง หรือเคยเป็น IGT หรือเคยเป็นGDM แต่ปัจจุบันมี glucose tolerance test ปกติ

(2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของ glucose tolerance ผู้ที่มีบิดามารดาหรือพี่น้องร่วมสายเลือดเป็นเบาหวาน คู่แฝดเป็นเบาหวาน คนอ้วน ผู้มี islet cell antibody ในเลือด และหญิงคลอดบุตร น้ำหนักแรกคลอดเกิน 4 กิโลกรัม

การควบคุมโรคเบาหวาน (Monitoring of diabetic control) ^{(14) (15)}

แพทย์จะเป็นผู้กำหนดว่า ผู้ป่วยแต่ละคนควรจะมีระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ใด ซึ่งอาจดูได้จากการตรวจปัสสาวะและ เลือดของผู้ป่วยซึ่งเกณฑ์ต่อไปนี้ถือว่าควบคุมเบาหวานได้ดี คือ การตรวจปัสสาวะ ถ้าไตไม่มีความผิดปกติ ควรตรวจไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะ ทั้งก่อนและหลังอาหาร โดยไม่มีอาการน้ำตาลต่ำเกิดขึ้น การตรวจเลือด ในปัจจุบันยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานในเรื่องนี้แต่มีหลักว่าควรรักษาระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดคือ นิยมการตรวจ fasting blood glucose:FBG และ post prandial blood glucose : PPBG (หลังอาหารธรรมดา) สำหรับ fasting blood glucose: FBG อาจใช้เกณฑ์แปลผล FBG ระหว่าง 80-120 mg/dl = ดี ระหว่าง > 120-140 mg/dl = พอใช้, เกิน 140 mg/dl = ไม่ดี และถ้า > 180 (ต้องแก้ไขเต็มที่) ⁽¹⁶⁾ สำหรับค่า PPBG ถ้าหลังอาหาร 2 ชั่วโมง แล้วเกิน 180 mg/dl ถือว่าการควบคุมยังไม่ดี นอกจากนี้หากใช้ระดับ glycosylated hemoglobin : GHb หรือ HbA_{1c} ซึ่งแสดงถึงระดับน้ำตาล

ในเลือดเฉลี่ยในช่วง 4-6 สัปดาห์ย้อนหลัง คือถ้า HbA1 (หรือ GHb) ต่ำกว่า 8 % = ดีมากและ 8-10 % = ดี, > 10-12 % = ใช้ได้และ มากกว่า 12 % = ไม่ดี

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมักเกิดขึ้นเมื่อระดับกลูโคสในเลือด ต่ำกว่า 50 mg% มีอาการใจสั่น เหงื่อออก อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ไปจนถึงไม่รู้สีกตัว อาจชัก ถ้าเป็นรุนแรงอาจเป็นอันตรายต่อสมองได้ สำหรับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างมาก ทำให้เลือดมีภาวะเป็นกรด เกิดขึ้นเนื่องจากการขาดอินซูลินอย่างมาก

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ซึ่งมักเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป มักพบในผู้ป่วย NIDDM แบ่งได้ดังนี้

2.1 Macroangiopathies มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ของสมอง หัวใจ และขา โดยมีลักษณะเป็น atherosclerosis ซึ่งเป็นเหตุให้เกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยด้วยการคลำชีพจรที่หลอดเลือด carotid, dorsalis pedis และ posterior tibial เป็นการตรวจที่ง่ายที่สุดสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์อาจตรวจด้วยเครื่อง Doppler's sonography โรคกล้ามเนื้อหัวใจ สามารถตรวจได้ง่ายโดยเครื่อง Electrocardiogram ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดได้มากคือ การมีระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โคเลสเตอรอล การตรวจระดับไขมันในเลือด เป็นระยะ ซึ่งสามารถทำได้ในโรงพยาบาลชุมชน จะช่วยในการป้องกัน ในผู้ป่วยควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง งดสูบบุหรี่ ตลอดจนเครื่องคัมที่มีแอลกอฮอล์

