บทที่2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้ศึกษาตำรา เอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหาในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดและระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน
   1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน
   1.2 ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน
   1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน
   1.4 การแบ่งชนิดของโรคเบาหวาน
   1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
2. การจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. ตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
   3.1 แนวคิดความต่อเนื่องในการจัดบริการ
   3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แนวคิดและระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นโรคเรื้อรังเป็นที่เป็นปัญหาสาธารณสุข
ทั่วโลกซึ่งต้องอาศัยความต่อเนื่องในการดูแลรักษาและระบบบริการที่มีประสิทธิภาพโดยการสร้างความร่วมมือในการดูแลระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ให้บริการทุกระดับเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ตาบอด โรคหลอดเลือด แผลที่เท้าซึ่งเป็นปัญหาในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมากของทั่วโลกในปัจจุบัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2547)

1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน หมายถึง โรคที่มีภาวะความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมจึงทำให้มี 9
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยเกิดจากการขาดอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากเบตาเซลล์ของตับอ่อนซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของร่างกาย หากเป็นโรคเบาหวานในระยะเวลานานจะทำให้เกิดการทำลายและมีผลเสียต่ออวัยวะต่างๆที่สำคัญ คือ ตา ไต เส้นประสาท และหลอดเลือด (สุวรรณชัย, 2543; วัลลาและเทพ, 2547)

1.2 ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญอันดับต้นๆหลายประเทศทั่วโลก โรคเบาหวานก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอันเกิดจากค่ารักษาโดยเฉพาะภาวะโรคแทรกซ้อน สถานการณ์โรคเบาหวานในต่างประเทศ พบว่าเมื่อปี ค.ศ. 1985 พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 30 ล้านคน ปี ค.ศ. 2003 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 189 ล้านคน ในปี 2004 สถิติผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทั่วโลกเพิ่มเป็น 194 ล้านคน คาดการณ์ว่าอีก 25 ถึง 30 ปีข้างหน้า คือในปี ค.ศ. 2025 และ ปี ค.ศ. 2030 จะมีสถิติผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 324 และ 330 ล้านคนทั่วโลก นั่นหมายถึงอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานถึง 72 เปอร์เซ็นต์ โดยจะเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน ถึง 140,000,000 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2004)

ข้อมูลในประเทศไทยจากการสำรวจประชากรไทยเมื่อปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2535 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2540 โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยโดยสุ่มจากประชากรทุกภาคของประเทศไทย พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานโดยใช้เกณฑ์ระดับน้ำตาลขณะงดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6 เป็นร้อยละ 3.2 ในเพศชายและร้อยละ 2.3 เป็นร้อยละ 3.7 ในเพศหญิงโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปจะมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างมาก ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทประมาณ 2 เท่า ส่วนการใช้เกณฑ์ใหม่สำหรับการวินิจฉัยโรคเบาหวานที่ระดับน้ำตาลขณะงดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นเกณฑ์ พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 20 ปีถึงอายุ 59 ปีในช่วงปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2540 ในเพศชายพบสูงถึงร้อยละ 7.1 และในเพศหญิงร้อยละ 7.3 (ชัชลิต, 2547) ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ปิยพรรณ, 2540; นุสรา, 2542; เยาวเรศ, 2543; พิมพ์สุชา, 2544; นภารัตน์, 2545) และส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (มาลี, 2540; ปิยพรรณ, 2540; วิลาสินี, 2541; ศุภวรรณ, 2542) ในปี พ.ศ. 2546 ประเทศไทยได้มีการสำรวจความชุกของโรคเบาหวานในผู้

ใหญ่อายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่า ประชาชนที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารผิดปกติถึงร้อยละ 5.4 และเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ถึงร้อยละ 4.8 โดยมีผู้ที่รู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่แล้วถึงร้อยละ 4.8 รวมพบผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 9.6 (Aekplakorn, Stolk & Neal, 2003)

ในปี พ.ศ. 2547 ได้มีการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย พบว่า คนไทยมีภาวะเบาหวานร้อยละ 10.8 หรือคิดเป็น 5.32 ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นเกินกว่า 1.5 เท่านับจากปี 2540 นอกจากนี้กลุ่มที่มีภาวะเบาหวานรู้ตัวเพียงร้อยละ 54.33 และเข้ารับการรักษาพยาบาลเพียงร้อยละ 48.54
(สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2547) และจากผลสรุปของสำนักงานนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราตายด้วยโรคเบาหวานระหว่างปี พ.ศ. 2541-2545 ประชากรไทยมีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานถึง 7.9 - 13.2 ต่อประชากรแสนคน ข้อมูลระบาดวิทยาในจังหวัดสงขลาจากข้อมูลสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในปีงบประมาณ 2544 จำแนกตามโรค พบว่า สาเหตุการตายจากโรคที่เกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิกซึมจำนวน 184 คน คิดเป็นอัตราตาย 14.91 ต่อประชากรแสนคนและจากข้อมูลอัตราป่วย 10 อันดับตามกลุ่มผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2546 พบว่า สาเหตุการตายจากโรคที่เกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิกซึมมีจำนวน 88,961 คน คิดเป็นอัตราป่วย 6,997.65 ต่อประชากรแสนคน
(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2547)

1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2005) ได้เสนอแนวทางการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยมีการปรับปรุงเกณฑ์ของระดับน้ำตาลในเลือดให้ใช้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

1.4 การแบ่งชนิดของโรคเบาหวาน

การแบ่งชนิดของโรคเบาหวานโดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา(American Diabetes Association, 2005) ได้เสนอการแบ่งชนิดของโรคเบาหวานขึ้นใหม่ โดยแบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรคสามารถแบ่งชนิดโรคเบาหวานเป็น 4 ชนิดใหญ่ๆ ได้แก่

1.4.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes) เกิดจากการทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อน การทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อนจะเป็นไปอย่างรวดเร็วในที่สุดจะเกิดการขาดอินซูลิน ส่วนใหญ่พบในทารกและเด็กเล็กหรือเกิดขึ้นในคนอายุน้อย (ต่ำกว่า 40 ปี) มีอาการเกิดขึ้นอย่างรุนแรงโดยจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการสลายของไขมันและโปรตีน ทำให้ร่างกายมีภาวะกรดในเลือดเกิดขึ้นได้ แต่อุบัติการของโรคชนิดที่ 1 ในชุมชนไทยพบได้เพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดและไม่มีการรักษาที่ได้ผล อินซูลินจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1

1.4.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes) เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินและมีการสร้างอินซูลินไม่เพียงพอ พบได้บ่อยในผู้ใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป และอายุน้อยกว่า 45 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น เด็กที่อ้วน ความอ้วนทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน

1.4.3 เบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติอื่นๆ (other specific types) ได้แก่ ความบกพร่องทางพันธุกรรมที่ทำให้เบตาเซลล์ของตับอ่อนทำหน้าที่ผิดปกติ ความบกพร่องของพันธุกรรมที่ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ผิดปกติ โรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ มะเร็งตับอ่อน การตัดตับอ่อนออก เป็นต้น ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ การได้รับยาหรือสารเคมีบางตัว การติดเชื้อไวรัส โรคทางอิมมูนบางอย่างและกลุ่มของอาการโรคทางพันธุกรรม

1.4.4 เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetic mellitus [GDM]) เป็นเบาหวานที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์เนื่องจากการตั้งครรภ์จะทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่สร้างจากรกซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน

1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันโดยร่างกายจะมีภาวะกรดคีโตนในกระแสเลือดสูงหรือภาวะหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีกรดคีโตนคั่งในกระแสเลือด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจะเกิดอาการขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจะสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรค อาการค่อยเป็นค่อยไป หน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ในที่นี้จึงขอกล่าวรายละเอียดเฉพาะภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเท่านั้น

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังสามารถจำแนกได้ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือความผิดปกติของของหลอดเลือดขนาดเล็กและความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ความผิดปกติของของหลอดเลือดขนาดเล็กจะเกิดกับอวัยวะคือ ตา (diabetic retinopathy) ผู้ป่วยจะมีอาการตามัว เมื่อระยะเวลาผ่านไปอาการจะเป็นมากขึ้น โดยตาจะมัวลงอย่างรวดเร็วจนกระทั่งตาบอดในที่สุด

การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาให้ได้ในระยะแรกๆเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการลดความเสี่ยงต่อการตาบอดได้ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยจักษุแพทย์ ผู้ป่วยจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตอย่างเข้มงวดตามเกณฑ์ที่แนะนำจึงจะช่วยป้องกันและชะลอการกำเริบของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาได้

ภาวะแทรกซ้อนทางไต (diabetic nephropathy) ระยะแรกๆผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการจนกว่าจะมีระดับของเครตินีน (creatinine) ในเลือดสูงขึ้นจึงจะแสดงอาการไตวาย เช่น ภาวะบวม น้ำความดันโลหิตสูง เบื่ออาหาร เป็นต้น ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรองหาระดับโปรตีนในปัสสาวะกับแถบตรวจปัสสาวะ (urinedipstick) หากการตรวจคัดกรองหาระดับโปรตีนในปัสสาวะพบโปรตีนอย่างน้อย 2 ใน 3 ครั้ง เริ่มการรักษาและตรวจซ้ำพร้อมทั้งติดตามทุกปีเพื่อให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิต และการจำกัดอาหารประเภทโปรตีนจะช่วยลดการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลาย (diabetic neuropathy) ผู้ป่วยจะมีอาการสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัสร่วมกับมีอาการอ่อนแรงส่วนปลายของแขนและขา การดูแลรักษาจึงควรป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนบริเวณเท้า เช่น ระวังไม่ให้เกิดแผลที่บริเวณเท้า หลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ทำให้เกิดการกดทับเส้นประสาทร่วมกับการรักษาตามอาการเป็นต้น

ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (macrovascular complication) ที่พบบ่อยคือ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดที่ขา ความผิดปกติของหลอดเลือดที่สมองผู้ป่วยจะมีอาการชาหรืออ่อนแรงบริเวณแขนและขาซีกใดซีกหนึ่ง ส่วนความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกแรง การดูแลรักษาผู้ป่วยควรลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด งดสูบบุหรี่ การควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวดจะทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงได้ ความผิดปกติของหลอดเลือดที่ขา ผู้ป่วยจะมีอาการปวดขาเวลาเดิน กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงและลีบลง ปลายเท้าเย็นและซีด เมื่อเป็นแผลที่บริเวณเท้าจะหายช้า จนกระทั่งผู้ป่วยต้องสูญเสียเท้าหรือขา การตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยจะมีขนหน้าแข้งน้อย ลักษณะผิวหนังจะเรียบและมัน สีผิวหนังมักจะซีด บริเวณปลายนิ้วเท้าสีคล้ำหรือเน่าดำ ในรายที่เป็นมาก การคลำชีพจรหลังเท้าและข้างตาตุ่มเบาลง การป้องกันควรให้ความรู้ผู้ป่วยในการดูแลเท้า การระมัดระวังเรื่องอุบัติเหตุและพบแพทย์ทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติบริเวณเท้า การเฝ้าระวังติดตามและรักษาภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอย่างเข้มงวดจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น ลดภาวะทุพพลภาพของร่างกาย ความพิการและเสียชีวิต ตลอดจนลดการสูญเสียค่าใช้จ่าย