2.2 Microangiopathies เกิดโรคแทรกทางตา (Retinopathy) และไต (Nephropathy) มักพบร่วมกัน ส่วนใหญ่ความผิดปกติทางตามักพบก่อนเนื่องจากการวินิจฉัยได้ง่ายกว่า อาการทางตามีตั้งแต่ตามัวจนถึงตาบอด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะนี้ทำการวินิจฉัยได้ง่ายโดย การตรวจ Fundoscopy ด้วย Ophthalmoscope เป็นการตรวจที่ทำได้ง่ายและควรตรวจวัดสายตาร่วมด้วย ซึ่งสามารถทำได้ในโรงพยาบาลชุมชน ภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะแรกมักมีอาการไม่เด่นชัด มักใช้วิธีการตรวจ Albumin โดยใช้แถบตรวจและระยะต่อมาเมื่อมีการเสื่อมของไตมากขึ้น จะมีการคั่งของ BUN และ Creatinine ในเลือด ซึ่งสามารถตรวจหาได้ในระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป

2.3 Neuropathy เป็นภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ในรายที่เป็นเบาหวานมานาน เป็นเหตุให้เกิดบาดแผลที่เท้าได้มากซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อ และเกิดความพิการจากการถูกตัดเท้าหรือขาได้ การตรวจและการวินิจฉัยในระดับ

โรงพยาบาลชุมชน อาศัยจากประวัติ อาการและอาการแสดง เท่านั้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การวัด conduction velocity ซึ่งทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลของคณะแพทย์

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกบริการ ^{(4) (14)}

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม สามารถลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการที่เกิดจากโรค ลดความกังวล และลดค่ารักษาพยาบาล เพื่อป้องกันการนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนจึงควรได้รับการวินิจฉัยและดูแลตั้งแต่ระยะแรก (Early diagnosis & Prompt treatment) การรักษาต้องการความร่วมมือระหว่างแพทย์ ตัวผู้ป่วย และทีมสุขภาพอื่นๆ โดยเน้นในระดับ Primary medical care และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อปัญหา ในการรักษาผู้ป่วยควรได้รับการดูแลดังนี้

● การตรวจครั้งแรก

- ควรมีการรวบรวมประวัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยเบาหวาน อาการเริ่มต้นระยะเวลา อายุที่เริ่มเป็น ยาที่ได้รับ ประวัติครอบครัว ประวัติอาการแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง นอกจากนี้ควรดูเรื่องการดำเนินชีวิต การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา รวมไปถึงเศรษฐกิจและอาชีพ

- การตรวจร่างกาย น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ความดันโลหิต ผิวหนังและเท้า ฟันและเหงือก ซิฟจรส่วนปลายและหลอดเลือด Carotid ตาและจอตา (เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อน)

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ : FBG , PPPG, HbA1 (ถ้ามี), BUN, Creatinine Cholesterol, Triglyceride , HDL , EKG และ Chest X-ray

- การให้ความรู้ : รู้จักเรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การใช้อาการออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

● การติดตามการรักษา - การตรวจร่างกายอย่างละเอียด อย่างน้อยปีละครั้ง

- ตรวจตาปีละครั้งโดยจักษุแพทย์

- วัดความดันโลหิต อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง

- ตรวจ ระดับไขมันในเลือด, BUN, Creatinine อย่างน้อยปีละครั้ง

● ระบบการส่งต่อ - ส่งต่อทะเบียนรายชื่อไปยังสถานบริการระดับล่าง ในเขตที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อการติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

- ส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนไปรักษายังโรงพยาบาลทั่วไปหรือ
โรงพยาบาลศูนย์

การดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

การดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานถือเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนอกจากจะช่วยให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขแล้ว การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ถือได้ว่าเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดอีกด้วย ซึ่งควรประกอบไปด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การควบคุมอาหาร ควรได้รับตามสัดส่วนที่เหมาะสมประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรต: โปรตีน:ไขมัน เป็น ร้อยละ 55: 15 :30 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน การรับประทานอาหารเป็นสิ่งสมควรให้ความระมัดระวังเนื่องจากจะมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นจึงต้องควบคุมทั้งทางด้านคุณภาพและปริมาณซึ่ง วิทยา ศรีดามา⁽¹⁷⁾ ได้แบ่งประเภทอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานไว้ คือ อาหารที่ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวต่างๆ อาหารที่จำกัดจำนวน ได้แก่ อาหารประเภทแป้ง ผลไม้ที่มีรสหวานและ อาหารที่ควรงดในผู้ป่วยเบาหวาน คือ น้ำตาล และขนมหวานทุกชนิด นอกจากนี้ควรงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้เพิ่มระดับไตรกลีเซอไรด์และการเกิดโรคปลายประสาท และเกิดผลเสียต่อตับ ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ง่าย⁽¹⁸⁾

2. การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมเสริมเพิ่มเติมจากกิจวัตรประจำวัน จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ป้องกันการกำเริบของโรค และช่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพราะช่วยลดระดับไขมันที่เป็นโทษต่อร่างกาย (LDL) และเพิ่มระดับไขมันที่เป็นประโยชน์ (HDL)⁽¹⁹⁾ ในผู้ป่วยเบาหวานควรอยู่ภายใต้การแนะนำของแพทย์ ควรเริ่มทีละน้อยค่อยๆเพิ่มและสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และควรสังเกตอาการที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการออกกำลังกาย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

3. การใช้ยารักษา การใช้ยามี 2 ชนิดทั้งรับประทานและฉีด ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด และจะต้องรับผิดชอบต่อการไปตรวจตามที่แพทย์นัดเพื่อประโยชน์ในด้านการรักษา ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการปรับขนาดของยาที่เหมาะสมกับระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ควรลดหรือเพิ่มยาเอง เพราะจะเป็นอันตรายต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป การได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอาจเกิดภาวะน้ำตาลต่ำได้ ดังนั้นผู้ป่วยควร เตรียมลูกอมหรือน้ำตาลติดตัวไว้เสมอ เมื่อเกิดอาการหน้ามืด ใจสั่น จะได้แก้ไขได้ทันที และควร มีบัตรประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีรายละเอียดการใช้ยา ขนาดยา พกติดตัวไว้ประจำเพื่อป้องกันไว้เมื่อหมดสติ จะได้รับการช่วยเหลือได้ถูกต้องจากผู้พบเห็น

4. การดูแลเท้า ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสการเกิดแผลที่เท้า และถูกตัดขาได้มากกว่าคนปกติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องให้การเอาใจใส่มากกว่าปกติคือ ต้องรักษาความสะอาดของผิวหนังด้วยสบู่ และเช็ดเท้าและซอกนิ้วเท้าให้แห้ง หลีกเลี่ยงการแช่เท้า ตรวจสอบความผิดปกติทุกวัน โดยเฉพาะซอกนิ้วเท้า รอยเล็บ และฝ่าเท้า ป้องกันการเกิดแผลโดยการตัดเล็บให้สั้น สวมถุงเท้าและรองเท้าที่มิดชิด เลือกขนาดรองเท้าให้พอดี ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดโดยการบริหารเท้า การดูแลเมื่อมีบาดแผลเกิดขึ้น ระวังระวังไม่ให้สกปรก และไม่ควรรีบน้ำยาหรือสารเคมีใดๆ ถ้าแผลไม่ดีขึ้น ต้องรีบปรึกษาแพทย์ทันที

5. การดูแลสุขภาพเฉพาะที่ ได้แก่ การดูแลสุขภาพตา สังเกตความผิดปกติการมองเห็นของตนเอง และควรตรวจกับจักษุแพทย์อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง การดูแลความสะอาดของปากและฟัน ตรวจสอบสุขภาพในช่องปาก ทุก 6 เดือน นอกจากนี้ ควรรับการตรวจสุขภาพอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ทั้งนี้เพื่อ เป็นการค้นหาภาวะแทรกซ้อนก่อนการเกิดอาการ

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุมีผลหรือไม่ก็ได้ และทำให้มนุษย์มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวความคิดและความเข้าใจนั้น ๆ ได้ มีผู้เสนอแบบแผนในการอธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้แตกต่างกัน แบบแผนซึ่งเป็นที่ยอมรับและนำมาใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน

แบบจำลองด้านความเชื่อสุขภาพ ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นมาโดยคานิงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทั้งในด้านจิตวิทยา และสังคมวิทยา ต่อมา Becker และ Maiman⁽²⁰⁾ ได้ปรับปรุงแบบจำลองความด้านสุขภาพ เพื่ออธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปแบบของการรับรู้และความเชื่อ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action) 4) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

ในยามเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์หรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งการรับรู้อาจแสดงออกได้ 3 ทาง คือ ความเชื่อมั่นต่อการวินิจฉัยของแพทย์ การคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรซ้ำอีก และความรู้สึกรู้สึกต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

Becker, Drachman และ Kirscht⁽²¹⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมของมารดาของเด็กที่ป่วยด้วยโรคหุ้หน้าหนวก พบว่า ความเชื่อในความถูกต้องของการวินิจฉัยของแพทย์ ความเชื่อว่าเด็กจะมีโอกาสติดเชื้อที่หูซ้ำอีก และการรับรู้ถึงโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาในการให้บุตรรับประทานยาและมาตรวจตามแพทย์นัด

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากขึ้นเพียงใดก็ตาม เขายังคงไม่แสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย จนกว่าเขาจะมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้น ๆ เป็นอันตรายต่ออวัยวะของร่างกาย เขาจึงจะตัดสินใจว่าจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพหรือไม่ จากการศึกษาของ Becker, Drachman และ Kirscht⁽²¹⁾ พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการมาตรวจตามนัด

3. การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action)

แม้บุคคลจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและความรุนแรงของโรคแล้ว แต่การที่ปฏิบัติสิ่งใดนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ต่อประโยชน์ ตลอดจนอุปสรรคต่าง ๆ ในการกระทำนั้น ๆ กล่าวคือ บุคคลจะเลือกปฏิบัติในวิธีที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อเขามากที่สุด ส่วนอุปสรรคในการรักษา เช่น ปัญหาค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการรักษา และการปฏิบัติในสิ่งที่ไม่เคยชิน เป็นต้น Hallal พบว่าสตรีที่ตรวจด้านมของตนเองเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมในระยะแรก มีคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์สูง ในขณะที่บางกรณีผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำนั้น ๆ แต่ไม่สามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำได้ เนื่องจากมีปัญหาหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่ง Klinger⁽²²⁾ พบว่า ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากการรักษา ตลอดจนคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง ตลอดจนความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในและเป็นพื้นฐานส่วนบุคคลที่สนใจในสุขภาพของตนเองจะไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และเมื่อพบอาการผิดปกติก็พร้อมที่จะ ไปพบแพทย์และรับการรักษา Becker M.H.⁽²³⁾ พบว่ามารดาให้ความสนใจและห่วงใยบุตรที่เป็น โรคหอบหืดมากกว่าบุตรคนอื่น ๆ และมีความตั้งใจให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเชื่อว่าจะสามารถควบคุมอาการจับหืดได้ แม้ผู้ป่วยจะหายจากอาการหอบหืดแล้ว แต่มารดายังคงรู้สึกว่าคุณป่วยยังต้องรับประทานยาเพื่อป้องกันอาการจับหืด และควรรับประทานยาบำรุง นอกจากนี้ยังเห็นความสำคัญของการมีปรอทวัดไข้ส่วนตัวเพื่อตรวจสุขภาพของบุตร รวมทั้งการพาบุตรมาพบตามแพทย์นัด

นอกเหนือไปจากองค์ประกอบทั้ง 4 ประการที่เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำมากน้อยเพียงใดแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ (Patient practitioner relationship) ปัจจัยด้านสังคม (Social factor) ปัจจัยด้านประชากร (Demographic factor)

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ (Patient-practitioner relationship) : ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ เภสัชกรพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งปฏิสัมพันธ์นี้อาจมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้ทั้งทางบวกและทางลบ Davis⁽²⁴⁾ พบว่า รูปแบบการติดต่อสื่อสารที่ผิดปกติระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เช่น ความตึงเครียดในการสนทนาซักถาม ความไม่เป็นกันเองกับผู้ป่วย การใช้คำสั่งหรือบังคับผู้ป่วย และการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ขนิษฐา มณีเรืองเดช⁽²⁵⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์กับการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ถ้าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการสูง ผู้ป่วยจะมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่ำ

ความหมายและความสำคัญของความพึงพอใจ

ความหมายของความพึงพอใจโดยทั่วไป

ความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นสถานะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายใด ๆ ก็ได้ หรือสภาพสุดท้ายของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จ โดยแรงกระตุ้นของวัตถุประสงค์ของความรู้สึกนั้น⁽²⁶⁾ ส่วนความหมายของคำว่า พึงพอใจ ตามราชบัณฑิตยสถาน⁽²⁷⁾ คือ สมใจ ชอบใจ เหมาะ