เป็นจำนวนมากได้ (ภาวนา, 2544; วรวิทย์, 2547; ศรีอุไร, 2547; McDowell & Gordon, 1996; Meltzer et al., 1998; Peterson, 2002; ADA, 2005)

การจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

แนวคิดการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยภายใต้ชื่อ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ความว่า “ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ...” สอดคล้องกับแนวคิด วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของระบบสุขภาพไทย ทำให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและเปลี่ยนจากการจัดบริการโดยโรงพยาบาลมาเป็นจัดบริการโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ (พงษ์พิสุทธิ์, 2547)

หน่วยบริการปฐมภูมิในฐานะหน่วยบริการด่านแรก ซึ่งโดยธรรมชาติจะต้องมีความใกล้ชิดกับชุมชน ทั้งในแง่สถานที่ตั้งและความสัมพันธ์ที่มีต่อ ผู้ใช้บริการ หน่วยบริการปฐมภูมิจึงมีหน้าที่เสมือนเป็นที่ปรึกษาช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชนในลักษณะผสมผสาน ถ้าไม่สามารถทำเองได้หรือทำแล้วไม่ครอบคลุมก็จะต้องทำหน้าที่ส่งต่อหรือประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากทางด้านร่างกายแล้ว หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้มารับบริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับการให้บริการทางกาย หน่วยบริการปฐมภูมิทำหน้าที่ประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้านแล้วนำมาวางแผนพัฒนาการบริการมีการสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ให้การดูแลและจัดบริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ท้ายที่สุดบริการปฐมภูมิมีหน้าที่ประสานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การให้บริการอย่างต่อเนื่องผสมผสานรวมถึงรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสม จุดเด่น จุดด้อยของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดังรายละเอียดดังนี้

จุดเด่นคือมีความใกล้ชิดกับประชาชน การบริการไม่ยุ่งยาก ไม่สลับซับซ้อน ขั้นตอนไม่ยืดยาว คุณภาพบริการเชิงมิติทางสังคมดีกว่าโรงพยาบาล สามารถเชื่อมโยงกับชาวบ้านในการพัฒนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ง่ายและดีกว่าเพราะอยู่ในชุมชน จุดด้อยของหน่วย

บริการปฐมภูมิกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคือ ความเชื่อมั่นของชาวบ้านในเชิงการรักษาต่ำ ต้องอาศัยระยะเวลาในการสร้างสมและสร้างความศรัทธา มักเกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่าระบบคุณภาพ การให้บริการเชิงเทคนิคด้อยกว่าโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถให้บริการได้ตามลำพัง ต้องอาศัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ทรัพยากรมีจำนวนจำกัดโดยเฉพาะเรื่องของอัตรากำลัง ยาและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง การจัดลำดับความสำคัญของการทำงานมักถูกกำหนดโดยนโยบายและการบังคับบัญชา (สุวรรณชัย, 2543)

ดังนั้นเพื่อให้การจัดบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีคุณภาพและได้มาตรฐาน เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเบาหวานมาใช้บริการได้อย่างต่อเนื่องในระยะเวลานานนั้น จำเป็นจะต้องมีแนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมคุณภาพของการจัดบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมแนวทางเวชปฏิบัติเป็นเครื่องมือการส่งเสริมคุณภาพของการจัดบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากร ภายใต้เงื่อนไขของสังคมโดยหวังผลในการสร้างเสริม แก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดและคุ้มค่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งในการจัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพจะต้องคำนึงถึงบทบาทหน้าที่ของบุคลากร เป้าหมายการควบคุมโรคเบาหวาน แนวคิดในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การวินิจฉัยคัดกรอง แนวทางการป้องกันและการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน (สมาคมต่อมไร้ท่อประเทศไทย, 2543) ซึ่งรายละเอียดของบทบาทหน้าที่บุคลากรในสถานบริการระดับต่างๆ มีความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เพราะการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ลดความกังวลและลดค่ารักษาพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างปกติสุขใกล้เคียงคนปกติแต่เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราความชุกสูงและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงควรได้รับการวินิจฉัยและดูแลตั้งแต่ระยะแรกและต่อเนื่องตลอดชีวิต การรักษาต้องการความร่วมมือระหว่างแพทย์ ตัวผู้ป่วยเองและทีมสุขภาพอื่นๆ โดยเน้นการรักษาในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีปัญหา (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

บทบาทหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานมีดังนี้ 1) จัดทำทะเบียนประวัติโรคเบาหวาน มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขโดยกำหนดให้มีการซักประวัติ โดยผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติเพื่อการวินิจฉัยโรคเบาหวาน เช่น การซักอาการเริ่มต้นป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน อายุที่เริ่มเป็นโรคเบาหวาน ประวัติอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อน

ของโรคเบาหวานเช่น ตามัว มือชา เท้าชา บวม แผลหายยาก ประวัติการได้รับการรักษามาก่อน การควบคุมน้ำหนักสูงสุดหรือต่ำสุดและน้ำตาลในเลือดสูงสุด ต่ำสุด ประวัติยาที่เคยได้รับ โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคระบบหลอดเลือด โรคเกาต์ โรคตาและไต การประกอบอาชีพ อุปนิสัยการกินอาหาร ประวัติครอบครัวเป็นต้น ส่วนการตรวจร่างกายผู้ป่วยจะได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต ชีพจร ตาและจอตา ตรวจระบบประสาท (neurological examination) ตรวจสภาพผิวหนังและเท้าตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อจอตา (retinopathy) ไต (nephropathy) หัวใจและหลอดเลือด กรณีการตรวจตาและจอตาแพทย์จะเป็นผู้ทำการตรวจให้ผู้ป่วย 2) การคัดกรองผู้ป่วยใหม่ มาตรฐานการคัดกรองโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิตามแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ของกระทรวงสาธารณสุขมีดังนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานด้วยเครื่องมือและการวัดที่ได้มาตรฐานตามแนวเวชปฏิบัติเพื่อการคัดกรองซึ่งเครื่องมือการคัดกรองภาวะเบาหวานของกระทรวงสาธารณสุขนั้นประกอบด้วย 2 เครื่องมือคือ เครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นด้วยวาจา (verbal screening) โดยการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปพร้อมข้อบ่งชี้ 1 ข้อ ข้อคำถามดังนี้

1. มีอายุมากกว่ามากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี
2. ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน
3. มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์มากกว่าหรือเท่ากับ 250 มก/ดล. , HDL cholesterol น้อยกว่า 35 มก/ดล.)
4. มีประวัติความดันโลหิตสูง (BP □ 140/90 mmHg)
5. มีประวัติคลอดลูกน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม
6. อ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25)
7. มีอาการเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย กินจุ ผอมลง แผลหายยาก ชาปลายมือปลายเท้า หรือสังเกตมีมดตอมปัสสาวะเป็นต้น

การคัดกรองดังกล่าวสามารถคัดกรองแยกกลุ่มประชากรเสี่ยงเป้าหมายอายุ 40 ปีขึ้นไป ถือเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงและถ้าประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปพร้อมกับมีข้อบ่งชี้ 1 ข้อ (2 ถึง 7) ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางต้องส่งตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อการคัดกรองต่อไป ถ้าไม่พบข้อบ่งชี้ใดๆ (ตามแบบฟอร์มการคัดกรองภาวะเบาหวาน) ให้ถือว่ารายนั้นผ่านการคัดกรองแล้ว ส่วนเครื่องมืออีกชนิดคือ เครื่องมือคัดกรองโดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือด สามารถตรวจเลือดดำที่ข้อพับแขนหรือเลือดแดงจากปลายนิ้ว (capillary blood) ด้วยเครื่องมือตรวจเลือดที่ปลายนิ้ว (blood screening) ในกรณีที่มีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ให้แจ้งค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดให้แก่ผู้ที่ได้รับคัดกรองและอธิบายความหมายของระดับน้ำตาลต่อโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวานและโรคแทรกซ้อนอื่นๆ นอกจากนั้นต้องแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน สำหรับคนที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลกลุ่มที่ 1 ถ้าระดับน้ำตาลน้อยกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้นัดตรวจซ้ำอีก 2 ปีข้างหน้า กลุ่มที่ 2 ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และน้อยกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรถือว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคให้ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย กลุ่มที่ 3 ถ้าระดับน้ำตาลมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรให้สงสัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานและทำการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการคัดกรองจะเจาะเลือดเพื่อหาระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงและระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังงดอาหาร 2 ชั่วโมงหากพบว่าระดับน้ำตาลมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ภายใน 1 เดือนนัดตรวจเลือดซ้ำ ถ้าระดับน้ำตาลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่งพบแพทย์ทันทีเพื่อรับการรักษา การติดตามประเมินผลผู้ป่วยควรได้รับการตรวจร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและผู้ป่วยควรได้รับการตรวจตาโดยจักษุแพทย์ปีละ 1 ครั้ง วัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 4 ครั้งตรวจปัสสาวะและตรวจวัดระดับไขมันในเลือดปีละ 1 ครั้งประเมินประสิทธิภาพการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ประเมินคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องไปพบแพทย์อย่างน้อย 6 เดือนต่อครั้ง เป้าหมายตามมาตรฐานการควบคุมโรคเบาหวานโดยอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นเกณฑ์ ตามแนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2545 เสนอรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1

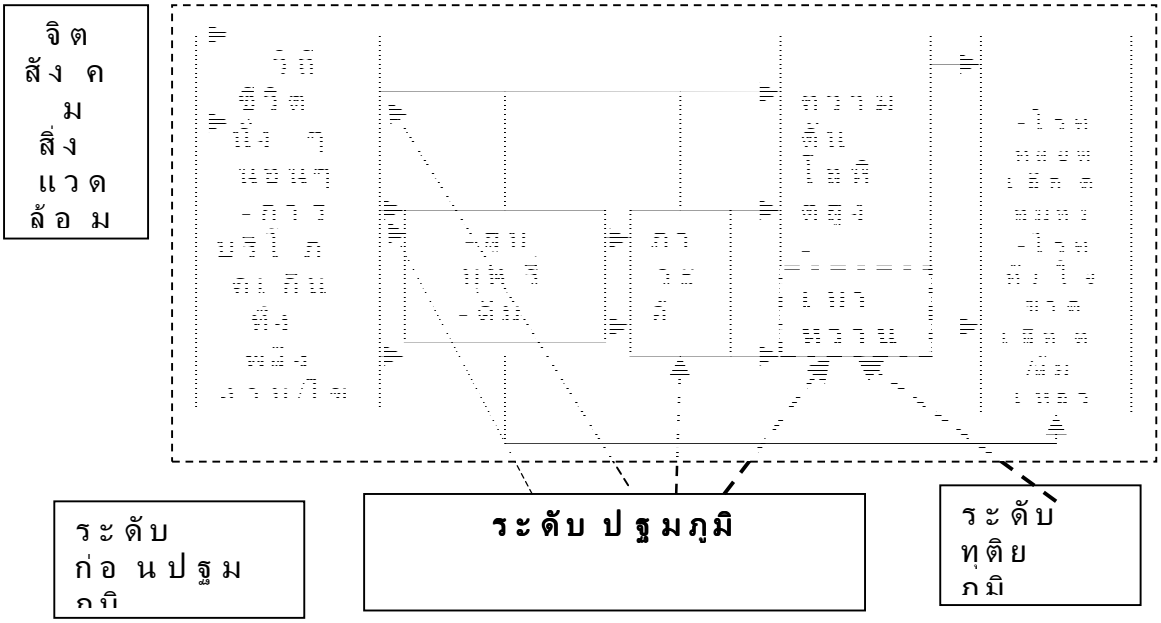
เป้าหมายการควบคุมโรคเบาหวานโดยอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นเกณฑ์ตามแนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545