สำหรับนักวิจัยต่าง ๆ ได้ให้ความหมายของคำว่า พึงพอใจของผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยว่าเป็นความคิดเห็นของผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับจากผู้ให้บริการและจัดเป็นเกณฑ์ประเมินด้านผลลัพธ์ด้วย และเป็นระดับของความสอดคล้องระหว่างความคาดหวัง ของผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยต่อการดูแลให้การพยาบาลในอุดมคติ กับการรับรู้ของผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยต่อการดูแลให้การพยาบาลที่ได้รับความเป็นจริง สำหรับนักวิจัยทางพฤติกรรมให้ความหมายของคำว่า ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคนที่เกิดจากประสบการณ์ ที่ผู้รับบริการเข้าไปใช้บริการในสถานที่ให้บริการนั้น ๆ และประสบการณ์นั้น ได้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน Aday and Andersen⁽²⁸⁾ โดยผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการพัฒนากาใช้บริการสุขภาพนี้มาเป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้

ซึ่ง Aday and Andersen ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1970 - 1975 ได้ชี้ถึงความสำคัญพื้นฐาน 6 ประเภที่เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้รับบริการ กับการพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขว่าสามารถได้มีการเข้าถึงประชาชน คือ ความพึงพอใจ 6 ประเภท ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ซึ่งแยกออกเป็น
 - ก. การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
 - ข. การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of care when needed)
 - ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (Coordination) ซึ่งแยกออกเป็น
 - ก. การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง (Getting all needs met at one place) คือ ผู้ป่วยสามารถรับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
 - ข. แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of doctors for overall health)
 - ค. แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow-up care)

3. ความพึงพอใจต่ออรรถาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอรรถาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย

2. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information)

แยกออกเป็น 2 ประเภท คือ

- ก. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)
- ข. ข้อมูลเกี่ยวกับให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment)

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมด ที่ผู้ป่วยได้รับทักษะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

วงพยอม การกัญญา (2526)⁽²⁹⁾ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัด การรับรู้ถึงประโยชน์การรักษาและ โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ (2533)⁽³⁰⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องความเชื่อและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง และโรงพยาบาลศิริราช โดยวิธีสนทนากลุ่มและการเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความวิตกกังวลและเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่มาก รูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาลมีส่วนสำคัญมากต่อปัญหา ความต่อเนื่องของการรับการรักษา และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้มาก และ รักษามานานจะปฏิบัติ ตนเคร่งครัดต่อคำแนะนำของแพทย์น้อยและผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลรักษาตนเองไม่เหมาะสมมี เป็นส่วนน้อยที่เกิดจากไม่รู้

วนิดา มะระยงค์ และคณะ (2534)⁽³¹⁾ ได้ศึกษา ผลการควบคุมเบาหวานและความไม่ สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า อายุและการ ไม่ใช้ยาตามสั่ง มีความสัมพันธ์กับระดับ น้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่มีอายุเฉลี่ย 60 ปี และระยะเวลาเป็นเบาหวาน เฉลี่ย 7 ปี มีการใช้ยาตามแพทย์สั่งถูกต้องและมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ร้อยละ 54

สุวรรณณี เจริญพิชิตนันท์ (2535)⁽³²⁾ ได้ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 305 ราย ใน โรงพยาบาลเลิศสิน พบว่าระยะเวลาที่ป่วยนานเกินกว่า 6 ปี, จำนวนการใช้ยามากกว่า 4 ครั้งต่อวัน และ ระยะเวลาในการรอรับยานานกว่า 1 ชั่วโมงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งและ การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย

กรองจิตร ชมสมุท (2535)⁽³³⁾ ศึกษาถึงประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติที่มี ต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ในกลุ่มผู้สูงอายุ คลินิกเบาหวานโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยมานานกว่า 5 ปี เป็นกลุ่มทดลอง 38 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 39 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ ที่ได้รับการเตรียมพร้อมโดยโครงการ สุขศึกษาของผู้วิจัย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับจากญาติปกติ และได้ให้แบบบันทึกพฤติกรรม ควบคุมโรคทำการบันทึกทุกวัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังการทดลอง พบว่าภายหลังจากได้รับการ สนับสนุนจากญาติ กลุ่มที่ได้รับโครงการสุขศึกษา ผู้ป่วยมีทัศนคติและมีความร่วมมือในการ ปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน เฉลี่ยดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และญาติมีการ สนับสนุนผู้ป่วยมากขึ้นในเรื่องการดูแลตนเองและการมาพบแพทย์ตามนัด อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

ชวลีพร จิระพงษา และคณะ (2536)⁽³⁴⁾ ได้ทำการศึกษาเชิงประเมิณผลกิจกรรม การให้บริการรักษาติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานจาก 7 หมู่บ้าน ที่ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานและ ส่งต่อ ให้มารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงเนิน พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 25 ที่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ดีและมีเพียงร้อยละ 50 ที่มาติดตามการรักษาสม่ำเสมอ

วิวัฒน์ ลีลาสำราญ (2537)⁽³⁵⁾ ทำการศึกษาโดยสำรวจการใช้สมุนไพรในการรักษา ตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าปัจจัยความเชื่อของผู้ป่วย ในวิธีการรักษาอื่น มีอิทธิพลมากที่สุดในการเลือกใช้หรือไม่ใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน รอง ลงมาเป็นอายุและระดับการศึกษา และพบว่า มีการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับใช้ยาแผนปัจจุบันถึง ร้อยละ 53.7 ซึ่งมีแนวโน้มทำให้การมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

ศรียา วัฒนพาทู (2540)⁽³⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสระบุรี พบว่า การปรับขนาดยา ความเชื่อ ด้านสุขภาพ ระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากกว่า 6 ปี ประวัติการเป็นเบาหวานในครอบครัวและ การมาตรวจตามนัด มีผลทางบวก ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($p < 0.05$) ภาวะการควบคุม โรคก่อนการวิจัย การศึกษาระดับประถมศึกษา และอาชีพ พ่อบ้าน แม่บ้านและว่างงาน มีผลทาง ลบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Chandraprasert S, et.al. (1991)⁽³⁷⁾ ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลการรักษาเบาหวาน ที่คลินิกชุมชนกับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน NIDDM จากชุมชนคลองเตย สัมภาษณ์และติดตามการรักษาโดยการขาดนัดมากกว่า 7 วันเป็น non-adherence พบว่า clinic adherence rate ที่ 3, 6, 9, และ 12 เดือน ในกลุ่มที่รักษาที่โรงพยาบาล เป็นร้อยละ 64, 54, 50 และ 22 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มรักษาที่คลินิกชุมชน adherence rate เป็น ร้อยละ 90 ขึ้นไปตลอดการศึกษา การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง 2 กลุ่มลดลงอย่างมี นัยสำคัญ โดยพบว่ากลุ่มที่รักษาที่โรงพยาบาลมีค่าใกล้เคียงปกติมากกว่าแต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วย ที่คงอยู่ในการศึกษาน้อยจึงมีนัยสำคัญเฉพาะที่ระยะเวลา 6 เดือนเท่านั้น

Khoza SR and Kortenbout W (1995)⁽³⁸⁾ ได้ทำการศึกษาถึง ปัจจัยที่มีผลต่อ ความร่วมมือกับการรักษาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยเบาหวาน NIDDM จำนวน 30 ราย ใน โรงพยาบาลเขตชนบท โดยการสัมภาษณ์และรวบรวมข้อมูลจากบันทึกการรับบริการพบว่าปัจจัยที่

เป็นปัญหาคือ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาและการลิ้มวันนัด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคน ตกงานและข้าราชการบำนาญ และพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับ อาการเจ็บป่วยอื่นๆทำให้ต้องรับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน

McCord EC and Brandenburg C (1995)^(39) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพถึงปัจจัยด้าน ความเชื่อและทัศนคติ ของผู้ป่วยเบาหวาน NIDDM 14 ราย ที่เป็นเบาหวานอย่างน้อย 3 ปี โดย แบ่งเป็นกลุ่มที่ให้ความร่วมมือกับการรักษาและไม่ให้ความร่วมมือกับการรักษากลุ่มละ 7 คนจาก การตัดสินใจโดยแพทย์ผู้รักษา พบว่า กลุ่มที่มีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานดี คือกลุ่มที่ ให้ความร่วมมือกับการรักษาเชื่อว่าเบาหวานเป็นโรคที่มีความรุนแรง และการร่วมมือกับแผนการ รักษาจะสามารถมีวิถีชีวิตที่เป็นปกติสุขได้ ในขณะที่กลุ่มไม่ร่วมมือกับการรักษา มีความเชื่อว่า โรคเบาหวานจะไม่มีผลกระทบกับการดำเนินชีวิต และไม่ต้องการทราบผลการรักษาและคำแนะนำจากแพทย์ผู้ให้การรักษา