การตรวจห้องปฏิบัติการ	หน่วย	ดี	ยังต้องปรับปรุง
fasting plasma glucose	มก./ดล.	80 - 120	> 140
postprandial	มก./ดล.	80 - 160	> 180
HbA1C	%	< 7	> 8
Total cholesterol	มก./ดล.	< 200	> 250
LDL- cholesterol	มก./ดล.	< 100	> 130
HDL- cholesterol	มก./ดล.	> 45	< 35
Fasting triglycerides	มก./ดล.	< 200	> 400
body mass index(BMI)	กก./ม^2	20 – 25 ชาย	> 27
		19 – 24 หญิง	> 26
ความดันโลหิต	มิลลิเมตรปรอท	130/89	> 160/95

หมายเหตุ จากสำนักระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณะสุข, 2547

3) การติดตามเยี่ยมบ้านและกระตุ้นให้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยมารับบริการไม่ต่อเนื่องมีการขาดนัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อรับทราบถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการขาดนัด พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนการรักษาโดยญาติและตัวผู้ป่วยเองเพื่อตอบสนองให้ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่องตามแพทย์นัดทุกครั้ง 4) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ออกกำลังกายและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวานเพราะจะช่วยเพิ่มความไวของฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้การสะสมของไกลโคเจนดีขึ้นและช่วยทำให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ลดหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆได้ (สมนึก, 2547) การออกกำลังกายจะได้ประโยชน์สูงสุดเมื่อออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) ด้วยความหนักปานกลาง (moderate intensity) ครั้งละ 30 นาที 5 ครั้งต่อสัปดาห์โดยใช้พลังงานอยู่ระหว่าง 700 – 2,000 กิโลแคลอรี่ต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคนขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ พื้นฐานสุขภาพเดิมโดยมีเป้าหมายให้ได้ประโยชนจากการออกกำลังกายมากที่สุด และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด โดยการออกกำลังกายในแต่ละครั้งควรประกอบด้วย 3 ช่วงคือ ช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงออกกำลังและช่วงทำให้ร่างกายเย็นลง การออกกำลังกายควรพิจารณาให้เหมาะสมแต่ละบุคคล เช่น ยกน้ำหนัก 30 นาที ว่ายน้ำ 25 หลาต่อนาที ปั่นจักรยาน 10 ไมล์ต่อชั่วโมง หรือเต้นแอโรบิค 45 นาที เป็นต้น (สมนึก, 2547)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด บทบาทสำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือ การให้ความรู้และอธิบายให้ผู้ที่เป็นเบาหวานทราบถึงประโยชน์ในการควบคุมอาหาร ข้อมูลโภชนาการในฉลากอาหาร หมวดอาหารแลกเปลี่ยน มีการจดบันทึกอาหารและปฏิบัติตามแผนอาหารที่ได้กำหนดไว้เพื่อควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต ทุก 3 เดือน หากไม่บรรลุเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลควรตรวจฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_1c) เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการบริโภคอาหารต่อไป (ศัลยา, 2547) ดังนั้นแนวคิดที่สำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จึงมีเป้าประสงค์ที่สำคัญคือ การสนับสนุนการลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ลดความชุกของโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เช่น การลดสัดส่วนของประชาชนที่ไม่ตระหนักต่อภาวะโรคเบาหวานของตนเอง การลดความชุกของโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคเบาหวาน ลดการเกิดและการควบคุมความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญในผู้ที่มีภาวะโรคเบาหวาน การเฝ้าระวังและควบคุมภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่ตามมาจากการมีภาวะโรคเบาหวาน แนวปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและมาตรการหลักที่สำคัญในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเช่น การประเมินสถานการณ์โรคเบาหวานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยพิจารณาจากจำนวนหรืออัตราของการป่วย การตายและกลุ่มโรคที่มีผลกระทบเกี่ยวเนื่องจากโรคเบาหวาน ประเมินปัจจัยเสี่ยง ร่วมหาข้อมูลสนับสนุน เช่น จากแฟ้มข้อมูลครัวเรือน (family folder) จัดทำแผนการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคเบาหวานโดยการผสมผสานการบริการทั้งเชิงรุกในประชากรทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานจึงเป็นโรคเรื้อรังที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและกำลังเป็นปัญหาคุกคามชีวิตคนไทยซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และแบบแผนชีวิตของมนุษย์ เช่น การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ทำให้เกิดภาวะอ้วนซึ่งก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนเช่น โรคความดันโลหิตสูง มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ และเป็นโรคเบาหวานตามมา จึงควรมีการป้องกันโรคเบาหวานทั้งในระดับก่อนปฐมภูมิ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิแสดงรายละเอียดดังภาพ 2



ภาพ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยการก่อโรคและระดับการป้องกันโรคเบาหวานในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตัวกำหนดความต่อเนื่องในการมารับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

3.1 แนวคิดความต่อเนื่องในการจัดบริการ

ความต่อเนื่อง (continuity of care) ในมิติของการจัดบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิหมายถึง การดูแลติดตามคนไข้อย่างต่อเนื่อง มีการจัดระบบการให้บริการที่เหมาะสม รวมถึงความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆในการเข้ามาช่วยให้การดูแลและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวนอกเหนือจากการรักษา การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานและคนในครอบครัวในปัญหาปัจจุบันนั้นจำเป็นจะต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้การรักษาขาดตอนและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตัวผู้ป่วยเอง อีกทั้งการจัดให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นจะต้องอยู่ภายใต้บริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละบุคคล (อดินันท์, 2543; The University of British Columbia, 2004) องค์ประกอบของการดูแลอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย การดู

แลตั้งแต่แรก (first contact care) การสร้างพันธะในการดูแลระยะยาว การดูแลแบบบูรณาการ รวมถึงการดูแลทั้งครอบครัวมีการจัดระบบบริการที่ดี ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง เช่น ความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการ ค่าใช้จ่ายที่ไม่แพง ความสะดวกรวดเร็ว คุณภาพการให้บริการ ระยะเวลาในการนัดหมายและระยะเวลาในการรอตรวจ อีกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง คือ การส่งต่อในแต่ละระดับจะต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงทั้งในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ มีการจัดการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันอย่างหลากหลาย เช่น การรักษาโดยการดูแลตนเองควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน เป็นต้น

ลักษณะการดูแลต่อเนื่องมีแนวทางต่างๆกันคือ ความต่อเนื่องอย่างเป็นลำดับ (chronological continuity) เป็นการดูแลต่อเนื่องตามลำดับเวลาเป็นเงื่อนไขสำคัญเป็นดูแลตามพัฒนาการของแต่ละคนในครอบครัว ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถสังเกต ติดตามและสามารถเข้าใจพัฒนาการของโรคได้ในระยะยาว ความต่อเนื่องครอบคลุมในพื้นที่ดูแลสะดวก (geographical continuity) เป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยไม่จำกัดพื้นที่ สามารถให้การดูแลที่บ้าน หน่วยบริการปฐมภูมิ สถานพักฟื้นหรือสถานบริการอื่นๆได้ ความต่อเนื่องในเชิงการดูแลหลายสาขาวิชาชีพ (interdisciplinary continuity) เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการผสมผสานการดูแลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลายสาขาวิชาชีพและความต่อเนื่องในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal continuity) เป็นลักษณะการดูแลอย่างต่อเนื่องในเชิงสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนไข้ ความสัมพันธ์ของคนไข้กับครอบครัวและความสัมพันธ์อันดีของบุคลากรต่างสาขาอาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

ส่วนการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อเพิ่มทักษะการดูแลอย่างต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น ควรจัดตารางในการออกเยี่ยมบ้านหรือให้บริการแก่ผู้ป่วยและพร้อมให้บริการอย่างสม่ำเสมอตามตารางดังกล่าว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องไม่ปฏิเสธปัญหาของคนไข้และจะต้องให้บริการในการรักษา ให้คำแนะนำและคำปรึกษา มีการส่งต่ออย่างเต็มความสามารถ ไม่ละเลยที่จะนัดหมายติดตามปัญหาของคนไข้ตามความจำเป็น ให้ความเอาใจใส่ต่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ควรให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการตรวจ การติดตามเพื่อความมั่นใจว่า คนไข้สามารถมาตรวจได้ตามวันนัด โดยเฉพาะคนไข้ที่ต้องพึ่งพาคนอื่นในการมาตรวจที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิจึงควรสร้างระบบบริการที่ดี ติดตามดูแลคนไข้อย่างต่อเนื่องซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมาใช้บริการได้อย่างต่อเนื่อง อันจะก่อให้เกิดผลดีต่อร่างกาย(อดินันท์, 2543; Freeman, Shepperd, Robinson, Ehrich & Richards, 2001; Saultz, 2003; The University of British Columbia, 2004)

ความต่อเนื่อง (continuity of care) ในมิติของผู้รับบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานคือ การมาตรวจตามนัด เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามผลและการประเมินผลการรักษาโดยแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุขซึ่งจะมีการนัดหมายในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน การติดตามผลการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ในระยะแรกอาจต้องมีการนัดผู้ป่วยทุก 1-2 สัปดาห์เพื่อให้ความรู้และปรับขนาดของยาจนกว่าจะควบคุมเบาหวานได้ตามเป้าหมาย หลังจากนั้นจะนัดผู้ป่วยเป็นระยะโดยปกติจะนัดผู้ป่วยทุก 1 - 3 เดือนต่อครั้ง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ความก้าวหน้าและชนิดของการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมาตามแพทย์นัดทุกครั้งถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ เพราะการมาตรวจตามนัดจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสได้รับการตรวจร่างกาย การได้รับคำแนะนำต่างๆจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวต่างๆ รวมถึงทราบระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้แพทย์สามารถปรับยาได้ตามสภาวะโรคและแพทย์มีโอกาสดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่องต่อไป (เพ็ญศรี, 2540; มาลี, 2540; สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543; กระทรวงสาธารณสุข, 2546; กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

ความสำคัญของการมารับบริการอย่างต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิของผู้ป่วยโรคเบาหวานเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราความชุกสูงและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงจึงต้องอาศัยการควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงควรได้รับการวินิจฉัยและให้การดูแลตั้งแต่ในระยะแรกและต่อเนื่องตลอดชีวิต การรักษาต้องได้รับความร่วมมือทั้งระหว่างแพทย์ ทีมสุขภาพและที่สำคัญที่สุดคือ ตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ย่อมเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจนอาจเสียชีวิตได้ และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่บั่นทอนสุขภาพชีวิตของผู้ป่วย หลักในการรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติคือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การกำจัดความเครียดและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการควบคุมอาหารนับเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรค และเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยทุกคนจะต้องปฏิบัติเพราะการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการในสัดส่วนที่เหมาะสม ประกอบกับการออกกำลังกาย ลดภาวะความเครียดและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องปฏิบัติตัวในการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องทุกครั้งเพื่อรับยาเบาหวานไปรับประทานอีกทั้งแพทย์ยังสามารถปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาตามระดับน้ำตาลในเลือด หรือทำการส่งต่อเพื่อการรักษาหากผู้ป่วยมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยตามมา (สุนทรา, 2538;

ปิยพรรณ, 2540) พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานนอกเหนือจากการควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอแล้วนั้น พฤติกรรมสุขภาพที่ดีอีกอย่างหนึ่งคือ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสมคือ การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการอย่างต่อเนื่องหรือไม่ต่อเนื่องนั้นน่าจะมีแนวคิดทฤษฎีตัวกำหนด ที่มีผลกับการมาใช้บริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสงขลา ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไปนี้

3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การศึกษาตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสงขลาได้มีการอ้างอิงแนวคิดเชิงบูรณาการเกี่ยวพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) และพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ (health seeking behavior) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพในที่นี้ขอกล่าวถึงรายละเอียดพฤติกรรมสุขภาพเพียง 2 แนวคิดคือ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และกระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพ (Predisponsing, Reinforcing, Enabling, Causesin, Educational Diagnosis and Evaluation Model)

1.1 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ ผลเสีย ค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (individual perception) ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อปัญหาสุขภาพ มีการคาดคะเนเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง 2) การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) เป็นการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยนั้นโดยพิจารณาครอบคลุมถึงการตาย การไร้ความสามารถและความเจ็บป่วยตลอดจนผลที่จะตามมาทั้งในด้านหน้าที่การงาน ครอบครัว และการดำเนินชีวิตในสังคม 3) การรับรู้ภาวะถูกคุกคาม (perceived threat) เป็นการรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ทำให้บุคคลรับรู้ว่าถูกคุกคามเพียงใด ปัจจัยร่วม (modifying factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโอนเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีอิทธิพลทั้งต่อ

การรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติได้แก่ ปัจจัยทางด้านลักษณะประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคมปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (likelihood of behavior change) มี 2 ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัตินั้นๆในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้ข้อเสียหรืออุปสรรคในการปฏิบัติเช่น ไม่สุขสบาย เสียค่าใช้จ่าย (สมจิตและคณะ, 2543; วรรณีและปินุช, 2547; Rosenstock, 1975; Glanz ,Rimer & Lewis, 2002) สรุปได้ว่า จากองค์ประกอบต่างๆที่กล่าวมาแล้วนั้น การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพและรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยจะผลักดันให้นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยการเปรียบเทียบแล้ว ประโยชน์จากการปฏิบัติจะต้องมากกว่าข้อเสียหรืออุปสรรค ดังนั้นหากผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับการรักษาโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจัยเหล่านี้ก็จะเป็นตัวกำหนดที่มีผลกับความต่อเนื่องในการมารับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสงขลา

1.2 แนวคิดกระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพ (PRECEDE MODEL) ซึ่งพัฒนาโดย กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991) โดยแนวคิดดังกล่าวมีความเชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น เกิดจากตัวบุคคลเองหรือสิ่งแวดล้อม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม เป้าหมาย สถานการณ์การของปัญหาที่เป็นอยู่หรืออาจเริ่มต้นจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การวินิจสังคม (social diagnosis) เพื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของบุคคลหรือชุมชน ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางระบาดวิทยา (epidemiological diagnosis) เช่น การป่วย การเกิดโรค ความชุกของโรค การวิเคราะห์บุคคล เวลา สถานที่ หรือวิเคราะห์สิ่งที่ทำให้เกิดโรคและสภาพแวดล้อม ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (behavioral and environmental diagnosis) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพเช่น การบริโภคอาหาร การดูแลตนเอง พฤติกรรมป้องกันโรคต่างๆและให้คำแนะนำเพื่อลดปัญหาสุขภาพของประชาชน ขั้นตอนที่4 การวินิจฉัยองค์กรและการให้การศึกษา (educational and organizational diagnosis) เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากตัวบุคคลเอง หรือสิ่งแวดล้อมๆแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยนำ (predisponsing factors) หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานหรือก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยนี้มีผลในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลได้แก่ ความรู้ ทัศนะคติ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) หมายถึง ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติ

กรรมสุขภาพและเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้แก่ ประสบการณ์และการเข้าถึงบริการและปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยเสริมที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ที่มีผลสะท้อน หรือคาดว่าจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้นซึ่งอาจจะสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรม สิ่งที่ได้อาจเป็นรางวัล ผลตอบแทนหรือการลงโทษ อิทธิพลของสิ่งนั้นได้แก่ การสนับสนุนจากสังคมและการให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข เพื่อเป็นแรงขับในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอนที่ 5 การวินิจฉัยนโยบายและการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (administrative and policy diagnosis) เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบของการให้สุขศึกษาในโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นรวม ทั้งวิเคราะห์นโยบาย การบริหารจัดการ การควบคุมและการกำกับขององค์กรนั้นๆ (วรรณีและปิยะนุช, 2547; Green & Kreuter, 1991) แนวคิดของกรีนมีลักษณะเด่นในการวางแผนเพื่อให้สุขศึกษาและนำมาใช้เพื่อกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของประชาชน

สรุปได้ว่าแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดกระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพมีส่วนที่เหมือนกันคือ ปัจจัยภายในตัวบุคคลจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแต่แนวคิดกระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพจะเพิ่มเติมในส่วนของปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่จะกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพคือ การสนับสนุนจากครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังคมและการเข้าถึงบริการ เป็นต้น

2. พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ (Health Seeking Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อตอบสนองต่อสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ในที่นี้ขอกล่าวรายละเอียดพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเพียง 2 แนวคิดคือ พฤติกรรมการการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสาธารณสุข (The Health – Care Choice Making Model) และแบบจำลองตัวกำหนดการมาใช้บริการสุขภาพของประชาชน (determinant of health utilization model) ภายใต้แนวคิดของ
โครเกอร์ (Kroeger, 1983) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 พฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสาธารณสุข (The Health – Care Choice Making Model) ซึ่งยังค์ (Young, 1981) ได้เสนอรูปแบบพฤติกรรมการการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ 4 ประการคือ 1) การรับรู้ถึงความรุนแรง

ของการเจ็บป่วย (gravity of perceived seriousness of illness) ของบุคคลและญาติพี่น้องหรือเพื่อน สนิทถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดประการแรกในการเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษาเยียวยา ถ้าการเจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยรับรู้ว่ารุนแรงมากผู้ป่วยและครอบครัวจะเลือกแหล่งบริการที่คิดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุดซึ่งโดยทั่วไป มักเป็นแพทย์ปริญญาในเขตเมืองโดยไม่คำนึงถึงราคา ค่าบริการถ้าการเจ็บป่วยนั้นรับรู้ว่ามีความรุนแรงน้อยหรือเจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆ ผู้ป่วยและครอบครัวมักจะทำการรักษาตนเอง โดยวิธีที่บุคคลในครอบครัวรู้จักกันดี 2) ความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการดูแลตนเองที่บ้าน (knowledge of home remedy) หมายถึง การดูแลรักษาตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ถ้าอาการเจ็บป่วยนั้นไม่รุนแรงจะเลือกใช้วิธีการรักษาตนเอง แต่ถ้าไม่รู้วิธีการรักษาตนเองจะใช้วิธีการรักษาแบบตะวันตก ในกรณีที่การรักษาตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยก็จะมีแนวโน้มที่จะเลือกรักษาในระบบการแพทย์ตะวันตก 3) ความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษา (fait or perceived benefit of taking action) บุคคลจะเลือกวิธีการรักษาตามความเชื่อศรัทธาในประสิทธิภาพของวิธีการรักษานั้นๆ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการรักษาวิธีต่างๆนั้นจะช่วยให้หายจากการเจ็บป่วยได้ก็จะเลือกใช้วิธีนั้น เช่น การรักษากับหมอไสยศาสตร์โดยมีความเชื่อว่าวิธีการดังกล่าวทำให้เขาพ้นจากโรคภัยไข้เจ็บได้ 4) การเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) การจะเลือกวิธีการรักษาวิธีใดบางครั้งจะคำนึงถึงความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการยังแหล่งนั้นๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมีแนวโน้มเลือกแหล่งบริการที่อยู่ใกล้กว่า และเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการตามสมควร กล่าวโดยสรุปแนวคิดของยังค์ ถือว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่นำไปสู่การเลือกแหล่งบริการหรือวิธีการรักษาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค หากบุคคลรับรู้ว่ามีความรุนแรงมากบุคคลและครอบครัวจะเลือกแหล่งบริการที่คิดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุดโดยจะเลือกเป็นแพทย์ปริญญาแต่หากรับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีความรุนแรงน้อยหรือเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ บุคคลและครอบครัวมักทำการรักษาด้วยตนเองโดยเลือกวิธีการที่บุคคลในครอบครัวรู้จักดี

2.2 แบบจำลองตัวกำหนดการมาใช้บริการสุขภาพของประชาชน (determinant of health utilization model) ภายใต้แนวคิดของโครเกอร์ (Kroeger, 1983) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ทั้งทางทฤษฎีและการปฏิบัติในการไปใช้บริการสุขภาพ มีการวิเคราะห์ต้นกำเนิดแนวคิดและการจัดการกับภาวะเจ็บป่วย ความรู้สึกนึกคิดของคนในการใช้หรือไม่ใช้บริการสุขภาพทั้งแผนโบราณและแผนปัจจุบัน ตัวกำหนดที่ทำให้ผู้ป่วยใช้บริการหรือไม่ใช้บริการประเภทต่างๆ โดยโครเกอร์ได้เสนอแบบจำลองตัวกำหนดการมาใช้บริการสุขภาพของประชาชน เพื่อมุ่งอธิบายตัวกำหนดที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน โครเกอร์ได้อธิบายตัวกำหนดที่ส่งผลต่อการไปใช้บริการ

ออกสุขภาพเป็น 3 ตัวกำหนดดังนี้ ตัวกำหนดทางด้านประชากร (predisposing factors) ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ศาสนา อาชีพ สถานภาพ ขนาดครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ตัวกำหนดทางด้านการเจ็บป่วยและการรับรู้ (characteristics of disorder and their perception) ได้แก่ การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ความรุนแรงของโรค สาเหตุการเกิดโรค การคาดหวังผลการรักษาและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ตัวกำหนดทางด้านการใช้บริการ (enabling factors or characteristics of the service) ได้แก่ ระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ

สรุปได้ว่า แนวคิดพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสาธารณสุขและแนวคิดรูปแบบตัวกำหนดการไปใช้บริการ ประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคลมีผลต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการทางสุขภาพ จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวกำหนดความต่อเนื่องในการมารับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถสรุปแนวคิดดังตาราง 2

ตาราง 2

สรุปแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Health Belief Model (Rosenstock, 1975)	PRECEDE MODEL (Green & Kreuter, 1991)	The Health – Care Choice Making Model (Young, 1981)	Determinant of Health Utilization Model) (Kroeger, 1983)
แนวคิด การปฏิบัติด้านสุขภาพ เกิดจากการที่บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งจะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคาม มีการเลือกวิธีการปฏิบัติโดยเปรียบเทียบกับผลเสีย หรือค่าใช้จ่ายพร้อมทั้งมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ ตัวกำหนดด้านประชากร เป็นสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ตัวแปร การรับรู้ของบุคคล (individual perception) 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceivedsusceptibility)	แนวคิด กระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพในการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของบุคคล มีการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมโดยอาศัยกระบวนการ และวิธีการต่างๆ เพื่อวางแผนกำหนดกลวิธีในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม ตัวแปร การวินิจฉัยองค์กรและการให้การศึกษา(educational and organizational diagnosis) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ (predisponsing factors) ความรู้ ทัศนะคติ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้	แนวคิด การที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาจะต้องประกอบด้วย ตัวกำหนดที่สำคัญดังต่อไปนี้ ตัวแปร 1) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 2) ความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการดูแลตนเองที่บ้าน 3) ความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษา 4) การเข้าถึงแหล่งบริการได้ง่าย	แนวคิด การที่บุคคลจะตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจะต้องประกอบด้วย 3 ตัวกำหนด ตัวแปร ตัวกำหนดด้านประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา ศาสนา อาชีพ สถานภาพ ขนาดครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ตัวกำหนดด้านการเจ็บป่วยและการรับรู้ ประกอบด้วย การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ความรุนแรงของโรค สาเหตุการเกิดโรค การคาดหวังผลการรักษา ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

	2) ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ประสบการณ์และการเข้าถึงบริการ		

ตาราง 2 (ต่อ)

Health Belief Model (Rosenstock, 1975)	PRECEDE MODEL (Green & Kreuter, 1991)	The Health – Care Choice Making Model (Young, 1981)	Determinant of Health Utilization Model (Kroeger, 1983)
2) การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) 3) การรับรู้ภาวะถูกคุกคาม (perceived threat) ปัจจัยร่วม (modifying factors) 1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากร 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม 3) ปัจจัยด้านโครงสร้าง	3) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors)		ตัวกำหนดด้านการใช้บริการ ประกอบด้วย ระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ

หมายเหตุ จากสมจิตและคณะ, 2543; วรรณีและปิยนุช, 2547; Rosenstock, 1975;Young, 1981; Green & Kreuter, 1991; Glanze, Rimer & Lewis, 2002)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบจำลองตัวกำหนดการมาใช้บริการสุขภาพของประชาชน (determinant of health utilization model) ภายใต้แนวคิดของโครเกอร์ (Kroeger, 1983) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย เนื่องจากกรอบแนวคิดของโครเกอร์ครอบคลุมแนวคิดทั้งสามแนวคิดที่กล่าวมาแล้วข้างต้นและครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย ตัวกำหนดด้านการเจ็บป่วยและการรับรู้ ตัวกำหนดด้านประชากรและสังคม ตัวกำหนดด้านการรับบริการซึ่งจะเป็นตัวกำหนดที่มีผลต่อการรับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสงขลา โดยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้ ตัวกำหนดด้านการเจ็บป่วยและการรับรู้ ประกอบด้วย อาการของโรคเบาหวานจำแนกตามระดับน้ำตาล การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและการรับรู้ประโยชน์ของการรับการรักษา ตัวกำหนดด้านประชากรและสังคม ประกอบด้วย ขนาดครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ตัวกำหนดด้านการรับบริการ ประกอบด้วย ระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการโดยจะขอกล่าวรายละเอียดในแต่ละตัวกำหนดดังต่อไปนี้

ตัวกำหนดด้านการเจ็บป่วยและการรับรู้

ตัวกำหนดด้านการเจ็บป่วยและการรับรู้เป็นปัจจัยที่เป็นลักษณะอาการของโรคเบาหวานจำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ประโยชน์การรับการรักษาซึ่งจะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ถ้าภาวะโรคเบาหวานมีการเจ็บป่วยรุนแรง ระดับน้ำตาลสูงเฉียบพลันผู้ป่วยก็จะไปรับการรักษาที่หน่วยบริการในระดับทุติยภูมิหรือระดับตติยภูมิ หากระดับน้ำตาลไม่สูงมากผู้ป่วยก็จะมารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ จึงจะเป็นตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเบาหวาน

1. อาการของโรคเบาหวานจำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด

อาการ (symptom) เป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล ที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้าน
ร่างกายและมีการตอบสนองต่ออาการตามการรับรู้และแปลความหมายของแต่ละบุคคล

(ภาวนา, 2544) การเจ็บป่วยของโรคเบาหวานโดยการจำแนกอาการของโรคเบาหวานตามระดับน้ำตาลในเลือดจะเป็นตัวกำหนดการใช้บริการสุขภาพ อีกทั้งเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยและเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองอันเนื่องมาจากการเรียนรู้ทางสังคมเป็นต้น (พิมพ์วัลย์และคณะ, 2530) บุคคลที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมักมีประสบการณ์และมีอาการตามการรับรู้การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด (วรรณา, 2546) อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสามารถแบ่งได้ออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเล็กน้อยเป็นระยะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 60 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ผู้ป่วยจะมีอาการหิวง่าย โกรธง่าย ตัวสั่น ตัวเย็น เป็นต้น อาการน้ำตาลในเลือดต่ำระดับปานกลาง เป็นระยะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ผู้ป่วยจะมีอาการชีพจรเต้นเร็ว อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ตามัว ซึม อาการเปลี่ยนแปลง โกรธง่าย หายใจเร็วตื้น คลื่นไส้อาเจียน ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง เป็นระยะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยจะมีอาการชักและหมดสติ อาการน้ำตาลในเลือดสูงเป็นภาวะของร่างกายซึ่งควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระดับน้ำตาลสูงประมาณ 240 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์หรือสูงกว่านี้ตลอดเวลา ผู้ป่วยจะมีอาการจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงคือ ถ่ายปัสสาวะจำนวนมากเนื่องจากร่างกายต้องขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะ มีอาการดื่มน้ำมาก เนื่องจากร่างกายต้องสูญเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมากจึงเกิดอาการขาดน้ำอย่างรุนแรง ทำให้มีการกระหายน้ำ ดื่มน้ำบ่อยและจำนวนมาก น้ำหนักลดเนื่องจากเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายจึงสลายโปรตีนและไขมันที่เก็บสะสมไว้เป็นพลังงานทดแทนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารจุเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสในเลือดมาใช้ได้หากเป็นมากจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบซึมและหมดสติ (บุญทิพย์, 2538;

ชูจิตร, 2539; ภาวนา, 2543; ADA, 2001)

น้ำตาลในเลือดที่อยู่ในระดับปกติคือ 70

- 99 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (พรชัย, 2549; ADA, 2006) ในทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานถือว่าการควบคุมน้ำตาลอยู่ในระดับยอมรับได้คือ 121-140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การควบคุมน้ำตาลอยู่ในระดับพอใช้ คือ 141-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การควบคุมน้ำตาลไม่ได้คือ ระดับน้ำตาลมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mangement of non-insulin –dependent diabetes mellitus in Europe, 1988 อ้างตาม วรรณี, 2535) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลาร์สัน (Larson, 1994) กล่าวว่า การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ชะลอหรือ หลีกเลี่ยงผลที่เกิดจากอาการด้วยการรักษาทางการแพทย์หรือการพึ่งพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยหากผู้ป่วยเบาหวานมีอาการเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยจะจัดการกับอาการดังกล่าวโดยไปพบแพทย์และรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (ภา

นุมาศ, 2540; กาญจนา, 2541; รุ่งระวี, 2542) ภาวนา (2537) ได้ศึกษาเรื่องการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคเบาหวานมักจะเป็นอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรืออาการอื่นๆ ที่บ่งบอกถึงความผิดปกติของร่างกายผู้ป่วยจึงพยายามหาวิธีการต่างๆ เพื่อควบคุมอาการเจ็บป่วย เมื่อควบคุมอาการได้แล้ว ผู้ป่วยจะเลิกรักษาและไม่เคร่งครัดต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่ กฤษณา (2542) ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับลักษณะของการเจ็บป่วย ตัวกำหนดทางด้านอาการของโรคเบาหวานจำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด น่าจะมีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ของโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสงขลา

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหมายถึง การที่บุคคลสามารถจะพิจารณาลักษณะอาการความเจ็บป่วยที่ได้รับรู้ไว้ก่อนแล้ว และใช้เป็นส่วนประกอบของกระบวนการตัดสินใจเลือกวิธีหรือแหล่งการรักษา (กรรณิการ์, 2544) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจึงเป็นตัวกำหนดในการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ โดยบุคคลนั้นจะพิจารณาประเภทของการเจ็บป่วยและประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยครั้งนั้น แล้วใช้ระดับความรุนแรงของโรคที่รับรู้นั้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีรักษา (Young, 1981) ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ความรุนแรงของโรคน้อย หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำงานและประกอบกิจกรรมได้ทุกอย่าง ความรุนแรงของโรคปานกลาง หมายถึง พอทำงานได้แต่ต้องจำกัดปริมาณและชนิดของกิจกรรม ความรุนแรงของโรคมาก หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือทำงานได้เลย การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลหรือแต่ละครอบครัว ซึ่งจะประเมินความรู้สึกที่แตกต่างกัน หากบุคคลรับรู้ว่าโรคมีความรุนแรงมักจะรับการรักษาด้วยแพทย์ตะวันตก (Kroeger, 1983; Andersen & Newman, 1973 อ้างตาม พัชรา, 2533)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวกำหนดด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการศึกษาของบุศรา (2534) ได้ศึกษาแนวคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้เนื่องจากโรคเบาหวานมีอาการรุนแรงและจากการศึกษาของอรทัยและกาญจนา (2526) พบว่า การที่ประชาชนไม่ค่อยไปใช้บริการที่สถานีอนามัยแต่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลแทนเป็นเพราะประชาชนรับรู้ว่าอาการเจ็บป่วย

ที่เป็นอยู่นั้นมีความรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษา กรณีผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือชนบท เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน หรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าเมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย (บุญเลิศและบุปผา, 2531) การศึกษาของวาทินี (2530) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างรุนแรงจะมีการเลือกใช้แหล่งบริการทางการแพทย์มากที่สุดถึงร้อยละ 70 รองลงมาได้แก่ กลุ่มของผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางและเล็กน้อยคือ ร้อยละ 67 และร้อยละ 63 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงจะมีการเลือกใช้บริการที่มีแพทย์ประมาณร้อยละ 60 การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นความคิดที่บุคคลรวบรวมขึ้นและสะท้อนออกมาในการประเมินภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้จะมีพฤติกรรมด้านบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นโรคเบาหวาน (จันทรา, 2540) การศึกษาของสมคิด (2536) พบว่าความรุนแรงของโรคมีผลกับพฤติกรรมการบริโภคบริการทางด้านสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของสุรางค์ (2532) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาแทน (Tan, 2004) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยยะสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

การศึกษาของเยาวลักษณ์และคณะ (2538) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านการใช้ยา การศึกษาของอล็อกนา (Alogna, 1980 อ้างตาม ญัฐกาญจน์, 2542) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาจะมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกินความเป็นจริงนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมโรคของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของภาวนา (2537) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานที่แตกต่างกัน จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันไปด้วย บุศรา (2534) พบว่าบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานจะนำเอาประสบการณ์ที่เคยพบเห็นไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องหรือตนเองมาเป็นตัวจักรสำคัญในการให้ความหมายต่อความรุนแรงของโรคซึ่งผลการวิจัยของบุศรายังพบอีกว่า ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งใช้เกณฑ์ประเมินจากความรู้สึกหรืออาการผิดปกติเป็นหลัก นอกจากนั้นจะใช้ระดับน้ำตาลในเลือดที่มาตรวจจากโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ที่จะบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานจึงน่าจะเป็นตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสงขลาด้วยเช่นกัน

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้แก่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำคือ ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สาเหตุมาจากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอและการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาหรือรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตน้อยไปและมีการใช้ยาอินซูลินหรือใช้ยาเม็ดรับประทานมากไปผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทันทีทันใด มีอาการสั่นทั้งตัว เหงื่อออกมาก หิวจัด ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วและแรง
มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด ชาบริเวณปลายมือและริมฝีปาก ส่วนภาวะน้ำตาลในเลือดสูงคือการที่ร่างกายควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงแบ่งเป็น 2 ประเภท ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีกรด
คีโตนในกระแสเลือดสูง (diabetic ketoacidocis) กับภาวะที่หมดสติจากระดับกลูโคสในเลือดสูงโดยไม่มีกรดคีโตนคั่งในกระแสเลือด (hyperglycemic hyperosmolar non-ketotic coma) ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายปัสสาวะบ่อย มีภาวะขาดน้ำ หายใจลึกและเร็ว ลมหายใจมีกลิ่นหวานของอะซีโตนและคีโตน ผู้ป่วยอาจหมดสติและเสียชีวิตได้จึงต้องส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด (พรพรรณและคณะ, 2546) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจะสัมพันธ์กับระยะเวลาการเป็นโรคโดยมีอาการค่อยเป็นค่อยไปและเกิดกับอวัยวะสำคัญทุกส่วนของร่างกาย พบภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 30 ในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2 (ADA, 2000) ทั้งยังพบภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคเบาหวานมานานกว่า 20 ปี โดยพบในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 เกือบทุกรายและในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 มากกว่าร้อยละ 60
(ADA, 2000) และผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ 2 ถึง 4 เท่า (Cowell, 1996) ร่วมกับการเกิดโรคสมองและโรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (Ignatavicius, Warkman & Misher, 1995) จึงทำให้เกิดแผลที่เท้าและมีการติดเชื้อได้ง่าย (Coleman, 1996) ภาวะโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยสูญเสียทรัพย์สินเป็นจำนวนมาก พิการและอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงต้องอาศัยการควบคุมโรคอยู่เสมอและมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้อง (ณัฐิกาญจน์, 2542) ซึ่งจะต้องอาศัยปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทายาซึ่งนั้นก็หมายความว่า

ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีนอกเหนือจากการปฏิบัติที่ถูกต้องในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแล้ว ผู้ป่วยก็จะต้องให้ความร่วมมือในการรักษาและไปตรวจตามนัดทุกครั้ง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการศึกษาของสุนีย์ (2544) เรื่องการรับรู้พฤติกรรมการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5 ปีร้อยละ 95 มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งและร้อยละ 32 มีประสบการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนกับตนเอง ทำให้ได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรงค์ (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชรพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมสูง การศึกษาของเยาวลักษณ์และคณะ (2538) พบว่าการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นปัจจัยกำหนดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านการใช้ยาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภา (2528) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาของวรรณีและอุษณีย์ (2545) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักถึงอันตรายจากจากภาวะแทรกซ้อนจึงไม่ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลตามคำแนะนำของแพทย์ การศึกษาภาวนา (2537) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ว่ามีภาวะแทรกซ้อนจะเกิดความตระหนักในอันตรายและแสวงหาวิธีป้องกัน หรือมีการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน จึงน่าจะเป็นตัวกำหนด ที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพราะจะทำให้ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การรับรู้ประโยชน์ของการรับการรักษา

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ปัจจุบันพบว่าปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานคือการไม่ควบคุมอาหาร ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นเพื่อให้การควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติผู้ป่วยจะต้องรับรู้ถึงความสำคัญของการรับการ

รักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับยาไปรับประทานและผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาให้ตรงเวลา สม่ำเสมอทุกวัน แนวทางการรักษาและติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและวิธีการรักษา การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยแถบเครื่องตรวจน้ำตาลขนาดเล็กเพื่อการคัดกรองผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงสูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้การแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และภายใน 1 เดือนนัดตรวจซ้ำ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่งพบแพทย์ทันที กรณีโรงพยาบาลส่งคนไข้กลับมาเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิดูแลต่อนั้นก็ต่อเมื่อแพทย์ตรวจคนไข้แล้วผลเลือด (fasting blood sugar) ต่ำกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรติดต่อกัน 2 ครั้ง

ส่วนในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะส่งคนไข้กลับไปรักษาที่โรงพยาบาลก็ต่อเมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิได้ดูแลรักษาคนไข้ครบ 6 เดือนโดยส่งกลับไปตรวจที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจสภาวะ ตา ไต เท้าและตรวจหาระดับไขมันในเลือด ในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตรเพียง 1 ครั้งและมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำเช่น วิงเวียน หน้ามืออ่อนเพลียมากกว่าปกติ ให้ผู้ป่วยรีบหยุดยา วัดสัญญาณชีพและส่งพบแพทย์ หรือกรณีน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2 ครั้ง หรือสูงเกิน 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรเพียง 1 ครั้งให้ส่งผู้ป่วยพบแพทย์ทันที ระบบการนัดอาจนัดผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังส่งผู้ป่วยโรงไปพยาบาลเพื่อรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และโรงพยาบาลส่งกลับเพื่อมารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมินั้นจะนัดผู้ป่วย 1-2 สัปดาห์เพื่อให้ความรู้และปรับขนาดของยาจนกว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย หลังจากนั้นจะนัดทุกเดือนเพื่อมารับยาและตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อครบ 6 เดือน จึงส่งกลับไปตรวจที่โรงพยาบาล เพื่อตรวจภาวะแทรกซ้อน การติดตามและประเมินผลการรักษา ตรวจร่างกายอย่างละเอียดปีละ 1 ครั้ง ตรวจตาปีละ 1 ครั้งโดยจักษุแพทย์ วัดความดันโลหิตปีละ 4 ครั้ง ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อยปีละครั้งและมีการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมอาหารการออกกำลังกายและการประเมินคุณภาพชีวิต เป็นต้น(กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

แนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องจะมีการบันทึกตารางนัดหมายลงในสมุดบันทึกของแพทย์และผู้ป่วยพร้อมทั้งให้คนไข้มีและญาติมีส่วนร่วม ในการวางแผนการติดตาม เพื่อความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถมาตรวจได้สะดวกตามวันนัดโดยเฉพาะคนไข้ที่ต้องพึ่งพาให้คนอื่นมาตรวจ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาของวรรณีและอุษณีย์ (2545) พบว่า ทุกครั้งที่ผู้ป่วยเบาหวานไปพบแพทย์จะได้รับการเจาะเลือด เพื่อทราบค่าระดับน้ำตาลในเลือดและแพทย์จะลดขนาดยาตามระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานจึงรับรู้ว่า ยามีผลต่อการควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือด ซึ่งส่งผลต่อการรับประทานยา คือผู้ป่วยจะรับประทานยาอย่างเคร่งครัดเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง และอาจจะไม่รับประทานยาบ้างเมื่อรับรู้ว่าระดับว่าน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี (2536) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การศึกษาของ

บุญทิพย์ (2538) เรื่อง สภาพการให้การศึกษาผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศไทยพบว่า ปัญหาของความไม่สม่ำเสมอในการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากผู้ป่วยบางราย ไม่ทราบถึงประโยชน์ของการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์นั้นเป็นเพราะผู้ป่วยมองว่า วิธีการที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้กระทำเป็นสิ่งที่ปฏิบัติหรือกระทำได้ยาก (สมจิตและคณะ, 2541) สำหรับพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานจะให้ความสำคัญกับการรักษาในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลักโดยจะประเมินอาการตนเองเป็นระยะๆ และให้เหตุผลในการมารับการรักษาเพราะมิฉะนั้นแล้วจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น (เพ็ญจันทร์และลือชัย, 2537) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพวงพยอม (2526) และสุภาพ (2528) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาและมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยเบาหวาน อีกทั้งไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับการรักษาจึงน่าจะเป็นตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ตัวกำหนดด้านประชากรและสังคม

ตัวกำหนดด้านประชากรและสังคม ได้แก่ ประเภทครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลโดยอาจจะยับยั้งพฤติกรรมการไปรับบริการหรือสนับสนุนการไปรับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานเนื่องจากตัวกำหนดด้านประชากรและสังคมมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพเพราะจะสะท้อนให้เห็นวงจรชีวิตของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวตลอดจนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแต่ละครอบครัวที่แตกต่างกัน (Kroeger, 1983; Green and Ottoson, 1999) อีกทั้งการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะให้ความร่วมมือในการมารับการรักษาต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายร่วมถึงสมาชิกในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้นซึ่งในแต่ละตัวกำหนดจะขอกล่าวในรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประเภทครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญเพราะเป็นสถาบันทางสังคมที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานนับตั้งแต่เกิดจนตาย ประเภทของครอบครัวจำแนกตามลักษณะโครงสร้างของครอบครัวได้ดังนี้ ครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยาและบุตร ครอบครัวขยาย (extended family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวที่รวมทั้งญาติทางสามีและภรรยา ที่อยู่รวมในครอบครัวเดียวกัน (รุจา, 2541) ปัจจุบันระบบครอบครัวไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคือ มีขนาดครอบครัวเล็กลง เป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกประมาณ 3 ถึง 4 คน ครอบครัวที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูกมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ครอบครัวซึ่งมีเพียงภรรยาหรือสามีมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 11.2 ในปีพ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 37.6 ในปีพ.ศ. 2545 (กรมสุขภาพจิต, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 58.4 (เยาวเรศ, 2543) และการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 74 (วรรณีและอุษณีย์, 2545) ครอบครัวมีอิทธิพลกับภาวะความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เมื่อบุคคลเริ่มยอมรับความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจมีความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยของตนเอง มักปรึกษาคนอื่นๆ ในครอบครัวเพื่อขอความคิดเห็นถึงแหล่งที่จะไปรับบริการ

ครอบครัวจะเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่สุด ในการดูแลตนเองและเป็นผู้ชี้นำในการใช้บริการทางการแพทย์ทั้งในและนอกระบบ (ปรีชาและลือชัย, 2532) นอกจากนี้ครอบครัวยังมีบทบาทเป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยฮอโรวิทซ์

(Horowitz, 1985) ได้ให้ความหมายของครอบครัวซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ดูแลโดยให้ความหมายไว้ 2 ลักษณะจำแนกตามระดับขอบเขตการรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ญาติผู้ดูแลหลัก (primary cargiver) หมายถึงผู้ดูแลหลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดเตรียมในเรื่องการรับประทานยา การพาไปรับการรักษา เป็นต้น 2) ญาติผู้ดูแลรอง (second cargiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น อาจจะเป็นธุระในการมารับยาแทนผู้ป่วยหรือมีการจัดเตรียมยานพาหนะให้ผู้ป่วยเพื่อการเดินทางไปตรวจรับการรักษาเป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมยศและคณะ (2545) กรณีศึกษาที่โรงพยาบาลเขาวง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์โดยในปี พ.ศ. 2545 ได้ทำการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 87

คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับลูกหลานโดยคิดเป็นร้อยละ 78.4 ลูกหลานจะเป็นผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆเช่น จัดเตรียมอาหาร แนะนำให้รับประทานยา ออกกำลังกาย ผู้ดูแลจะคอยเตือนผู้ป่วยเมื่อถึงวันนัด จัดเตรียมเอกสารต่างๆ เช่น ใบนัด บัตรประจำตัวผู้ป่วยและจัดหายานพาหนะให้ผู้ป่วยและพาผู้ป่วยและพามาตรวจตามแพทย์นัดแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สวยสม (2546) เรื่องการจัดรูปแบบให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานขาดนัดหรือไม่มารับยาตามนัดเนื่องจากไม่มีบุตรหลานพามารับยา ขนาดครอบครัวน่าจะเป็นตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสงขลา

2. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเลือกผู้รักษาหรือการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของประชาชนเพราะความผูกพันทางสังคมทำให้บุคคลมักเล่าประสบการณ์ที่ตนเองได้รับให้ญาติและเพื่อนฟัง เพื่อที่จะได้รับคำปรึกษาเมื่อเขาเจ็บป่วย (Kroeger, 1983) เมื่อผู้ป่วยได้รับคำชี้แนะทั้งทางด้านความรู้ แรงเสริมทางสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของการสนับสนุนทางด้านจิตใจทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้ เฮอร์ (Hirsch, 1980 อ้างตาม รุจิรา, 2537) การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ระดับความต้องการของบุคคลในการช่วยเหลือทางสิ่งของ การชี้แนะให้ความรู้ แรงเสริมทางสังคมปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายสังคม แคปแลนและคณะ (Kaplan et al., 1977) การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การได้รับการยกย่องนับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจและช่วยเหลือกัน สิ่งเหล่านี้เกิดจากการติดต่อกับบุคคลในสังคม ทอยส์ (Thoits, 1982) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือข้อมูลจากเครือข่ายสังคม เพื่อให้บุคคลได้เผชิญและสามารถตอบสนองต่อความเจ็บป่วย บุญเยี่ยม (2528) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้ การสนับสนุนอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนแล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการซึ่งหมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดี จากแนวคิดนักวิชาการหลายท่านสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วยซึ่งพฤติกรรมการช่วยเหลือนั้นสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้

การศึกษาของน้อมจิตต์ (2535) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การศึกษาของรุจิรา (2537) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินพบว่า ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเช่น บุตรหลานคู่สมรสและบุคคลภายนอก เช่น แพทย์ พยาบาลหรือกลุ่มผู้ป่วยกันเอง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการพูดคุยสมาคมกับบุคคลอื่นๆได้ดี จะได้รับการสนับสนุนหรือได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติ พี่น้องเป็นอย่างดี (กาญจนา, 2541; ปทุมพรรณ, 2535; รุจิรา, 2537; สุธีรัตน์, 2538; ภาวนา, 2537) การสนับสนุนทางสังคมน่าจะเป็นตัวกำหนดที่มีต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ของผู้ป่วยของโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสงขลา

ตัวกำหนดด้านการรับบริการ

ตัวกำหนดด้านการรับบริการ ประกอบด้วย ระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ ตัวกำหนดด้านการรับบริการเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการผลักดันให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานแสดงพฤติกรรมสุขภาพของตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานเองรวมทั้งแสดงออกถึงทักษะที่จะช่วยให้บุคคลนั้นๆสามารถใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ก่อให้เกิดประโยชน์และเป็นตัวกำหนดในการมารับบริการอย่างต่อเนื่องซึ่งจะขอกล่าวรายละเอียดแต่ละตัวกำหนดดังต่อไปนี้

1. ระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ

การเข้าถึงบริการเป็นหัวใจสำคัญของบริการด่านแรก การเดินทางไปใช้บริการจะต้องสะดวก ระยะทางใกล้ (สุภานี, 2545) แหล่งบริการสุขภาพแบบตะวันตกที่ตั้งอยู่ในที่ห่างไกล ประชาชนจะเลือกตัดสินใจรักษากับแพทย์พื้นบ้านเป็นหลักเพราะสะดวกและสามารถให้บริการได้ที่บ้าน (Kroeger, 1983) สอดคล้องกับแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday & Anderson, 1975) ซึ่งได้อธิบายว่าผู้ใช้บริการจะตัดสินใจเลือกใช้บริการสถานบริการแห่งใดนั้น ตัวกำหนดหนึ่งที่นำมาพิจารณาคือ ระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการปฐมภูมิเพราะเป็นตัวกำหนดที่เอื้อต่อการอำนวยความสะดวกให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งบริการและเลือกใช้บริการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาของ บาซอง (Bassong, 1999-2000) พบว่า ตัวกำหนดที่ทำให้มีการใช้บริการทางด้านสุขภาพมีปริมาณต่ำของภูมิภาคโมโคโลในประเทศแคมารูนเหตุผล

เพราะว่า ลักษณะทางภูมิศาสตร์ในการเข้าถึงบริการอยู่ห่างไกลและมีฝนตกตลอดทั้งปี สถานที่ตั้งในการให้บริการ ไม่ควรเกินรัศมีระยะ 5 กิโลเมตรจากที่อยู่อาศัยของประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์แพทยศาสตร์ชุมชนเมืองพระนครศรีอยุธยา (2536) เรื่องตัวกำหนดที่สำคัญของการมาใช้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองพระนครศรีอยุธยาซึ่งเป็นสถานีอนามัยเขตเมือง พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีบ้านเรือนห่างจากศูนย์แพทย์ในรัศมี 1 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางไม่เกิน 30 นาทีและผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า มาใช้บริการเพราะเดินทางสะดวกและไม่เสียเวลาในการเดินทาง

การศึกษาของกุศลและวรชัย (2539) เรื่องลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการบริการรักษาในภาคเอกชน พบว่า เหตุผลที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ใช้บริการที่คลินิกและโพลีคลินิกคือ ระยะทางและความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ การศึกษาของของสทีเคแลนเบิร์ก (Stekelenburg et al, 2005) พบว่า ผู้ป่วยใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 49 ในกรณีใช้เวลาเดินทางน้อยกว่า 30 นาทีเพื่อไปใช้บริการแพทย์พื้นบ้านและคิดเป็นร้อยละ 34 กรณีใช้เวลาเดินทางน้อยกว่า 30 นาทีเพื่อไปใช้บริการโรงพยาบาล พฤติกรรมการบริโภคบริการสาธารณสุข จึงมีผลมาจากระยะทางและเวลาจากบ้านถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ (สมคิด, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของปิยพร (2535) เรื่องความรู้ความคิดเห็นและการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนตามประราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีศึกษาผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ประกันตนส่วนใหญ่มีระยะทางจากที่พักถึงโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เฉลี่ย 14.3 กิโลเมตร การศึกษาของจุฑามาศ (2533) พบว่าผู้มาใช้บริการร้อยละ 50 จะใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขในระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตรและจะลดลงเมื่อระยะทางเพิ่มมากขึ้น ระยะทางที่ประชาชนพึงพอใจมากที่สุดอยู่ในระยะทางที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 กิโลเมตร รองลงมา 3 กิโลเมตรถึง 5 กิโลเมตร (ทัศนวัลย์, 2539) และอีกหลายๆ งานวิจัยที่พบว่า ระยะทางมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการ (แสงทอง, 2533; วรรณศรี, 2543; Sauerborn, Nougtara & Diesfeld, 2002)

การศึกษาของพรรณีและคณะ (2545) เรื่องภาวการณ์เจ็บป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของประชาชน ในการเลือกรับบริการทางการแพทย์เบื้องต้นที่สถานีอนามัยตำบลบ้านนา อำเภอเมือง จังหวัดชุมพรเมื่อเจ็บป่วยครั้งต่อไปพบว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการที่สถานีอนามัยในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นปัจจัยหลักเพราะเดินทางสะดวก ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของจันทร์นิภา (2543) พบว่า ระยะทางไม่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการที่สถานีอนามัยและระยะทางใกล้หรือไกลจากบ้านของผู้ใช้บริการถึงสถานบริการ มิได้เป็นตัวกำหนดการมาใช้หรือไม่มาใช้บริการ (สมทรง, 2536) ดังนั้น ระยะทางจากบ้าน

ถึงหน่วยบริการปฐมภูมิจึงน่าจะเป็นตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสงขลา

2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ

ความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกทางบวกต่อสิ่งต่างๆซึ่งเป็นความต้องการที่บุคคลได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อให้เกิดความพอใจต่อสิ่งนั้น ส่วนคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการจูงใจให้ผู้รับบริการมาใช้บริการและกลับมาใช้บริการใหม่อีกครั้ง ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพบริการไว้ดังนี้ สุธรรดา (2547) ได้ให้ความหมายคำว่าคุณภาพบริการ หมายถึง บริการที่ตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้มารับบริการและสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้มารับบริการ ลักษณะการบริการต้องตรงตามความต้องการของผู้รับบริการทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ไฟเจ็น แบม (Feigen bam, 1991)ให้ความหมายของคุณภาพบริการว่า เป็นการตัดสินใจของลูกค้าไม่ใช่ผู้บริหาร โดยคุณภาพวัดได้จากความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการ

สการ์ดินา (Scardina, 1994)ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการ หมายถึงความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่ผู้มารับบริการคาดหวังและการรับรู้ต่อการให้บริการนั้นจึง สรุปได้ว่า คุณภาพบริการหมายถึงบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการโดยบริการที่ผู้รับบริการได้รับจริงในสถานการณ์นั้น เท่ากับ หรือมากกว่าบริการที่ผู้รับบริการคาดหวังทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจประทับใจและกลับมาใช้บริการอีกครั้ง ตามแนวคิดของไซร์ทามอล เบอร์รี่และฟาราซูราแมน (Zeithamal, Berry & Parasuraman, 1990) คุณภาพบริการประกอบด้วยคุณภาพ 5 ด้านดังนี้ 1) ความเป็นรูปธรรมในการบริการ หมายถึงลักษณะทางกายภาพของบริการที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ผู้รับบริการสามารถรับรู้และสัมผัสได้ เช่น อุปกรณ์ สถานที่ บุคลากร สัญลักษณ์หรือเอกสารต่างๆที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร 2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ หมายถึงผู้ให้บริการมีความสามารถในการให้บริการโดยตรงถูกต้องตามหลักวิชาการทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ 3) ตอบสนองต่อผู้รับบริการ หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจของผู้ให้บริการโดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างทันท่วงที สะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ให้บริการปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยความสุภาพ มีกิริยาและมารยาทที่ดี สามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ 5) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ให้บริการมีความเอื้ออาทร เอาใจใส่ผู้มารับบริการ

แนวคิดของอนุวัฒน์ (2536) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพการบริการมี 4 องค์ประกอบดังนี้ 1) การเข้าถึงบริการ ได้แก่ การเข้าถึงด้านภูมิศาสตร์ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านภาษาและการจัดองค์กรที่ให้ความสะดวกแก่ผู้รับบริการ เช่น ระบบนัด การจัดบริการ 2) ลักษณะทางกายภาพที่น่าพึงพอใจหมายถึง บริการที่ไม่เกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลทางด้านคลินิกแต่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น และยินดีที่จะกลับมาใช้บริการในครั้งต่อไป ลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในบริการที่จะได้รับและเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ ลักษณะดังกล่าวได้แก่ ความสวยงาม ความสะดวกสบาย ความสะอาด ความเป็นส่วนตัว เป็นต้น 3) คุณภาพด้านมนุษย์สัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เช่น การให้คำแนะนำแก่ผู้ใช้บริการเพื่อจะได้รับประโยชน์ ทั้งนี้โดยอาศัยความเคารพ การรักษาความลับ ความสุภาพ การฟังและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองอย่างเหมาะสมและแสดงความเห็นอกเห็นใจ 4) คุณภาพด้านเทคนิค หมายถึง การให้บริการทางคลินิกที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองได้ถึงระดับหนึ่ง

สรุปได้ว่า องค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านการดูแลที่ผู้รับบริการต้องการคือ ด้านความพึงพอใจ การยอมรับ ความสุภาพและอัธยาศัยดี ด้านวิชาชีพที่ผู้รับบริการต้องการคือการให้ความอบอุ่น ความสะดวกสบาย มีจิตใจที่เปิดกว้างและมีความจริงใจและด้านสมรรถนะคือ ความรู้ความสามารถจึงจะสามารถให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โครเกอร์ (Kroeger, 1983) กล่าวว่า การให้บริการที่มีคุณภาพจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น การศึกษาของปัณนิกา (2545) เรื่องคุณภาพบริการของโรงพยาบาลธนรัชต์

ตามการรับรู้ของผู้รับบริการจำนวน 400 คน พบว่า คุณภาพบริการของโรงพยาบาลธนรัชต์ตามการรับรู้ของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับดีและรายด้านพบว่า ด้านราคา ด้านบุคลากร ด้านลักษณะทางกายภาพและด้านกระบวนการให้บริการอยู่ในระดับดี ส่วนด้านผลิตภัณฑ์บริการ ด้านช่องทางบริการและด้านการส่งเสริมการตลาดอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2540) เรื่องคุณภาพบริการอุปกรณ์ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการบริการตามการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี คุณภาพบริการในแต่ละด้านคือ ด้านสมรรถภาพในการบริการ ด้านความสุภาพอ่อนโยน ด้านการสื่อสาร ด้านความเชื่อถือ ด้านการเข้าถึงบริการ ด้านความเป็นธรรมของบริการอยู่ในระดับพอใช้

การศึกษาของของกุศลและวรชัย (2539) พบว่า ผู้ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่สำคัญที่สุด คือ คุณภาพบริการได้แก่ การต้อนรับ เวลารอคอยในการตรวจรักษา ความสะดวกในการมาใช้บริการ ความเอาใจใส่คนไข้ สถานที่ อุปกรณ์และคุณภาพของเวชภัณฑ์ การศึกษาของซิปกินและคณะ (Zipkin et al., 1984) เรื่องความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศอิสราเอล พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ในการใช้บริการถ้าแพทย์ใช้เวลาในการตรวจรักษาและพูดคุยกับผู้ป่วยนานๆ สอดคล้องกับการศึกษาของแสงทอง (2533) โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาใช้บริการที่สถานีอนามัยคือ ปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่อนามัยมีความสำคัญที่สุด การรับรู้ถึงคุณภาพการบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง (รัตนาภรณ์ , 2536) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของไพเราะ (2543) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการพยาบาลมากกว่าที่ได้รับ แสดงให้เห็นว่าคุณภาพบริการพยาบาลยังไม่เป็นที่น่าพึงพอใจของผู้ป่วยโดยเฉพาะการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องพึ่งพาการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลักทำให้บางครั้งเกิดความไม่พึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาล ดังนั้นความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการจึงน่าจะเป็นตัวกำหนด ที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสงขลา

3. ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียเงินในค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มที่ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มสูงขึ้น (กาญจนา, 2541) ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการนั้นตามหลักเศรษฐศาสตร์เปรียบเหมือนต้นทุน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาเพียงต้นทุนทางตรง (direct costs) เท่านั้น ต้นทุนทางตรงได้แก่ ค่าใช้จ่ายโดยตรงที่ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องจ่ายในการมารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิโดยแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ ต้นทุนทางตรงจากการรับบริการทางการแพทย์ (direct medical costs) เช่น ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการรับบริการทางการแพทย์ (direct non - medical costs) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้จ่ายให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรงแต่เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานเอง ดังนั้นค่าใช้จ่ายประเภทนี้มักเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องจ่ายเอง เช่น ค่าอาหาร ค่ายานพาหนะ เป็นต้น (ภานุพันธุ์, 2542) ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการจึงเป็นตัวกำหนดทางด้านเศรษฐกิจที่จะสะท้อนถึงอำนาจการซื้อ (purchasing power) ของผู้ป่วยเบาหวานและส่งผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องหรือการมารับบริการที่ไม่ต่อเนื่อง หากผู้ป่วยเบาหวานมีอำนาจการซื้อ (purchasing power) และมีความเต็มใจที่จะจ่าย (willingness to pay) ก็น่าที่จะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ

อย่างต่อเนื่อง แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยเบาหวานไม่มีอำนาจการซื้อหรือไม่ยินดีที่จะจ่าย ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการก็จะเป็นตัวกำหนดว่า ผู้ป่วยเบาหวานก็อาจจะมารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสันทัด (2546) ที่พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งแรกที่ผู้ป่วยคิด เมื่อต้องการไปสถานพยาบาลเพราะการใช้สถานพยาบาลสมัยใหม่ เช่น โรงพยาบาลหรือคลินิกมักมีค่าใช้จ่ายสูงและสูงกว่าการใช้บริการแบบพื้นบ้าน เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น ค่ายา ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจต่างๆ เช่น ค่าตรวจเลือด ค่าตรวจปัสสาวะเป็นต้น ตลอดจนรวมถึงค่าอาหาร ค่าเดินทางของญาติและพี่น้องที่ติดตามมา

การศึกษาของโรงพยาบาลศิริราช โดยการสำรวจค่ารักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจที่คลินิกเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจเฉลี่ยคนละ 5,582.80 บาทต่อปี (อุษณีย์, 2535) การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจึงทำให้ผู้ป่วยหมดเปลืองเงินทองในการรักษา เพราะจะต้องรับการรักษาต่อเนื่องทำให้ประสบปัญหาไม่มีค่าเดินทางมายังโรงพยาบาล ไม่มีเงินซื้อยา อาจทำให้ไม่สามารถมารับบริการได้อย่างต่อเนื่อง (กาญจนา, 2541) ในประเทศอเมริกาเมื่อปีค.ศ. 1994 พบว่า สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 132,772 บาทต่อคนต่อปี ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 119,928บาทและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 159,714 บาทโดยในปี ค.ศ. 1995 ค่ารักษาผู้ป่วยเบาหวานต่อคนสูงถึง 233,662 บาท (Mecklenburg, Meldrum, Fenster & Dykan, 1997) ค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพแบบตะวันตกมีราคาค่อนข้างสูง จึงเป็นอุปสรรคตัวหลักในการไปใช้บริการของผู้ป่วย ในขณะที่การรักษาแบบแพทย์พื้นบ้านจะมีราคาค่อนข้างถูกกว่าและคนยากจนก็จะสามารถเข้าถึงบริการได้ (Kroeger, 1983) สมคิด (2534) ได้แบ่งค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการเป็น 2 กลุ่มคือค่าใช้จ่ายที่มองเห็น (tangible cost) ได้แก่ ค่ายา ค่าบริการ ค่าเดินทางของผู้มารับบริการ ค่าน้ำมันรถและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยานพาหนะ ส่วนค่าใช้จ่ายแฝงอยู่มองไม่เห็น (intangible cost) ได้แก่รายได้ที่สูญเสียไปเนื่องจากการมาใช้บริการ เป็นต้น

การศึกษาของพรพรรณและคณะ (2546) เรื่องความต้องการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เกี่ยวกับชุดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 51.6 เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการครั้งละ 10 - 30 บาท เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาค่ายาและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการมากที่สุด โดยผู้ป่วยร้อยละ 38.7 จะเสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ประมาณ 30 - 50 บาท ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยจะใช้สิทธิบัตร 30 บาทจำนวน ร้อยละ 29.03 และใช้สิทธิบัตรผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 25.8 การศึกษาของเวอบอร์น (Sauerborn, 2002) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาและค่ายาเป็นตัวกำหนดที่สำคัญ ในการมาใช้บริการสุข

ภาพของกลุ่มแรงงานแถบเบอร์คินา ฟาโซ จากการศึกษาเรื่องกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตกพบว่า เหตุผลสำคัญของการเปลี่ยนแปลงแหล่งบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจากแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ ก่อนเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาที่พบมากที่สุดคือ ค่ายาราคาแพงโดยจะพบในกลุ่มที่ใช้บริการที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตจะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการักษาและมาตรวจที่คลินิกโดยพบว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการมารักษาครั้งละ 100 – 500 บาทต่อครั้ง (ศุภรัตน์, 2540) การศึกษาของเพ็ญศิริ (2547) พบว่าผู้รับบริการที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลาต้องเสียค่าบริการเฉลี่ยคนละ 679.99 บาท ส่วนการศึกษาของมาลี (2540) พบว่ารายได้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีข้อจำกัดในเศรษฐกิจจะมองว่าเรื่องของความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานว่าเป็นเรื่องที่รอได้เพราะมีสิ่งสำคัญมากกว่าคือ เรื่องการอยู่รอดและของตนและสมาชิกในครอบครัว
(เพ็ญจันทร์และลือชัย, 2537) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวัลลา (2540) พบว่าปัญหาทางด้านเศรษฐกิจการขาดความมั่นคงทางด้านการเงินทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาสนใจให้ความช่วยเหลือสนับสนุนดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 1 ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการมารับบริการจึงน่าจะเป็นตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสงขลา

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่อง แนวคิดและระบาดวิทยาของโรคเบาหวานนั้นจะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญจึงมีความจำเป็นและเป็นบทบาทสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการจัดให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นไปตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมาใช้บริการอย่างต่อเนื่องนั้น ตามแบบจำลองตัวกำหนดการมาใช้บริการสุขภาพของประชาชน (determinant of health utilization model) ภายใต้แนวคิดของโครเกอร์ (Kroeger, 1983) ได้อธิบายถึงตัวกำหนดที่ส่งผลต่อการไปใช้บริการออกสุขภาพเป็น 3 ตัวกำหนดดังนี้ ตัวกำหนดทางด้านประชากร (predisposing factors) ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ศาสนา อาชีพ สถานภาพ ขนาดครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ตัวกำหนดทางด้านการเจ็บป่วยและการรับรู้ (characteristics of disorder and their perception) ได้แก่ การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ความรุนแรงของโรค สาเหตุการเกิดโรค การคาดหวังผลการรักษาและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ตัว

กำหนดทางด้านการใช้บริการ (enabling factors or characteristics of the service) ได้แก่ ระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเชิงบูรณาการของโครเกอร์ (Kroeger, 1983) มาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดังนี้ ตัวกำหนดด้านการเจ็บป่วยและการรับรู้ ได้แก่ อาการของโรคเบาหวาน จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการรับการรักษา 2) ตัวกำหนดทางด้านประชากรและสังคม ได้แก่ ประเภทครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม และ 3) ตัวกำหนดด้านการรับบริการได้แก่ ระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ เป็นตัวกำหนดที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสงขลา