



พฤติกรรมกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน



เรือเอกหญิงนุสรา นิ่มน้อย

อธิบดี

จาก

กองทัพอากาศ ม.มหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2542

ISBN 974-663-533-6

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

กท

๖๔๕๖๖

๒๕๔๓

50525 ๑๒

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

.....

เรือเอกหญิง นุสรา นิ่มน้อย

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์

วท.บ.(พยาบาล); วท.ม.(พยาบาล), พย.ค.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ

ค.บ.(พยาบาล), ค.ม.(การบริหารการพยาบาล)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์เกียรติยศ ถิมถ้อยวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์พรรณวดี พุทธิวัฒนะ

วท.บ.(พยาบาล),วท.ม.(อายุรศาสตร์เขตร้อน)

วท.ค.(โภชนศาสตร์)

ปฏิบัติราชการแทน

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

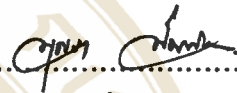
เรื่อง

พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

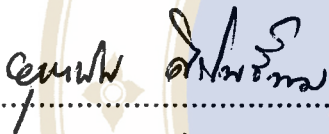
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 7 ธันวาคม 2542



เรือเอกหญิงนุสรา นิมน้อย

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม
วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์),ค.ม.
(การบริหารการพยาบาล), D.S.N.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์
วท.บ.(พยาบาล), วท.ม.(พยาบาล), พย.ด.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



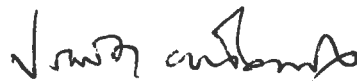
แพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ
วทบ.พบ., สสม.ม.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ
ค.บ.(พยาบาล), ค.ม.(การบริหารการพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์เลียงชัย ลิมล่อมวงศ์ Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ประกิต วาทีสาธกิจ
M.D., ABIM.
คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณา ความเสียสละ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และแพทย์หญิง เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ กรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาใช้เวลาอันมีค่าของท่านให้แนวคิด คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขความบกพร่อง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยเฉพาะผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลลา ตันยโยทัย ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำและเป็นທີ່ปรึกษาตั้งแต่แรก ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ภาษารองศาสตราจารย์ ดร. พรรณวดี พุรวัดนะ ที่ได้ให้โอกาสแก่ผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเจ้ากรมแพทยทหารเรือ ผู้บังคับบัญชาทุกระดับชั้นของกองทัพบกเรือที่ได้สนับสนุนให้ผู้วิจัยมีโอกาสศึกษาในระดับมหาบัณฑิต ขอขอบคุณ คณะครู พี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ ที่วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกเรือ ที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจและแบ่งเบาภาระงานในหน้าที่แก่ผู้วิจัย เพื่อนร่วมรุ่นในหลักสูตรปริญญาโท ที่เป็นห่วงใย โดยเฉพาะ คุณพินิจสุร ปัทมกร เจ้าหน้าที่หลักสูตรปริญญาโท ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก พยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและแผนกพยาธิ รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย คุณศุภโรจน์ เชิดชูวงศ์สันติ เจ้าของร้าน 213 คอมพิวเตอร์ ที่ให้ความช่วยเหลือและดูแลอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ให้สามารถใช้งานได้ดียิ่ง สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ห่วงใย และคุณองอาจ ขวัญใสธรรม สามิที่ให้กำลังใจ ห่วงใย ช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานในครอบครัว และช่วยจัดหาปัจจัยที่จำเป็นต่างๆ สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

เรือเอกหญิงนุสราน นิ่มน้อย

3736462 RAAN/M : สาขาวิชา : การพยาบาลผู้ใหญ่ ; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ : พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ / ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

นุสรรา นิ่มน้อย : พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (HEALTH SEEKING BEHAVIOR OF PATIENTS WITH NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ถดวาลัย อุ่นประเสริฐพงศ์, พย.ค., ประคอง อินทรสมบัติ, ค.ม. (การบริการการพยาบาล). 145 หน้า. ISBN 974-663-533-6

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษารูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบันและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพของไคลน์แมนเป็นแนวทางในการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและบันทึกแถบเสียง วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเกิดอาการผิดปกติกลุ่มตัวอย่างให้ความหมายว่าเป็นภาวะปกติ ร้อยละ 52.2 เป็นภาวะผิดปกติแต่ไม่เกี่ยวกับเบาหวาน ร้อยละ 26.1 และเป็นเบาหวาน ร้อยละ 21.7 ส่วนใหญ่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเป็นอันดับแรก ร้อยละ 78.3 ได้แก่ รอสั่งเกตอาการและรักษาตนเอง และใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ร้อยละ 21.7 ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน กลุ่มตัวอย่างอธิบายสาเหตุของเบาหวานว่าเกิดจากพฤติกรรมบริโภคมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพที่พบมี 3 รูปแบบคือ 1) ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพ ร้อยละ 76.7 2) ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว ร้อยละ 20.0 และ 3) ใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน ร้อยละ 3.3 ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพในแต่ละส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ และ 3) ปัจจัยด้านผู้รับบริการการดูแลสุขภาพ ปัจจุบันพบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว ร้อยละ 66.7 และใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมด้วย ร้อยละ 33.3 เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดกับเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกันและส่วนใหญ่ควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับไม่ดี ผลการศึกษานี้ทำให้เข้าใจการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและกระบวนการคิดตัดสินใจแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และเป็นแนวทางนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน โดยการผสมผสานระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย

3736462 RAAN/M : MAJOR : ADULT NURSING ; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEY WORDS : HEALTH SEEKING BEHAVIOR / PATIENTS WITH NON-INSULIN
DEPENDENT DIABETES MELLITUS

NUSARA NIMNOY : HEALTH SEEKING BEHAVIOR OF PATIENTS
WITH NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS THESIS ADVISORS :
LADAVAL OUNPARASERTPONG, D.N.S., PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed.
(NURSING ADMINISTRATION) 145 p. ISBN 974-663-533-6

This exploratory descriptive research is designed to explore patterns of health seeking behavior of patients with non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM). Factors which influence health seeking behavior, the alternative health care system sectors and Kleinman's model of health care systems were used to guide the study. The selected sample consisted of 30 patients with NIDDM. In-depth interviews and audiotape recordings were used to collect the data. Data were analysed by content analysis method.

Results of the study reveal that in defining the symptoms, 52.2% of the patients with NIDDM noticed that typical symptoms occurred but had no idea of what they were. 26.1% of the subjects suspected they were ill, but non-related to diabetes (DM). Only 21.7% of the subjects suspected they had DM. Concerning symptoms management, most of the subjects first used the popular sector such as waiting and self-treatment before they decided to seek care from alternative sectors both professional and folk (78.3%). Only 21.7% of the subjects used the professional sector such as government hospitals or private hospitals. Furthermore the subjects explained the cause of DM as dietary (33.3%). The health seeking behavior had three patterns : using both the popular and professional sectors, using only the professional sector, and using the popular, professional and folk sectors. They may have used 2-3 sectors at the same time or interchangeably. Factors influencing health seeking behavior included health care systems, health care providers and client factors. Today, most subjects use the professional sectors to treat DM(66.7%). 33.3% of the subjects combine the professional and popular sectors. However when comparing these two groups with the normal blood sugar level, both had a similar percentage of deficiencies of blood sugar levels, and most of them could not control the blood sugar level.

These results increase understanding of patients with NIDDM about the explanation of illness, the decision-making process of seeking health care, and provide information for developing a health care system for diabetic control. The three sectors of the health care system should be integrated consistently with each individual life style.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ญ
บทที่ 1	1
บทนำและกรอบทฤษฎี	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	4
คำถามการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2	12
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ	12
รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่กำหนด	18
พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ	
โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและการควบคุมโรคเบาหวาน	26
พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	34
บทที่ 3	40
วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	40
สถานที่ศึกษา	41
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย	41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	42
การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 (ต่อ)	
การตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	44
การตรวจสอบความตรงของข้อมูลเชิงคุณภาพที่วิเคราะห์เนื้อหา	44
บทที่ 4	ผลการวิจัย
ข้อมูลส่วนบุคคล	45
ภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	50
การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน	53
พฤติกรรมและการแสวงหาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรม-	69
การแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	
รูปแบบของพฤติกรรมและการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิด	88
ไม่พึ่งอินซูลิน	
ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบันกับ	90
ภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	
บทที่ 5	การอภิปรายผลการวิจัย
บทที่ 6	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ
บรรณานุกรม	128
ภาคผนวก	138
ก	แบบพิกซ์ลิทธิผู้ป่วยผู้ร่วมการวิจัย
ข	แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน
ค	แนวคำถามในการสัมภาษณ์พฤติกรรมและการแสวงหาการดูแลสุขภาพของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	142
ง	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
ประวัติผู้วิจัย	145

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	47
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือดขณะ อาหาร 2 ครั้งล่าสุดก่อนการสัมภาษณ์ เปรียบเทียบกับเกณฑ์การควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของ European NIDDM Policy Group	51
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือดขณะ อาหาร(FBS) และค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA _{1c}) เมื่อเปรียบเทียบกับ เกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ European NIDDM Policy Group	52
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรก ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน	55
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการให้ความหมายของ อาการที่เกิดขึ้น	57
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ เมื่อเกิดอาการผิดปกติครั้งแรกก่อนได้รับการวินิจฉัย	60
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการอธิบายสาเหตุการเกิด โรคเบาหวาน	63
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตัดสินใจความรุนแรงของ โรคเบาหวาน	66
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลกระทบต่อความเจ็บป่วย ด้วยโรคเบาหวาน	68
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรม การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล	78
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนแหล่งบริการสุขภาพ ที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล	80

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหา การดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ	87
13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรูปแบบของพฤติกรรมการ แสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพ	88
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรูปแบบของพฤติกรรมการ การแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว	89
15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรูปแบบของพฤติกรรมการ การแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	90
16	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระบบการดูแลสุขภาพที่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบัน และภาวะการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด	92
17	ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพและส่วนประชาชนที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิด ไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบันและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	93

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่

หน้า

- 1 แบบจำลองโครงสร้างภายในระบบการดูแลคุณภาพของไคลน์แมน

5



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสังคมไทยแหล่งหรือวิธีการรักษามีอยู่มากมายหลายรูปแบบและอาจกล่าวได้ว่าไม่มีระบบการดูแลสุขภาพส่วนใดส่วนหนึ่งที่สามารถตอบสนองแง่มุมต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยของประชาชนได้อย่างสมบูรณ์ หากแต่มีความเป็นพหุลักษณ์ (Pluralistic) ซึ่งหมายถึง ในสังคมหนึ่ง ๆ มีระบบการดูแลสุขภาพหลายระบบอยู่ด้วยกัน ดังนั้นสังคมนั้น ๆ จะมีระบบวิธีคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่หลายทฤษฎีซึ่งเป็นตัวกำหนด การดำรงอยู่ของระบบการแพทย์แบบพหุลักษณ์ขึ้นอยู่กับประชาชนเป็นผู้เลือก เป็นผู้ใช้ การเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยนั้นมีหลายวิธี ได้แก่การรักษาด้วยตนเอง การปรึกษาหารือกันในเครือข่ายทางสังคม ซึ่งจัดเป็นระบบการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชน การใช้บริการของสถานีนอนมัย โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ซึ่งเป็นส่วนวิชาชีพ และการรักษากับแพทย์พื้นบ้านด้วยยาสมุนไพรต่าง ๆ ด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ ซึ่งเป็นในส่วนพื้นบ้าน โดยมีผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมเป็นผู้กำหนดและเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพต่าง ๆ เหล่านี้ ตามแนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Explanatory model of illness) ของแต่ละบุคคล (Kleinman 1980: 184) ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณ์ในสังคมที่มีการแพทย์แผนตะวันตกเป็นระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพหลัก เป็นเครื่องแสดงถึงความแตกต่างระหว่างแนวคิดในเรื่องโรค และความเจ็บป่วย (ลือชัย ศรีเงินยวง และปรีชา อุปโยคิน ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่น ๆ, บรรณาธิการ, 2533: 68) การกำหนดและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาจึงเกิดขึ้นตามการรับรู้ ดีความ และวินิจฉัยความเจ็บป่วย ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้านซึ่งบางแง่มุมสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนมากกว่าจึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น (อาทร รวีไพบูลย์ และคนอื่น ๆ ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ, 2533: 265-268)

เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ความเชื่อ ความคาดหวัง บรรทัดฐานทางสังคมของผู้ป่วย จะกำหนดพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ และมีการติดต่อสื่อสารกับระบบการดูแลสุขภาพ

ทั้ง 3 ส่วน อย่างมีเป้าหมายเพื่อบำบัดรักษาความเจ็บป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้ป่วย กิจกรรมการรักษา และการประเมินผลการรักษาจึงเกิดขึ้นภายใต้โครงสร้างทาง วัฒนธรรม (Kleinman, 1980: 42) ดังเช่นการศึกษาในประเทศไทย (เพ็ญจันทร์ ประดับนุช, 2532: 55-60; เทพินทร์ พชรานุรักษ์, 2533: 54-67; พิมพ์วัลย์ ปรีชาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ ใน ลือชัย ศรีเงิน ขวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ, 2535 : 175-193) และจากการศึกษาของไคลน์แมน (Kleinman, 1980: 182-183) ในประเทศไต้หวัน พบว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วยประชาชนจะใช้ระบบ การดูแลสุขภาพจากทั้ง 3 ส่วน หากแต่มีรูปแบบพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยลักษณะของโรคและความเจ็บป่วยที่ยาวนาน จำเป็น ต้องได้รับการรักษาและควบคุมอาการ เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจำกัดอาหาร การออกกำลังกาย ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพใหม่ เพื่อให้เกิดความผาสุก และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีหน้าที่สำคัญในการดูแลตนเองโดยตรง ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดอาจให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ และเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ทางสังคม จิตใจ และเศรษฐกิจ เพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง

เบาหวานเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ตลอดจนกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ การรับรู้ ความรู้ และวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวานของผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงได้จากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือจากแหล่ง บริการสุขภาพที่มีอยู่หลากหลายในสังคม วิธีใดที่เคยรับรู้หรือมีผู้บอกเล่าว่าสามารถรักษา เบาหวานได้ ไม่ว่าจะเป็นวิธีการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชน ส่วนวิชาชีพ หรือส่วนพื้นบ้าน ผู้ป่วยจะทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพของแต่ละวิธี จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว แต่มีการเลือกและทดลองใช้ยาสมุนไพรหรือใช้ การรักษาทางไสยศาสตร์รักษาเบาหวานควบคู่กัน (นุสรา เกิดพึ้งบุญประชา, 2534: 31-32; ผกามาต นามประดิษฐ์กุล, 2536: 87-92; ภาวนา กิริติยวงศ์, 2537: 62-64) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความ รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และ/หรือการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง หรือผู้ป่วยเกิดมีเจตคติในทางลบต่อการมารับการรักษาในส่วนวิชาชีพ ผู้ป่วยเบาหวานจึงมีการติด ตามผลการรักษาไม่ต่อเนื่องเป็นเหตุให้ภาวะของโรคเบาหวานรุนแรงขึ้นจนไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาล ได้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังตามมา การนำแนวคิดทางการพยาบาล ของโอเร็ม (Orem) ในการดูแลตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เกิดความผาสุกในการ ดำรงชีวิตจึงมีความสำคัญ เพราะการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมาย โดยผู้ป่วย ได้มีการพิจารณาตัดสินใจ ผู้ป่วยจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เข้าใจความหมาย

ของข้อมูลและวิธีการรักษา เพื่อใช้ตัดสินใจกระทำและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการดูแลตนเอง พยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือ อำนาจความสะดวก ค้นหา และพัฒนาความสามารถ และลดความพร่องในการดูแลตนเอง (ประคอง อินทรสมบัติ, ใน สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ, 2534 : 156)

เบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมโรคหนึ่ง และเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถมีชีวิตร่วมกับโรคได้ หากสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ จากการศึกษาของอาทร รวีไพบูลย์ (ใน ลือชัย ศรีเงินขวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ, 2533: 265) เรื่องการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ร้อยละ 84 มีการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน ในจำนวนนี้ร้อยละ 52 ยังคงใช้ควบคู่กับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ส่วนร้อยละ 32 เคยใช้สมุนไพรแต่เลิกใช้ไปเพราะคิดว่าไม่ได้ผล และในปัจจุบันการรักษาโรคเบาหวานด้วยสมุนไพรบางอย่างได้รับการยืนยันด้วยข้อมูลทางวิทยาศาสตร์แล้วว่า สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้มีมากกว่า 40 ชนิด และในประเทศไทยได้มีการศึกษาวิจัยซ้ำ 30 ชนิดพบว่า 27 ชนิดเป็นทั้งสมุนไพรที่ใช้ปรุงอาหารและไม่ใช้ปรุงอาหาร มีผลลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่น กระถิน ตำลึง หอมใหญ่ กระเทียม หู้าหนวดแมว มะแว้งเครือ ลูกใต้ใบ เป็นต้น และที่ได้ทำการศึกษาวิจัยบ่อยครั้งและเป็นที่ยอมรับถึงผลของการลดน้ำตาลในเลือด เช่น มะระ โดยเฉพาะมะระขี้นก ว่านหางจระเข้ แต่อีก 3 ชนิด ไม่มีผลลดน้ำตาลในเลือด คือ มะขม ฟ้าทะลาย โจร เนียง (รุ่งระวี เต็มศิริฤทธิกุล, 2536: 118) นอกจากนี้ประสพการณ์การใช้สมุนไพรรักษาเบาหวานของประชาชนที่ยืนยันผลการใช้ ได้แก่ ตะไคร้ บอระเพ็ด มะเขือพวง ใบหูกวาง เป็นต้น (โอภาส เภฏฐากุล และพัชรี้ ตั้งตุลยางกูร, บรรณาธิการ, 2540: 47-60)

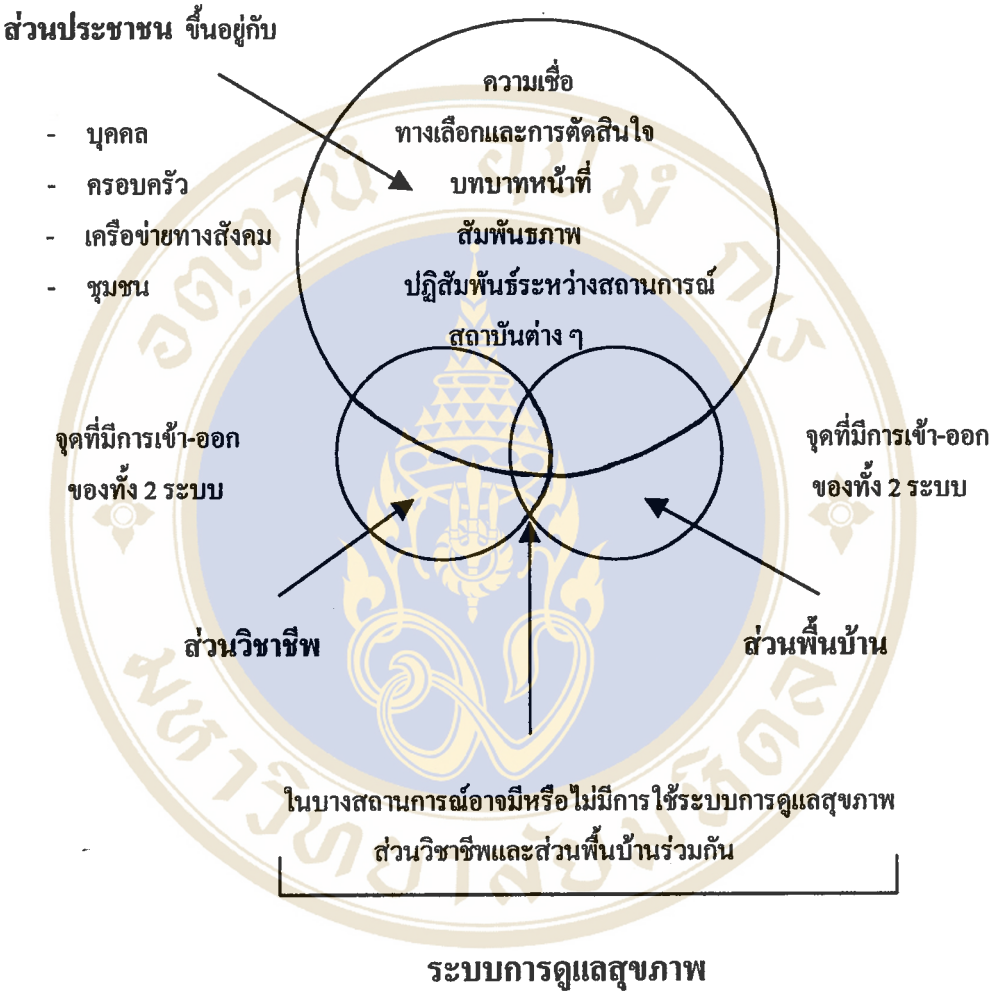
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการทำการศึกษถึง พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพได้รับรู้ถึงการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่กำหนด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการคิด ตัดสินใจในการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วย และให้คำแนะนำ ซึ่งแนะข้อมูลทั้งในด้านการเจ็บป่วยตลอดจนการดูแลรักษาที่ผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยตามวิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของคนไทย เพื่อประกอบการตัดสินใจและหาทางเลือกจากระบบการดูแลสุขภาพในส่วนต่าง ๆ ที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นให้น้อยลง

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ แนวคิดเรื่องระบบการดูแลสุขภาพของไคลน์แมน (Kleinman, 1980) เพื่อให้เข้าใจถึงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดในเรื่อง แนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ โครงสร้างภายในระบบการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ ดังนี้

ระบบการดูแลสุขภาพ ตามแนวความคิดของไคลน์แมน (Kleinman, 1980: 24-27) เป็นระบบซึ่งผสมผสานส่วนประกอบต่าง ๆ ของสังคมที่สัมพันธ์กับสุขภาพไม่ว่าจะเป็นแบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย บรรทัดฐานที่กำหนดทางเลือก และการประเมินผลการรักษา สถานภาพและบทบาททางสังคม สัมพันธภาพ สภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อคนสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยภายใต้ตัวกำหนดทางวัฒนธรรม โดยมีผู้ป่วยและผู้รักษาเป็นส่วนประกอบพื้นฐานของแต่ละระบบการดูแลสุขภาพ โดยต้องเข้าใจความคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การจัดการกับความเจ็บป่วย รวมทั้งความคาดหวังและการประเมินผลระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยใช้เข้าด้วยกันดังนั้นระบบการดูแลสุขภาพจึงประกอบด้วย 3 องค์ประกอบใหญ่ คือ การให้ความหมายของความเจ็บป่วย การอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วย และกระบวนการรักษาพยาบาล

ไคลน์แมน (Kleinman, 1980: 49-60) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพในลักษณะผสมผสานกล่าวคือ ระบบการดูแลสุขภาพหนึ่ง ๆ ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ 3 ส่วนที่เกี่ยวข้องกันคือ ส่วนประชาชน (Popular sector) ส่วนวิชาชีพ (Professional sector) และส่วนพื้นบ้าน (Folk sector) โดยทั้ง 3 ส่วนมีความแตกต่างกันในเชิงการอธิบายและแก้ไขความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉพาะของตนเอง มีความสัมพันธ์กันและดำรงอยู่ร่วมกันในสังคม (ดังแผนภูมิภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองโครงสร้างภายในระบบการดูแลสุขภาพของไคลน์แมน
(Kleinman, 1980: 50)

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน (Popular sector)

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นส่วนใหญ่ที่สุด และเป็นส่วนที่ความเจ็บป่วยถูกรับรู้ ดีความ และวินิจฉัยเป็นครั้งแรก พร้อมกับมีกิจกรรมการรักษาเกิดขึ้นเป็นแห่งแรกทั้งนี้ด้วยวิถีคิดและวิธีการแบบชาวบ้านธรรมดา มิใช่แบบวิชาชีพ หรือผู้ชำนาญการ ส่วนนี้ประกอบไปด้วยชุดความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมในหลายระดับ เริ่มจากบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชน ครอบครัวจะเป็นจุดเริ่มต้นและฐานการแก้ปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะด้วยบทบาทของผู้หญิง และผู้อาวุโสที่มีประสบการณ์ เป็นส่วนที่มีทางเลือกในการดูแลรักษาหลายชนิดเกิดขึ้นมากมาย ทั้งในด้านวิธีการ เทคนิคการรักษา และแหล่งการรักษา นับตั้งแต่การดูแลรักษาตนเองโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา การใช้สมุนไพร การงคอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งกรอบความคิดเกี่ยวกับสุขภาพในระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้เสมอ ในสหรัฐอเมริกาและไต้หวัน ประมาณร้อยละ 70-90 ของความเจ็บป่วยแต่ละครั้งถูกจัดการภายในส่วนประชาชนนี้ (Kleinman, 1980: 50) การรักษาตนเอง โดยบุคคลและครอบครัว เป็นการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยอย่างแรกๆ ที่ประชาชนส่วนใหญ่ใช้มากที่สุดและพบได้ในทุกวัฒนธรรมอย่างกว้างขวาง จากการศึกษารูปแบบการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนในสังคมไทยของ พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่นๆ (ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ, 2535: 179-185) พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชนของสังคมไทย ได้แก่ การไม่ปฏิบัติสิ่งใดเลยเพื่อรอดูอาการ การปฏิบัติตัวโดยไม่ใช้ยา การปฏิบัติโดยใช้ยาแผนปัจจุบันหรือยาสมุนไพรรักษาตนเองและการปฐมพยาบาล ทั้งนี้อาจเกิดจากประสบการณ์ที่ตนเองเคยเป็นมาก่อนหรือเคยฟังคำบอกเล่าของผู้อื่น หรือจากการเห็นผู้อื่นรักษา นอกจากนั้นอาจมีการปรึกษาผู้อื่น เช่น สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและผู้รู้ เป็นต้น

ความเชื่อและวิถีคิดตลอดจนการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทั้งที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ คือส่วนหนึ่งหรือเป็นส่วนที่มีฐานมาจากระบบความคิดแบบวัฒนธรรมชาวบ้าน การตัดสินใจมักครอบคลุมทางเลือกไว้หลาย ๆ ทาง บางครั้งครอบครัวอาจมองข้ามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยถือว่าเป็น “ความปกติ” หรือ “เป็นธรรมดา” ครอบครัวอาจตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เขารู้จักหรือเลือกขอคำปรึกษาจากเพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง หรือชาวบ้านที่มีความชำนาญการรักษาในเรื่องนั้น ๆ ว่าสมควรจะอย่างไร ในทำนองเดียวกันครอบครัวอาจตัดสินใจจะก้าวออกจากบริบทของการดูแลรักษาตนเอง เพื่อเข้าสู่บริการสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพหรือส่วนพื้นบ้าน

เมื่อบุคคลและครอบครัวตัดสินใจก้าวออกจากบริบทการรักษาตนเองโดยเข้าสู่การดูแลรักษาแบบวิชาชีพหรือที่บ้าน วิธีคิดและการตัดสินใจในการเลือก จะอยู่บนพื้นฐานการพิจารณาด้วยระบบความคิดแบบวัฒนธรรมชาวบ้าน โดยทั่วไปคนมักมองว่าระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพคือ ผู้ที่จัดและกำหนดรูปแบบทางเลือกของบริการสุขภาพให้กับประชาชน แต่แท้ที่จริงแล้วประชาชนเป็นผู้กำหนดกระบวนการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้วยการตัดสินใจว่าเมื่อใดควรจะไปขอความช่วยเหลือ และจากใคร เมื่อใดควรจะเปลี่ยนวิธีการรักษา รวมทั้งวินิจฉัยตัดสินใจว่าการรักษาถูกโรคหรือไม่ เขาพอใจในประสิทธิภาพการรักษาหรือไม่ โดยทั้งหมดนี้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนทำหน้าที่เป็นทั้งแหล่งการรักษาและตัวกำหนดวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่สำคัญที่สุด

ความแตกต่างของวิธีการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชน ส่วนหนึ่งเกิดจากสถานการณ์ที่หลากหลายของบุคคล เมื่อเกิดความเจ็บป่วยบุคคลในสถานการณ์หนึ่งอาจมีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัวที่กำลังไม่สบาย เป็นผู้ป่วย หรือเป็นผู้รับบริการในอีกสถานการณ์หนึ่ง ในแต่ละสังคมที่ดำรงความสัมพันธ์อยู่ความเจ็บป่วยจะถูกวินิจฉัย ตัดสิน รวมทั้งวิธีการรักษาเฉพาะหนึ่ง ๆ ก็จะถูกนำมาใช้ในแต่ละบริบทของสถานการณ์ โดยมีการสวมและถอดบทบาทต่าง ๆ มีการเลือกใช้และยกเลิกกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทในฐานะผู้ป่วยตามเงื่อนไขของแต่ละบุคคล จะเห็นว่าความหลากหลายของวิธีการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในส่วนของประชาชนเป็นสิ่งสะท้อนกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ ที่อยู่ภายในระบบและระหว่างส่วนของประชาชนกับส่วนอื่น ๆ ของระบบการดูแลสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ความรู้และเทคนิควิธีการ หรือทรัพยากร แม้ว่ากระบวนการดูแลสุขภาพจะเกิดขึ้นภายใต้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน แต่ความเชื่อและการปฏิบัติอาจมีการดัดแปลงมาจากส่วนวิชาชีพหรือส่วนพื้นบ้านได้

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน (Folk sector)

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ (เป็นอาชีพ) ที่ไม่ใช่รูปแบบของวิชาชีพแบบตะวันตก ไม่มีการจัดองค์กร อาจมีลักษณะทั้งถูกและผิดกฎหมาย จัดแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ ประเภทที่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ ไสยศาสตร์ จะใช้วิธีการรักษาด้วยหมอผีหรือหมอธรรม ใช้การรด ประพรม หรืออาบน้ำมันดี ใช้เวทมนต์คาถา และแบบที่ไม่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่น การรักษากับหมอพื้นบ้าน ซึ่งมีประสบการณ์การรักษาที่ซับซ้อนกว่าการรักษาตนเองของชาวบ้าน วิธีการรักษามีการใช้สมุนไพร ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วการ

แพทย์พื้นบ้าน มักผสมผสานวิธีการรักษาทั้ง 2 แบบ มีการรับเอาระบบความคิดของระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพและส่วนพื้นบ้านเข้าด้วยกัน ซึ่งภาพรวมของระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้านไทย ประกอบขึ้นจากระบบการแพทย์ย่อย ๆ ที่สังคมไทยได้สังเคราะห์ขึ้นและได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ เช่น หมอแผนโบราณ หมอไสยศาสตร์ หมอยา เป็นต้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่น ๆ , บรรณาธิการ, 2533: 92-110)

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ (Professional sector)

ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนวิชาชีพหมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบวิชาชีพ มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ และมีการปฏิบัติทางการแพทย์ในลักษณะที่มีวิทยาการขั้นสูงแบบตะวันตกเช่น โรงพยาบาล สถานือนามัย คลินิกแพทย์ เป็นต้น โดยมีแนวคิดตามหลักการทางชีวการแพทย์ (Biomedical model) ในการรักษา

ในบางสถานการณ์ ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชนอาจเชื่อมโยงระบบการดูแลสุขภาพในส่วนอื่นเข้าด้วยกัน จึงมีการย้ายเข้าและย้ายออกจากระบบการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชนสู่ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนอื่น ๆ ทั้งในส่วนพื้นบ้านและในส่วนวิชาชีพ และสามารถย้ายกลับเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชน ภายหลังการประเมินผลการรักษาว่าสามารถตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยได้เพียงพอหรือไม่ และในบางสถานการณ์ผู้ป่วยอาจตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนพื้นบ้านและวิชาชีพ หรือระบบการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชนและพื้นบ้าน หรือส่วนประชาชนและส่วนวิชาชีพควบคู่กัน หรือเลือกใช้ทั้ง 3 ส่วนภายในเวลาเดียวกัน เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วนนี้ต่างมีวิธีคิด แบบแผนความเชื่อ และกำหนดหลักเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมและการแสวงหาการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ตามแนวคิดการอธิบายความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการถ่ายทอดด้วยคำบอกเล่าของพ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ซึ่งล้วนแต่เป็นบุคคลรอบข้างและรวมไปถึงสื่อต่าง ๆ ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมีโอกาสได้พบเห็นด้วยตนเองหล่อหลอมกลายเป็นแนวคิดและนำไปสู่การปฏิบัติ (Luisa, 1989 อ้างถึงใน นุสรา เกิดพึ้งบุญประชา, 2534: 6) แนวคิดดังกล่าวสะท้อนถึงชนชั้นทางสังคม ความเชื่อทางวัฒนธรรม การศึกษา อาชีพ ศาสนา และประสบการณ์ในอดีตต่อความเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพ (Kleinman, et al., 1978: 251-258)

การที่บุคคลเจ็บป่วยย่อมหมายถึง ภาระและปัญหาต่าง ๆ ที่ครอบครัวและสังคมจะต้องแก้ไขให้คืนสู่สภาพเดิม เพราะผลของโรค / ความเจ็บป่วย ไม่ใช่เป็นปัญหาทางชีววิทยาเท่านั้น แต่มีผลทางสังคมและเศรษฐกิจด้วย พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ (Carpenito, 1993: 399) จึงเป็นภาวะที่บุคคลแสวงหาวิธีที่จะคงภาวะสุขภาพที่ดีหรือดีมากขึ้น การควบคุมอาการและอาการแสดงของโรคไว้ให้ได้ ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมในชุมชน โดยผู้ป่วยรับรู้ ตีความ และวินิจฉัยว่าเกิดความเจ็บป่วย และเริ่มเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเพื่อประเมินความเจ็บป่วยและตัดสินใจเลือกจะไปรับคำปรึกษาเมื่อไร กับใคร และวิธีใด ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชนทำหน้าที่เป็นแหล่งประโยชน์ และกำหนดการดูแลสุขภาพที่สำคัญปัจจัยที่ทำให้บุคคลเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพต่างกันขึ้นอยู่กับ การประเมินสาเหตุและความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบุคคลและเครือข่ายทางสังคม ปัจจัยทางโครงสร้างของสังคมเช่น เพศ การศึกษา ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ เป็นต้น

จากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของไคลน์แมน จะเห็นว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น การรับรู้ ตีความ และวินิจฉัยความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นภายใต้แนวคิด แบบแผนความเชื่อของผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน และแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในสังคม ซึ่งสะท้อนว่ามีความแตกต่างระหว่างแนวคิดการอธิบายความเจ็บป่วย และทางเลือกในการแสวงหาการดูแลสุขภาพในสังคม ผู้วิจัยจึงได้ใช้แนวคิดเรื่องระบบการดูแลสุขภาพของไคลน์แมน เป็นกรอบแนวคิดอธิบายพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยเลือกศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เนื่องจากเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานอย่างไร และมีพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยอะไรบ้างที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
3. ในปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี และมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ในช่วงวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น. ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2542

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในส่วนของการรับรู้อาการและการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรก การอธิบายสาเหตุและตัดสินความรุนแรงของโรคเบาหวาน ผลกระทบต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
2. เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญ และใช้ประโยชน์จากศักยภาพของระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมไทย ในการควบคุมโรคเบาหวาน
3. เป็นแนวทางในการวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ

นิยามตัวแปร

พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินตัดสินใจจัดการกับโรคเบาหวาน โดยเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 3 ส่วนคือ ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชน ส่วนพื้นบ้าน และส่วนวิชาชีพ เพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน

การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน หมายถึง การอธิบายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในเรื่องสาเหตุ อาการ การให้ความหมายอาการที่เกิดขึ้น การจัดกรกับ

อาการที่เกิดขึ้น การตัดสินใจความเสี่ยงของโรคเบาหวาน ผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์)

การตัดสินใจความเสี่ยงของโรคเบาหวานตามความรู้สึของผู้ป่วย โดยใช้ระดับคะแนนตั้งแต่ 1-10 ระดับคะแนน 1 หมายถึง ตัดสินว่าโรคเบาหวานมีความรุนแรงน้อยที่สุด และระดับคะแนน 10 หมายถึง ตัดสินว่าโรคเบาหวานมีความรุนแรงมากที่สุด โดยแบ่งระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 หมายถึง โรคเบาหวานไม่รุนแรง
คะแนนมากกว่า 4 ถึง 7 หมายถึง โรคเบาหวานรุนแรงปานกลาง
คะแนนมากกว่า 7 ถึง 10 หมายถึง โรคเบาหวานรุนแรงมาก

ภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ โดยใช้ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) และค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ซึ่งเป็นดัชนีบอกค่าน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา ค่าที่ได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยแบ่งเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตาม European NIDDM Policy Group ได้ดังนี้

ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) แปลผลได้ดังนี้

ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี หมายถึง ค่า FBS น้อยกว่า 110 mg/dl
ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง หมายถึง ค่า FBS ตั้งแต่ 110-140 mg/dl
ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี หมายถึง ค่า FBS มากกว่า 140 mg/dl

ค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) แปลผลได้ดังนี้

ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี หมายถึง ค่า HbA_{1c} น้อยกว่า 6.5 เปอร์เซ็นต์
ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง หมายถึง ค่า HbA_{1c} ตั้งแต่ 6.5-7.5 เปอร์เซ็นต์
ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี หมายถึง ค่า HbA_{1c} มากกว่า 7.5 เปอร์เซ็นต์

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับ
ดังนี้คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ
2. รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ
3. โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
4. พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

แนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ

แนวคิดทางมานุษยวิทยาและสังคมวิทยาการแพทย์เชื่อว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มี
วัฒนธรรมและอยู่ร่วมกันเป็นสังคม จึงได้พยายามหาทางเผชิญกับความเจ็บป่วย ผลผลิตของการ
เผชิญกับปัญหาได้ก่อให้เกิดเป็นสถาบันทางสังคม มีการสั่งสมเป็นแนวคิดทฤษฎีว่าด้วยสาเหตุและ
วิธีการแก้ไขความเจ็บป่วย มีการพัฒนาเทคนิควิธีการและผู้อำนวยการเพื่อรักษาความเจ็บป่วยนั้น
ผลผลิตแห่งกระบวนการปรับตัวทางสังคมและวัฒนธรรมเหล่านี้คือ สิ่งที่เราเรียกว่า ระบบการแพทย์
(Medical System) (ลือชัย ศรีเงินขวง และ ปรีชา อุปโยธิน ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่น ๆ,
2533: 65) องค์ประกอบที่สำคัญในระบบการแพทย์หนึ่ง ๆ นั้น ส่วนสำคัญคือ ส่วนที่เรียกว่า
ทฤษฎีการเกิดโรค และระบบการดูแลสุขภาพ โดยที่ทฤษฎีการเกิดโรคเป็นส่วนหนึ่งของระบบความเชื่อ
ที่ว่าด้วยธรรมชาติของสุขภาพ สาเหตุและผลของความเจ็บป่วยและหนทางที่เหมาะสมในการแก้ไข
ขณะที่ระบบการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการที่สังคมจัดการเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยตามกรอบและ
คำอธิบายจากทฤษฎีการเกิดโรค (Foster, 1978; Leslie, 1976 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ ประดับมุข,
2534: 18)

ดันน์ (Dunn, 1977 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2534: 19) ได้พิจารณาระบบการแพทย์โดยจำแนกตามลักษณะทางภูมิศาสตร์และทางวัฒนธรรมเป็น 3 ระบบ ตามขอบเขตการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์นั้นคือ ระบบการแพทย์ท้องถิ่น (Local medical system) เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น ผ่านการทดลองใช้และถ่ายทอดสืบต่อกันมาโดยไม่มีลักษณะวิชาการขั้นสูง ระบบการแพทย์ภูมิภาค (Regional medical system) เป็นระบบการแพทย์ที่มีลักษณะวิชาการสูงขึ้นมีการสังเกตอย่างเป็นระบบจนได้รับการยอมรับขยายไปในระดับภูมิภาค เช่น การแพทย์จีน การแพทย์อาหรับ เป็นต้น และระบบการแพทย์สากล (Cosmopolitan medical system) หรือระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ มีความเป็นวิชาการมากที่สุดได้รับการยอมรับจนแพร่หลายไปทั่วโลก ส่วนไคลน์แมน (Kleinman, 1980: 49-60) แนวคิดของเขาใช้คำว่า ระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน และระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ การที่บุคคลจะเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนใดขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ตัดสินใจตามความคิด ความเชื่อของแต่ละบุคคล

1. ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ถือเป็นระบบการดูแลสุขภาพตนเองขั้นพื้นฐาน และเป็นระบบการดูแลสุขภาพส่วนที่ใหญ่ที่สุด ความเจ็บป่วยถูกรับรู้ ตีความ และวินิจฉัยเป็นครั้งแรก พร้อมกับมีกิจกรรมการรักษาเกิดขึ้นเป็นแห่งแรก ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนมีความสำคัญมากในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของประชาชน การตัดสินใจจัดการรักษาความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับกรอบอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาในแต่ละสังคม ทั้งนี้ด้วยวิถีคิดและวิถีการแบบชาวบ้านธรรมดา ไม่ใช่แบบวิชาชีพหรือผู้ชำนาญการเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายตามกรอบอธิบายหรือตีความจากประสบการณ์ของตนเอง มีการปรึกษาเพื่อนญาติพี่น้องและพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ จากระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมนั้นๆ เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาหรือหมดไปก่อนที่บุคคลนั้นจะมาพบแพทย์ ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้เรียกว่า พฤติกรรมความเจ็บป่วย พฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของบุคคลจึงเป็นพฤติกรรมที่เป็นขั้นตอน เป็นพฤติกรรมที่มีการเคลื่อนไหวอย่างมีระดับขึ้นตามกระบวนการตัดสินใจในเรื่อง การประเมินอาการผิดปกติของร่างกาย การวินิจฉัยหาสาเหตุของโรค การพิจารณาเลือกแหล่งการรักษาที่เหมาะสม ตลอดจนมีการประเมินผลการรักษาในกรณีที่ไม่วายและการเลือกแหล่งการรักษาใหม่จนกระทั่งหายจากโรค ในกระบวนการตัดสินใจทั้งหมดนี้บุคคล

และเครือข่ายทางสังคม บุคคลใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และเพื่อนบ้าน ล้วนเป็นผู้มีบทบาทหลักในการตัดสินใจแทบทั้งสิ้น (Danesi & Adetunji, 1994: 344-351)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมความเจ็บป่วยจึงช่วยสะท้อนความคิด ความเชื่อต่าง ๆ ของบุคคลที่เคยเรียนรู้ว่าเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น พฤติกรรมของบุคคลจะเริ่มเปลี่ยนแปลงไป อาจปฏิเสธอาการผิดปกติ ร้องร่ำ หรือค้นหาวิธีแก้ไขอย่างเหมาะสมเท่าที่จะแสวงหาได้ เพื่อจัดหรือลดความเจ็บป่วย โดยพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่จะเริ่มภายในบ้านซึ่งเป็นที่ความเจ็บป่วยถูกรับรู้และให้ความหมายที่แน่นอน การรักษาจะถูกเริ่มต้นโดยสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจัดเป็นระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ไม่มีรูปแบบอย่างเป็นทางการกับผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพแต่จะเป็นการดูแลรักษาตนเองเป็นส่วนใหญ่ เช่น การใช้สมุนไพรภายในบ้านหรือซื้อจากร้านค้า พบได้มากกว่าร้อยละ 50 หรือในบางครั้งผู้ป่วยอาจต้องการคำยืนยันและแสวงหาคำรับรองที่ถูกต้องจนถึงขั้นแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์สากลตามลำดับต่อไป (Hunte & Sultana, 1992: 1385-1397) เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพและการรักษาตนเองในเด็กที่มีกลุ่มอาการท้องเสีย, ไอ, ไข้ และพยาธิ ของเดลกาโด และคนอื่น ๆ (Delgado, et al., 1994: 161-168) พบว่า ผู้เป็นแม่จะแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาตามคำแนะนำจากผู้หญิงที่อาวุโสกว่าในครอบครัว ขึ้นอยู่กับอาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่สถานบริการทางการแพทย์ ร้อยละ 8-38 โดยคำแนะนำจะอยู่ในรูปของการซื้อยาจากร้านขายยาหรือจากคนขายยา ส่วนแพทย์พื้นบ้านจะถูกปรึกษาน้อยมากเพียงร้อยละ 0-3

2. ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน เป็นระบบที่มีการปฏิบัติทางการแพทย์ (เป็นอาชีพ) ที่ไม่ใช่รูปแบบของวิชาชีพแบบตะวันตก ไม่มีการจัดองค์กร คำว่า “การแพทย์พื้นบ้าน” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Folk medicine ในภาษาไทยมีคำว่า หมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้าน หมอกลางบ้าน และที่เริ่มใช้กันมากขึ้นในปัจจุบัน คือ การแพทย์แผนไทย (ลือชัย ศรีเงินวง และรุจิราถ วรรณสิขุ, 2535: 21)

การแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง การดูแลสุขภาพ การรักษาเฉพาะกลุ่ม ยังไม่มีมาตรฐานที่แน่นอน เป็นความเชื่อที่มีการสืบทอด มีความหลากหลายในรูปแบบ และมักถ่ายทอดโดยตรงระหว่างครูกับศิษย์ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2542: 8) และเป็นระบบการรักษาโรคแบบประสบการณ์

ของชุมชนที่มีการคิดค้น พัฒนา สังคมและถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษ มีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ วิธีการวินิจฉัยและรักษาโรคจึงมีพื้นฐานอยู่บนความเชื่อทั้งที่เป็นวิทยาศาสตร์ ศาสนา และไสยศาสตร์ (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2538: 33)

ลักษณะเด่นของการแพทย์พื้นบ้านมี 2 ประการ คือ เป็นระบบการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic) มีแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่า ความเจ็บป่วยไม่ได้หมายถึง ความผิดปกติของร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่หมายถึงความผิดปกติของความสัมพันธ์ระหว่างคนในสังคมและคนกับสิ่งแวดล้อม การแพทย์พื้นบ้านไม่ได้แบ่งแยกจากศาสนา กฎหมาย คนและสังคม สุขภาพของบุคคลจึงเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นระบบของสังคม (มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะเภสัชศาสตร์, ภาควิชาเภสัชพฤกษศาสตร์, 2538: 244) นอกจากนี้การวินิจฉัยและการรักษาโรคในระบบการแพทย์พื้นบ้านอาศัยบริบททางสังคมและวัฒนธรรม มีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน มีพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมใกล้เคียงกับชาวบ้าน มีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย ครอบครัวมีโอกาสรับรู้และมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการรักษา ในสังคมไทยระบบการแพทย์พื้นบ้านจำแนกได้เป็น 4 ประเภท (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535: 3-28) คือ

1. ระบบการแพทย์แบบประสบการณ์ เป็นกระบวนการพื้นฐานและดั้งเดิมที่สุดในการแก้ปัญหาสุขภาพ เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในการเฝ้าระวังรักษาตนเองในชุมชนหนึ่ง ๆ มักมีความแตกต่างระหว่างท้องถิ่น อาจจำแนกรูปแบบการรักษาความเจ็บป่วยได้เป็น 3 ลักษณะคือ 1) การรักษาด้วยยากลางบ้าน เช่น ใช้สมุนไพรในครอบครัว 2) แบบแผนการปฏิบัติเฉพาะ เช่น ข้อห้ามต่าง ๆ ระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด และ 3) การรักษากับหมอพื้นบ้าน ซึ่งมีประสบการณ์การรักษาที่ซับซ้อนกว่าการรักษาตนเองของชาวบ้าน เช่น หมอรักษาริดสีดวงทวาร รักษาจูกัด เป็นต้น

2. ระบบการแพทย์แบบเหนือธรรมชาติ เป็นระบบการแพทย์บนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม มีการเชื่อมโยงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับอำนาจเหนือธรรมชาติ สิ่งศักดิ์สิทธิ์มีอำนาจการความเป็นไปของสรรพสิ่ง การเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำผิดระเบียบของสังคม ทำให้ถูกลงโทษ การรักษาความเจ็บป่วยจึงใช้วิธีการเช่น ไหว้บูชาผี ส่วนในสังคมที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของผีร้าย จะใช้วิธีการรักษาด้วยหมอผีหรือหมอธรรม ใช้การรด ประพรม หรืออาบน้ำมนต์ ใช้เวทมนต์คาถา

3. ระบบการแพทย์แบบโหราศาสตร์ ได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมพราหมณ์ ซึ่งมีความคิดว่าสภาพแวดล้อมในจักรวาลล้วนแต่สัมพันธ์กัน ชีวิตเกี่ยวข้องกับการโคจรของจักรราศี การเจ็บป่วยถือว่าเป็นเคราะห์ที่จะต้องเกิดขึ้น การรักษาจะเริ่มต้นที่การไปหาหมอจักรราศี ซึ่งในท้องถิ่นเรียกว่า หมอทายเลา หมอดำรา หมอมอ หรือหมอดู เพื่อดำหนดชะตาชีวิต หากความเจ็บป่วยนั้นเกิดจากเคราะห์ที่แก้ไขได้ จะใช้วิธีการรักษาโดยการสะเดาะเคราะห์หรือการเปลี่ยนแปลงวิถีของชะตาชีวิต เช่น การไว้ผมจุกในเด็กเล็กที่เจ็บป่วยบ่อย ๆ การเปลี่ยนชื่อ การยกให้เป็นลูกของพราหมณ์ เป็นต้น

4. ระบบการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ เป็นแนวคิดหนึ่งในระบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดีย โดยมีความคิดเกี่ยวกับการเกิด แก่ เจ็บ ตาย และมีวิญญาณ มนุษย์เมื่อเกิดมาแล้วก็มีลักษณะเฉพาะตัว เรียกว่าธาตุเจ้าเรือน ซึ่งสามารถแบ่งได้ทั้งหมด 18 กลุ่ม (บุคลิกลักษณะ) ที่เป็นจุดอ่อนจุดแข็งของมนุษย์แต่ละกลุ่มที่ไม่เหมือนกัน ตามลักษณะการผสมของธาตุ 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ซึ่งอันนี้ก็นับว่าเป็นวิทยาศาสตร์แบบสังเกต ความเจ็บป่วยเกิดจากการแปรปรวนของธาตุ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2540: 24-25)

การศึกษาของ ศุภเศรษฐ น้อยศรี (2531: 68) เรื่องความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม การใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขตพัฒนาสมุนไพร อำเภอนามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ยาสมุนไพรเป็นส่วนสำคัญในการรักษาของหมอพื้นบ้าน โดยส่วนใหญ่ใช้ลักษณะเป็นตำรับคือ ใช้ยาสมุนไพรหลายชนิดประกอบกัน มีส่วนน้อยที่ใช้สมุนไพรเดี่ยว

3. ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ

ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนวิชาชีพ เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบวิชาชีพ มีการจัดองค์กรเป็นทางการ และมีการปฏิบัติทางการแพทย์ในลักษณะที่มีวิทยาการขั้นสูงแบบตะวันตก โดยมีแนวคิดตามหลักการทางชีวการแพทย์ในการรักษา

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระดับการให้บริการออกเป็น 4 ระดับ เพื่อให้การใช้แหล่งทรัพยากรสาธารณสุขเกิดประโยชน์สูงสุดและครอบคลุมประชากรเพิ่มขึ้น ระดับของการบริการมีดังนี้ (อุคมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534 : 54-56)

1. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) เป็นการ จัดบริการระดับต้น โดยมุ่งให้ประชาชนช่วยเหลือตนเองในด้านความต้องการพื้นฐานของชีวิต ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงานเอง โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2. การบริการสุขภาพระดับที่ 1 (Primary care) เป็นการ จัดบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น ได้แก่ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน

3. การบริการสุขภาพระดับที่ 2 (Secondary care) เป็นการ จัดบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลโรคที่ซับซ้อนขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป

4. การบริการสุขภาพระดับที่ 3 (Tertiary care) เป็นการ จัดบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และจัดการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษและบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะทาง เพื่อให้การรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะโรค และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

การจัดบริการสุขภาพแต่ละระดับจะมีระบบการส่งต่อ (Referral system) เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในความเป็นจริงพบว่า ประชาชนบางส่วนยังไม่ได้ใช้ระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นไปตามลำดับของระบบบริการสุขภาพ ทำให้สถานบริการสุขภาพบางแห่งมีอัตราครองเตียงเกินกว่าร้อยละ 100 โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพระดับที่ 2 และ 3 ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือโรงพยาบาลของทบวงมหาวิทยาลัย ประชาชนส่วนหนึ่งไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพดังกล่าวโดยตรงไม่ได้ผ่านระบบการส่งต่อ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการจัดระบบบริการสุขภาพของรัฐมุ่งเน้นการพัฒนาแพทย์เฉพาะทาง ขาดแคลนแพทย์ทั่วไปที่มีความสามารถในการจัดการรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้น และเป็นการบริการเชิงรับทำให้ไม่สามารถเข้าถึงชุมชนได้เท่าที่ควร เมื่อเกิดการเจ็บป่วยประชาชนจึงไม่ได้ใช้ระบบบริการสุขภาพในท้องถิ่นก่อน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539: 41)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพทั้งในระบบการดูแลสุขภาพ ส่วนประชาชนและระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้านจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรศึกษา เพื่อได้ข้อมูลพื้นฐานมาพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมให้

ประชาชนพึ่งพาตนเองได้เพิ่มขึ้น
วัฒนธรรมของชุมชน

ซึ่งนับเป็นทางเลือกที่ดีและสอดคล้องกับวิถีชีวิตในสังคม

รูปแบบของพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ

การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดรูปแบบของพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชน โดยเฉพาะภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดความลำบากกับบุคคล ครอบครัว และสังคม ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อบทบาทของผู้ป่วย เพราะความเจ็บป่วยจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ทั้งหมด ความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วยหรือพิการ ระบบครอบครัวจะถูกกระทบกระเทือนเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย แม้ว่าการศึกษาไม่พบการหย่าร้างเพิ่มขึ้นในครอบครัวที่มีลูกเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่เกิดความยุ่งยากระหว่างสามี ภรรยา (ประครอง อินทรสมบัติ ใน สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ, 2534: 146-147) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ทั้งในเรื่องบุคลากร เทคโนโลยี บริการสนับสนุนและสูญเสียเวลาทำงานหรือต้องออกจากงาน ดังนั้นจึงต้องอาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด ซึ่งอาจทำหน้าที่ช่วยชีวิตเช่น เมื่อผู้ป่วยเบาหวานน้ำตาลในเลือดต่ำและไม่รู้สึกตัว ช่วยปกป้องหรือช่วยเหลือในข้อกำหนดเกี่ยวกับการรักษา เช่น การรับประทานยา การนอน การรับประทานยา ดังนั้นแหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล สิ่งของ เงินทอง แม้กระทั่งที่อยู่อาศัย จะช่วยผู้ป่วยเรื้อรังดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ พัฒนาได้เต็มตามศักยภาพ และยังเป็นแหล่งให้เกิดความหวัง กำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่และดูแลตนเอง

สุริย์ จันทโรโมลี (2535: 35) กล่าวว่า ครอบครัวของผู้ป่วยมีบทบาทและมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ญาติมีส่วนทั้งสนับสนุนและคัดค้านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพ และการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติจำนวนมากยังไม่สามารถให้ความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านได้ และจากการศึกษาของปิยะพรรณ เทียนทอง (2540: 35-36) เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยได้รับการ

สนับสนุนจากครอบครัวในด้านต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยแยกออกเป็นการสนับสนุนในด้านการรับฟังปัญหา การให้กำลังใจ การให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น เงินหรือสิ่งของ และการคิดว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

ในสังคมไทย เทพินทร์ พัชรานุรักษ์ (2533: 85-96) ศึกษาเฉพาะกรณีเรื่อง แนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านของประชาชนในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบลึกและการสังเกต พบว่าแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุแห่งความเจ็บป่วยของชาวบ้านคือ ความอ่อนแอของร่างกาย ความผิดปกติภายในร่างกาย เชื้อโรค ธรรมชาติ สิ่งเหนือธรรมชาติและเคราะห์กรรม เนื่องจากแนวคิดของแต่ละบุคคล ครอบครัวแตกต่างกันทำให้เกิดพฤติกรรมรักษาที่แตกต่างกันคือ ส่วนมากใช้การรักษาตนเองด้วยยาสมัยใหม่เป็นอันดับแรก การรักษาด้วยสมุนไพร ยากกลางบ้าน จากแพทย์แผนโบราณมีน้อยและพบเฉพาะบางลักษณะครอบครัวหรือบางลักษณะความเจ็บป่วย

และจากการศึกษาของเพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2534: 54-60, 87-97) ทำการศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านสุขเกษม อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร พบว่า แบบแผนความเจ็บป่วยของประชาชนมี 3 แบบแผนคือ แบบแผนที่ใช้การรักษาขั้นตอนเดียวหายร้อยละ 60 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด ส่วนใหญ่ใช้การดูแลสุขภาพตนเองหรือการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง รองลงมาคือ การไปแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแพทย์พื้นบ้านและโรงพยาบาล/คลินิกตามลำดับ แบบแผนที่ใช้การรักษา 2 ขั้นตอนหาย พบได้ร้อยละ 11 เท่านั้น ส่วนการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์พื้นบ้านมีปัจจัยจากการดำรงอยู่ของระบบความคิดเกี่ยวกับการอธิบายสาเหตุการเกิดโรคแบบพื้นบ้าน ความศรัทธาในการให้บริการ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้สมุนไพรในชุมชนที่สำคัญคือ ความรุนแรงและประเภทความเจ็บป่วย ตามการรับรู้สาเหตุซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังมักมีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ เนื่องมาจากการไม่ประสบผลสำเร็จและไม่พอใจบริการรักษาจากแหล่งใด ๆ ซึ่งอาจเคยใช้ยาแผนปัจจุบันแล้วไม่ได้ผล จึงหันมาใช้ยาแผนโบราณหรือใช้ทั้ง 2 ระบบพร้อม ๆ กัน นอกจากนั้นจากการศึกษาพบว่า แบบแผนการใช้ยาสมุนไพรของชุมชน ในการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยมี 5 ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ใช้สมุนไพรอย่างเดียว หมายถึง ใช้สมุนไพรชนิดเดียวในกระบวนการรักษาความเจ็บป่วยนั้น ๆ ส่วนใหญ่เป็นการใช้อย่างสด ๆ เช่น ว่านหางจระเข้ รักษาไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ขมิ้นรักษาอาการผื่นคัน เป็นต้น ซึ่งกลุ่มอาการที่รักษาด้วยสมุนไพรเดี่ยวส่วนใหญ่เป็นอาการเล็ก ๆ น้อย ๆ

2. ใช้สมุนไพรตำรับ หมายถึง การใช้สมุนไพรที่เป็นชุดของการรักษา ซึ่งมีมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ยาตำรับมีถึง 10 ตัวยา อาการความเจ็บป่วยที่รักษาด้วยสมุนไพรตำรับที่พบส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มโรคพื้นบ้าน

3. ใช้สมุนไพรสำเร็จรูป คือ สมุนไพรที่ถูกแปรรูปให้ใช้สะดวกขึ้น ร้านขายของชำในหมู่บ้านโดยทั่วไปมี ยาแดงเหล้า ยาฆางเด็ก และใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วยบางอย่างของประชาชน พบว่า ชาวบ้านไม่ค่อยนิยมมากนัก เนื่องจากเชื่อว่าประสิทธิภาพทางยาจะลดลง

4. ใช้สมุนไพรควบกับการปฏิบัติ เช่น การนวด ไม่กินของแสลง ของหมักดอง ความเจ็บป่วยที่พบได้แก่ ไข้ออกดุ่ม (หัด) การคลอด เป็นต้น

5. ใช้สมุนไพรควบกับยาแผนปัจจุบัน การรักษาด้วยวิธีนี้เป็นแบบแผนที่เกิดจากการปรับวิธีการรักษาขึ้นเอง โดยมีความเชื่ออยู่เบื้องหลังว่า การรักษาทั้ง 2 ชนิด จะไม่เกิดผลเสียและไม่ขัดกับความเชื่อของการดำเนินของโรคนั้น

พิมพ์วัลย์ ปริดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ (ในลือชัย ศรีเงินขวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ, 2535: 164-202) ได้ศึกษาชาวชนบทไทยในหมู่บ้านภาคอีสาน โดยการสัมภาษณ์ระดับลึกถึงรูปแบบของพฤติกรรมทางเลือกแหล่งรักษาเย็บยาความเจ็บป่วยทั้งหมดในรอบ 1 เดือน และปัจจัยที่กำหนด พบรูปแบบที่สำคัญ ๆ 7 รูปแบบด้วยกัน คือ

รูปแบบที่ 1 การดูแลรักษาตนเองโดยตลอด ร้อยละ 87.6 หมายถึง การเลือกที่จะดูแลรักษาตนเอง รวมทั้งการอดทนเพิกเฉยต่ออาการ ปล่อยไว้ให้หายเองหรือการรอดูอาการ เพื่อตัดสินใจแสวงหาวิธีการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่ง

รูปแบบที่ 2 การดูแลรักษาตนเองแล้วไปรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 4.4 หมายถึง เมื่อดูแลรักษาตนเองในขั้นแรกแล้วผลไม่เป็นที่น่าพอใจ จึงไปหาแพทย์แผนปัจจุบันได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด เป็นต้น

รูปแบบที่ 3 การรักษาโดยแพทย์พื้นบ้าน ร้อยละ 2.6 หมายถึง การไปหาแพทย์พื้นบ้านทันทีที่รู้สึกเจ็บป่วย โดยเป็นหมอที่เก็บเงินค่ารักษา ส่วนใหญ่มักเป็นโรคพื้นบ้านหรือโรคที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

รูปแบบที่ 4 การรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 2.3 หมายถึง การไปพบแพทย์แผนปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นสถานีนามัย หรือโรงพยาบาลทันทีที่เกิดความเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นอาการที่เฉียบพลัน หรือเป็นอาการที่รับรู้ว่าจะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน

รูปแบบที่ 5 การดูแลรักษาตนเองไปสู่แพทย์พื้นบ้าน ร้อยละ 1.7 หมายถึง มีการดูแลรักษาตนเองในขั้นแรก เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงไปรับการรักษาจากแพทย์พื้นบ้านต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นโรคพื้นบ้าน ปัจจัยที่กำหนดการเปลี่ยนวิธีการรักษา คือ ปัจจัยของการรับรู้และจากประสบการณ์ของตนเองและเครือข่ายทางสังคม ผสมผสานกับความเชื่อเรื่องสาเหตุและวิธีการรักษาโรค

รูปแบบที่ 6 การดูแลรักษาตนเองในขั้นตอนสุดท้าย ร้อยละ 1.0 หมายถึง การหันกลับมาสู่การรักษาตนเองในขั้นตอนสุดท้าย โดยในขั้นแรกอาจรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์พื้นบ้าน มักพบในกลุ่มอาการเรื้อรัง ปัจจัยสำคัญคือ ความล้มเหลวของการรักษาในขั้นต้นก่อน ๆ หรือความตระหนักรู้หรือคุ้นเคยกับวิธีการรักษาตนเองที่สามารถบรรเทาอาการของตนเองได้

รูปแบบที่ 7 การผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้าน ร้อยละ 0.5 หมายถึง การเริ่มต้นดูแลสุขภาพตนเองด้วยการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์พื้นบ้านไปพร้อมๆ กัน โดยมีปัจจัยสำคัญคือ ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ถึงความจำเป็นของการรักษาจากคำบอกเล่าจึงต้องการทดลองรักษาทั้ง 2 วิธี เพื่อให้หายขาดจากอาการที่น่าวิตกขึ้น

จากการศึกษายังพบว่า การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาถ้าต้องเสียค่าใช้จ่ายซึ่งส่วนมากเป็นค่ายา มักมีราคาไม่เกิน 10 บาท การรักษาด้วยระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้านส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 11-20 บาท ร้อยละ 66.7 กรณีใช้วิธีทางไสยศาสตร์ ค่าใช้จ่ายก็จะสูงขึ้นมากร การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันจะเสียค่าใช้จ่ายสูงที่สุด ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 52.4 จะมากกว่า 50 บาทต่อครั้ง ความคาดหวังที่จะหายจากโรคด้วยวิธีการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์พื้นบ้านมีความแตกต่างกัน ในด้านระยะเวลาของการประเมินผลการรักษา โดยประชาชนจะใช้เวลารอคอยผลการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันน้อยกว่าแพทย์พื้นบ้าน และเชื่อว่ายาสมุนไพรแม้จะออกฤทธิ์ช้าแต่รักษาโรคได้หายขาดอย่างแท้จริง เพราะรักษาทั้งสาเหตุและอาการของโรค ขณะที่แผนปัจจุบันจะรักษาเฉพาะอาการของโรคหายเร็วแต่ไม่หายขาดได้ มีการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงในกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ, 2540) โรคคลื่นหัวใจ (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2540) โรคความดันโลหิตสูง (ปฎิญา พรหมราช, 2540) โรคมะเร็งปากมดลูก (วไลพรพรรณ ชลสุข, 2540) และโรคเบาหวาน

(นริสา ศรีลาชัย, 2540 ; สุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์, 2540). ซึ่งเป็นโครงการวิจัยร่วมกันของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ร้อยละ 23-60 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ และได้ข้อสรุปเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยเป็นขั้นตอนดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ทั้งจากประสบการณ์ของตนเองที่เคยมี หรือได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งเข้ารับบริการสุขภาพซึ่งมีทั้งแหล่งบริการ เกิดขึ้นเมื่อประเมินได้ว่า อาการต่าง ๆ ไม่ทุเลา หรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงเริ่มแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพใหม่ที่คาดว่าจะช่วยรักษาอาการที่เกิดขึ้นให้หายเป็นปกติได้ ก็จะไปแสวงหาและเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งนั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการรักษา

ในประเทศไต้หวัน ไคลน์แมน (Kleinman, 1980: 187-195) ได้ศึกษารูปแบบพฤติกรรม การแสวงหาการดูแลสุขภาพของประชาชนเมื่อเกิดความเจ็บป่วยใน 1 เดือน โดยการสัมภาษณ์ พบว่ามี 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ

รูปแบบที่ 1 เลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนต่างๆ พร้อมกัน ในเวลาเดียวกัน โดยไม่มีการประเมินผลวิธีการรักษา มักพบในเด็กที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง

รูปแบบที่ 2 เลือกใช้วิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพทีละวิธีตามลำดับ ภายหลังการประเมินผลวิธีหนึ่งวิธีใดที่เลือกใช้ มีผลการรักษาไม่เป็นที่พอใจก็จะเปลี่ยนวิธีการรักษาอื่นๆ ต่อไป โดยอาจอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพเดิมหรือเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพก็ได้ มักพบในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันแต่ไม่รุนแรงถึงชีวิต

รูปแบบที่ 3 เลือกใช้วิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพในแต่ละส่วนควบคู่กัน ตามลำดับ ภายหลังการประเมินผลการรักษา ถ้าผลของวิธีการรักษาใดไม่เป็นที่น่าพอใจ จะมีการเลิกใช้และแสวงหาวิธีอื่นต่อไป ส่วนวิธีการรักษาใดที่ประเมินผลเป็นที่น่าพอใจจะยังคงใช้ควบคู่กันไปกับวิธีการรักษาใหม่ มักพบในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง

นอกจากนี้โคลน์แมน พบว่า ประเภทและความรุนแรงของอาการ วิธีการของความเจ็บป่วย ประเภทของบทบาทความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสาเหตุของความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงคุณค่าและประสบการณ์การใช้ระบบการดูแลสุขภาพรวมถึงปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ บทบาทในครอบครัว อาชีพ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคมของครอบครัว เชื้อชาติ ภูมิฐานะ ตลอดจนระยะทางจากแหล่งบริการสุขภาพ ลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดเป็นปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ ส่วนยังก์ (Young, 1981: 499-507) พบว่า ความรุนแรงของโรค ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อถือหรือความศรัทธาในประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพแบบต่าง ๆ และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะทางและระยะเวลาในการเดินทาง เป็นปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ

ในทวีปเอเชียตะวันออก (Rhi, et al., 1995: 190-209) มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการกำหนดรูปแบบของพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้และการแปลความหมายของความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่าย สภาพภูมิประเทศ และสถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน คนญี่ปุ่นส่วนใหญ่แสวงหาการรักษาจากการแพทย์แผนตะวันตก ขณะที่จีนและเกาหลีเลือกกระหว่างการแพทย์แผนตะวันตกและไสยศาสตร์หรือสมุนไพรพื้นบ้าน ส่วนชาวฟิลิปปินส์และมาเลเซียส่วนใหญ่จะแสวงหาการรักษาทางไสยศาสตร์ลำดับแรก ต่อมาจึงแสวงหาแพทย์แผนตะวันตก

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้จากสังคมและวัฒนธรรม แต่ละบุคคลอาจมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันหรือภายในสังคมเดียวกัน จึงทำให้เกิดรูปแบบของพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน ตลอดจนความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการเช่น ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการเดินทาง เป็นต้น

โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะคือ เบต้าเซลล์ ในกลุ่มของเซลล์แลนเกอร์ฮาน ที่อยู่ในตับอ่อนไม่สามารถหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือร่างกายสามารถสร้างอินซูลินได้ตามปกติ แต่อินซูลินไม่สามารถออกฤทธิ์ในระดับเนื้อเยื่อได้ ร่างกายจึงไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงานทำให้เมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เมื่อระดับน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้นขีดจำกัดของไตที่จะเก็บกักไว้ได้ปกติคือ เกินกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ก็จะถูกขับออกมาในปัสสาวะ จึงเรียกโรคนี้ว่า “เบาหวาน” นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีความผิดปกติในเมตาบอลิซึมของไขมันและโปรตีนด้วยจึงมีการสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานทดแทน ทำให้มีอาการปัสสาวะบ่อย, คอแห้งและดื่มน้ำบ่อย, หิวบ่อย รับประทานจุแต่น้ำหนักลด นอกจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น สาเหตุทางพันธุกรรม เชื้อชาติ และปัจจัยอื่น ๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมาก ความอ้วน การใช้ยาและฮอร์โมน เช่น ไทอาไซด์ ยากันชัก เฟนิลโดนิน และอายุที่เพิ่มมากขึ้น ล้วนเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Roberts, 1996: 42-44)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

ในปัจจุบัน สหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Diabetes Association) (1997: 1187-97) ได้ทำการทบทวนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานใหม่ โดยได้แนะนำให้ใช้ค่าพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. เป็นเกณฑ์เนื่องจากการทำ Oral glucose tolerance test (OGTT) ทำได้ยากและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่าการแปลผลค่าพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ค่าพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG) น้อยกว่า 110 มก. / ดล. ถือว่าปกติ ค่าพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG) ตั้งแต่ 110-125 มก./ดล. ถือว่าเป็น impaired fasting glucose (IFG) และค่าพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน

ในกรณีที่ทำการตรวจโรคเบาหวานโดยการใส่ (OGTT) การแปลผลค่าพลาสมา กลูโคสที่ 2 ชั่วโมงเท่านั้น คือ ค่าพลาสมา กลูโคสที่ 2 ชั่วโมง (2h PG) น้อยกว่า 140 มก. / ดล. ถือว่าเป็น normal glucose tolerance ค่าพลาสมา กลูโคสที่ 2 ชั่วโมง (2h PG) ตั้งแต่ 140-199 มก. / ดล. ถือว่าเป็น impaired glucose tolerance (IGT) และค่าพลาสมา กลูโคสที่ 2 ชั่วโมง (2h PG) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก. / ดล. ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากการใช้ค่า 2 h PG ที่ 140 มก. / ดล. จะตรวจพบคนที่มีความผิดปกติได้มากกว่าการใช้ค่า FPG ที่ 110 มก. / ดล. ดังนั้นจำเป็นต้องยัง ในการรายงานว่าใช้วิธีใดเป็นการตรวจหาความผิดปกติของกลูโคสเมตะบอลิซึม

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานใหม่ของสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ใช้พลาสมา กลูโคส ขณะอดอาหารอย่างเดียวนั้น ไม่ว่าจะเป็นการตรวจทางคลินิกหรือการตรวจทางระบาดวิทยา ซึ่งแตกต่างจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานขององค์การอนามัยโลก (WHO) (1998: 1856-60 อ้างถึงในรัชชาญ ตีโรจนวงศ์, 2541: 3-4) ซึ่งจะประกาศใช้อย่างเป็นทางการในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2541 นี้ กล่าวคือ เกณฑ์ใหม่ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ยังแนะนำให้ใช้ได้ทั้งพลาสมา กลูโคส ขณะอดอาหาร หรือการตรวจ 75 กรัม OGTT โดยที่เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานจะ อาศัยค่า FPG ที่ 126 มก. / ดล. เป็นเกณฑ์เช่นกันในกรณีที่มีการตรวจเฉพาะ FPG แต่ถ้ามีการตรวจ 75 กรัม OGTT เกณฑ์ในการวินิจฉัยจะอาศัยค่า FPG มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก. / ดล. และ/หรือ ค่า 2h PG หลัง 75 กรัม OGTT มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก. / ดล. สาเหตุที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ยังคงให้มีการใช้เกณฑ์ของ 2h PG หลัง 75 กรัม OGTT เนื่องจากพบว่าประชากรส่วน หนึ่งที่พบว่ามีค่า FPG น้อยกว่า 126 มก. / ดล. แต่มีค่า 2h PG มากกว่า 200 มก. / ดล. ซึ่งประชากรกลุ่มนี้พบว่า สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนทาง microvascular ได้เช่นกัน

ดังนั้นในปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานใหม่นี้ทำได้ 3 วิธี ซึ่งทั้งสามวิธีจำเป็นต้องได้รับการตรวจซ้ำอีกครั้งหนึ่งเพื่อยืนยันเสมอไม่ว่าจะใช้วิธีใดก็ตาม ดังนี้

1. มีอาการของโรคเบาหวานร่วมกับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ตามมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก. / ดล. (อาการของโรคเบาหวานได้แก่ คิมน้ำมาก, ปัสสาวะมาก และน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ)
2. ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก. / ดล. (ขณะอดอาหาร หมายถึง การงดรับประทานอาหาร หรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงานเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง)
3. ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมงหลังการตรวจ 75 กรัม OGTT มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก. / ดล.

การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน

การจำแนกประเภทโรคเบาหวานเดิมใช้ตามองค์การอนามัยโลก (WHO 1985) ซึ่งแบ่งประเภทของโรคเบาหวานตามลักษณะทางคลินิก ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Diabetes type I , Insulin Dependent diabetes mellitus , IDDM) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Diabetes type II , Non-Insulin Dependent diabetes mellitus , NIDDM) โรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition related diabetes mellitus, MRDM) และโรคเบาหวานที่มีสาเหตุจากอื่น ๆ ซึ่งแบ่งตามการรักษาแต่ไม่ได้บ่งถึงสาเหตุหรือพยาธิสรีรวิทยาของโรค ดังนั้นสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA 1997) และองค์การอนามัยโลก (WHO 1998) จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยให้ใช้คำว่า โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นการแบ่งตามสาเหตุและพยาธิสรีรวิทยาในการเกิดโรคแทน

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากการทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อน ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดจาก autoimmune ส่วนน้อยจะไม่รู้สาเหตุ โรคเบาหวานชนิดนี้จะมีแนวโน้มในการเกิด ketoacidosis ได้ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินของตับอ่อน ซึ่งเป็นโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยที่สุด การจำแนกประเภทโรคเบาหวานใหม่นี้ยังตัด MRDM ออกไป โดยเฉพาะ MRDM ชนิดที่เกิดจากภาวะการขาดโปรตีน (protein deficiency) ส่วน MRDM ชนิดที่มีหินปูนจับในตับอ่อนหรือ fibrocalculous pancreatic diabetes ปัจจุบันจะจัดอยู่ในโรคเบาหวานชนิดอื่น ๆ ที่มีสาเหตุจากโรคของตับอ่อน การที่จะบ่งว่าผู้ป่วยเบาหวานเป็นชนิดใดนั้นมักจะขึ้นอยู่กับสถานะขณะที่ได้รับการวินิจฉัยซึ่งอาจจะเป็นการยากที่จะบอกได้อย่างแน่ชัดในผู้ป่วยบางราย

เบาหวานเป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในโรคของต่อมไร้ท่อพบได้ประมาณ ร้อยละ 1-2 ของประชากรโลก (Farr & Watkinson, 1993: 1) การเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ทำให้การวินิจฉัยบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงง่ายขึ้น และมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ในปัจจุบันมีเพียง 1 ใน 2 ของประชาชนที่เป็นเบาหวานและได้รับการวินิจฉัยเท่านั้น การคัดกรองผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่อายุ 45 ปี และควรได้รับการตรวจซ้ำทุก ๆ 3 ปีในบุคคลที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ส่วนบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงควรเริ่มทำการตรวจเร็วขึ้นและทำการตรวจซ้ำบ่อยมากกว่าบุคคลที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้แก่ ความอ้วน (obesity) มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน คนที่มีโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือดสูง เป็นต้น

การค้นพบโรคเบาหวานในระยะแรกจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีกว่า และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานได้ (Mayfield, J., 1998: 1355-62)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งก่อนหน้านี้มักจะใช้คำเรียกว่าเป็น NIDDM , adult-onset diabetes เกิดจากการที่ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินและมีการหลั่งอินซูลินลดลงไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มักไม่จำเป็นต้องได้รับอินซูลินเพื่อการอยู่รอด แต่ในระยะหลังของโรคอาจต้องใช้อินซูลินเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาล ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะอ้วนซึ่งความอ้วนเองสามารถทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินได้ ผู้ป่วยบางคนที่ไม่อ้วนอาจพบว่ามี การเพิ่มขึ้นของปริมาณไขมันในบริเวณพุง โรคเบาหวานชนิดนี้จะไม่เกิดภาวะ ketoacidosis ขึ้นเอง ซึ่งถ้าเกิดภาวะ ketoacidosis ขึ้นมักจะมีภาวะ stress ที่ชัดเจน ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้ได้แก่ อายุมาก ความอ้วน และการไม่ออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบได้บ่อยในหญิงที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คนที่มีความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งความชุกของโรคนี้ยังแตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติอย่างมาก โรคเบาหวานชนิดนี้มักพบที่มีความสัมพันธ์กับพันธุกรรมมากกว่าชนิดที่ 1 (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ ใน วิทยา ศรีมาดา, บรรณาธิการ, 2541: 7-8)

ในประเทศไทย พบผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 3.4 - 6.0 ของประชากร (วิทยา ศรีมาดา และคนอื่น ๆ , 2540: 360) และร้อยละ 95 เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งส่วนมากพบในผู้ใหญ่ที่อายุเกิน 40 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (วรรณิ นิธิยานันท์, 2536 อ้างถึงใน อภิชาติ วิชาญรัตน์ ใน วิทยา ศรีมาดา, บรรณาธิการ, 2537: 1) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวาน และคิดเป็นร้อยละ 5-6 ของประชากรชาวอเมริกัน (Savage, et al., 1996: 1243-1248)

โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นโรคที่เรื้อรังรักษาไม่หายขาด และมักจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากร่างกายไม่ตอบสนองต่ออินซูลินเนื่องจากมีน้ำหนักตัวมาก หลักเกณฑ์การรักษาจึงไม่ควรเริ่มใช้ยาตั้งแต่เริ่มต้นถ้าไม่จำเป็นควรใช้วิธีการควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสมในช่วงระยะเวลาหนึ่ง อย่างน้อย 2-3 เดือนหลังจากนั้น ถ้าไม่ได้ผลจึงควรใช้ยาเม็ดและยาฉีดอินซูลินตามลำดับ (Josse, 1995: 167-172) ในบางกรณีเท่านั้นที่จำเป็นต้องใช้ยาตั้งแต่ต้นร่วมกับการควบคุมอาหาร

ชนิดของยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ sulfonylureas, biguanide, alpha-glucosidase inhibitors และ thiazolidinedione โดยแต่ละชนิดมีกลไกการออกฤทธิ์ ดังนี้

Sulfonylureas ออกฤทธิ์โดยทำให้ เบต้า เซลล์ ของตับอ่อนตอบสนองต่อน้ำตาลกลูโคสได้ดีขึ้นโดยมีการหลั่งอินซูลินมากขึ้น ผลของ sulfonylureas โดยตรงต่อ insulin sensitivity ยังไม่แน่ชัด ยาจะถูกทำลายที่ตับ และถูกขับออกทางไตในรูป active หรือ inactive metabolite (ขึ้นกับชนิดของยา) ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยเฉพาะ chlorpropamide และ glibenclamide น้ำหนักตัวเพิ่ม ส่วนผลข้างเคียงอย่างอื่นพบน้อย และไม่แตกต่างกันระหว่าง sulfonylureas แต่ละชนิด ยกเว้น chlorpropamide ซึ่งมีผลข้างเคียงที่จำเพาะ ได้แก่ การเกิด hyponatremia และ alcohol-flush ยา sulfonylureas แบ่งตามระยะการออกฤทธิ์ เป็น 2 ชนิด คือ ออกฤทธิ์ยาว ได้แก่ chlorpropamide (ชื่อการค้า diabenese) glibenclamide (ชื่อการค้า เช่น daonil, euglucon) และออกฤทธิ์สั้น ได้แก่ gliclazide (ชื่อการค้า diamicon), glipizide (ชื่อการค้า minidiab), gliquidone (ชื่อการค้า glurenor) และ glimepiride (ชื่อการค้า amaryl)

Biguanide ออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งขบวนการ gluconeogenesis ที่ตับ ทำให้ระดับปล่อยกลูโคสน้อยลงและอาจไปเพิ่ม insulin sensitivity ที่ peripheral tissue ด้วย ยาจะถูกขับออกทางไต ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ท้องเสีย ไม่สบายท้อง อาการอาจดีขึ้นเองได้เมื่อใช้ยาติดต่อกันสักระยะ ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ lactic acidosis จะพบในกรณีที่ใช้ในผู้ป่วยที่มี renal insufficiency หรือในผู้ป่วยที่มีโรคที่เสี่ยงต่อการเกิด lactic acidosis อยู่แล้ว เช่น โรคตับ โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ใช้หรือใช้ด้วยความระมัดระวังในกรณีดังกล่าว ข้อดีของ biguanide ซึ่งแตกต่างจากยาในกลุ่ม sulfonylureas คือ ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิด hypoglycemia และน้ำหนักตัวจะไม่เพิ่มขึ้นหรืออาจลดลงในบางราย ชื่อการค้าของกลุ่มนี้ ได้แก่ metformin

alpha-glucosidase inhibitors ที่มีจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ acarbose และ voglibose ออกฤทธิ์โดยแย่งจับกับเอนไซม์ alpha-glucosidase บริเวณผนังลำไส้เล็ก alpha-glucosidase ทำหน้าที่ย่อยสลาย oligosaccharides (dextrins, maltotriose) และ disaccharides (maltose, sacrose) ให้เป็น monosaccharide (glucose, fructose) เพื่อดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย ยาในกลุ่มนี้

ทำให้การดูดซึมของน้ำตาลลดลงและช้าลงดังนั้นจะช่วยลดระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหารเป็นส่วนใหญ่ อาจช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าได้บ้างแต่ไม่มากนัก ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ ท้องอืด แน่นท้อง ผายลมบ่อย ถ่ายเหลว ปวดท้อง โดยเฉพาะถ้าใช้ยาในขนาดสูง

Thiazolidinedione มีฤทธิ์เพิ่ม insulin sensitivity ในกล้ามเนื้อ ไขมัน และ adipose tissue โดยไปเพิ่ม activity ของ insulin receptor ทำให้ลดภาวะ insulin resistance และลด hepatic glucose production ยาในกลุ่มนี้เช่น pioglitazone englitazone

การเข้าใจพยาธิสภาพและปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานมีความสำคัญมากในการป้องกันและควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินหน้าที่ของแพทย์ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไม่ใช่จำกัดเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น จำเป็นต้องรักษาโรคอื่นๆ ที่พบร่วมกันด้วยเช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอื่น ๆ การรักษาโรคเบาหวานแต่ละคนที่อยู่ในสถานะแตกต่างกันย่อมจะไม่เหมือนกัน การรักษาโรคเบาหวานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์จำเป็นต้องควบคุมให้ชีวเคมีที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากการขาดอินซูลินหรือภาวะดื้ออินซูลินให้กลับสู่ปกติ หลีกเลี่ยงและลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคแทรกซ้อนเร็วขึ้น ในการควบคุมให้ระดับกลูโคสเหมือนคนปกติตลอดเวลาทำได้ยาก และทำไม่ได้ในผู้ป่วยทุกรายหรือไม่จำเป็นในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ

การรักษาโรคเบาหวาน ควรจะตั้งเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย และให้การศึกษาข้อมูลความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยทราบเป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานว่าเป็นอย่างไร และพยายามให้ผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ร่วมกัน การควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีผู้ป่วยเบาหวานควรปฏิบัติดังนี้(ไพบูลย์ จาตุรปัญญา, 2536: 28)

1. ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความอ้วนจะทำให้ร่างกายทั้งหมดเกิดความเครียด
2. งดอินซูลินหรือรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง
3. ดูแลรักษาตา ฟัน ผิวหนังและเท้า เรื่องนี้สำคัญเพราะหากเกิดอาการอักเสบขึ้นจะทำให้การควบคุมเบาหวานยากกว่าเดิม
4. ออกกำลังกายตามตารางที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ
5. งดสูบบุหรี่ เพราะอันตรายจากบุหรี่อย่างหนึ่ง คือทำให้หลอดเลือดหดตัว มีผลให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก

วิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ดีในปัจจุบันพบว่า ยังเป็นปัญหาอยู่มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ หากน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งทางหลอดเลือดขนาดใหญ่(macrovascular) และหลอดเลือดขนาดเล็ก(microvascular) ซึ่งประกอบด้วย retinopathy, nephropathy และ neuropathy โดยเฉพาะหลอดเลือดขนาดเล็ก ปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ยังคงเป็นประเด็นสำคัญทางการแพทย์ที่ทีมสุขภาพกำลังพยายามช่วยเหลือ จึงมีผู้ให้ความสนใจศึกษาหาคำตอบมากขึ้นเพื่อการควบคุมเบาหวานให้ได้ดีขึ้น (Strowig & Raskin, 1992: 1126-1136)

ลันด์แมนและอิงสตรอม (Lundman & Engstrom, 1998: 157-164) ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชาวสวีเดนที่ได้รับการดูแลรักษาจากศูนย์บริการสุขภาพ โดยวิธีการควบคุมอาหาร, การใช้ยาเม็ดชนิดรับประทานและการใช้ยาฉีดอินซูลิน พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการวัดค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.2 % (ค่าปกติ 4.0-5.3%) และพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ retinopathy, nephropathy และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่น ผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีค่าเฉลี่ย HbA_{1c} สูงนานเกิน 10 ปี พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กสูงขึ้น (Nakagami, et al., 1997: 621-622 ; Tamaka, et al., 1998: 116-120)

ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ถึงร้อยละ 42.7 และยังพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานในอัตราค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน (วนิดา มะระขงค์ และคนอื่น ๆ , 2534: 203-211) ดังนั้นการพัฒนาไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานน่าจะเป็นผลของความเกี่ยวเนื่องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้สำเร็จโดยการทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงปกติอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการชะลอหรือป้องกันการทำลายหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาเบาหวาน ในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยเบาหวานต้องจ่ายเงินถึง 100 ล้านดอลลาร์ต่อปี (Eastman, et al., 1997: 740) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยทั่วไประดับน้ำตาลในเลือดจะไม่แกว่งมาก ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารและออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมสิ่งเหล่านี้ได้อย่างเข้มงวดไปตลอด หรือบางครั้งจะมีภาวะเครียดไม่ว่าจะเป็นทางร่างกาย

หรือจิตใจมากระทบ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดแกว่งขึ้นหรือลงได้ ดังนั้นการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารตลอดคืน (fasting blood sugar) ที่ OPD ในวันที่มาตรวจอย่างเดียว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นระยะเวลา 1-3 เดือนต่อครั้ง ไม่เพียงพอต่อการที่จะบ่งชี้ถึงการควบคุมเบาหวานได้ดีจริงหรือไม่ ควรต้องมีวิธีการตรวจติดตามและประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหรือในปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้าน รวมทั้งการตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเฉลี่ย (HbA_{1c}) ที่คลินิก (Nathan, 1991: 86-91)

จากการศึกษาเกณฑ์ที่ใช้ในการวัดว่าผู้ป่วยควบคุมเบาหวานได้ดีหรือไม่นั้นแพทย์ที่ให้การรักษาแต่ละคนจะเป็นผู้กำหนด ส่วนใหญ่อาจรู้ได้จากการตรวจปัสสาวะและการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะซึ่งสามารถทำได้สะดวกแต่ก็มีข้อเสียคือ ถ้าไตผิดปกติจะไม่สามารถตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะทั้งก่อนหรือหลังอาหารได้ ผลที่ได้อาจไม่สัมพันธ์กับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากขณะที่ปัสสาวะถูกเก็บกักอยู่ในกระเพาะปัสสาวะเมื่อน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าที่ไตปกติจะรับได้ มักจะเท่ากับ 150-200 มิลลิกรัม น้ำตาลจะทันออกมาในปัสสาวะ ความทนของไตต่อระดับน้ำตาลในเลือดของแต่ละคนแตกต่างกัน โดยเฉพาะคนที่มีอายุน้อยไตมีความทนต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง โดยทั่วไปความทนของไตต่อระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้น มักจะสูงขึ้นตามอายุ สำหรับคนสูงอายุบางคนกว่าน้ำตาลจะออกมาในปัสสาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดก็จะต้องสูงเกินกว่า 200 มิลลิกรัม (วรรณิ นิธิยานันท์ และคนอื่นๆ , 2530: 28)

เดิมการวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรงที่รู้จักกันว่า fasting blood sugar (FBS) เป็นวิธีเดียวที่ใช้ โดยมักจะเจาะเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าภายหลังอดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงพบว่า ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการควบคุมเบาหวานก่อนที่จะมาตรวจเบาหวาน เช่น การควบคุมอาหารอย่างดีเพียงไม่กี่วันก่อนมาโรงพยาบาลเพื่อให้ระดับน้ำตาลปกติ แต่ในขณะที่ระยะเวลาที่เหลือไม่ได้ปฏิบัติตัวดังกล่าว การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดในระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้เปรียบเทียบการควบคุมเบาหวานได้ยาก

ปัจจุบันการวัดระดับ glycosylated protein ชนิดต่าง ๆ จึงเป็นตัวบ่งชี้ถึงการควบคุมเบาหวานที่ดีมากกว่าการใช้ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าเพียงครั้งเดียว ระดับ glycosylated protein เกิดจากการคั่งของน้ำตาลในเลือดที่ไปจับกับสาร โปรตีนของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายแล้วน้ำตาลยังไปจับกับโปรตีนที่ลอยอยู่ในกระแสเลือด โดยจับแบบไม่สามารถหลุดออกเป็นน้ำตาลโมเลกุลอิสระได้อีก จนกระทั่งโปรตีนเหล่านั้นสลายไปและมีการสร้างขึ้นใหม่ทดแทนปฏิกิริยานี้เกิดขึ้นมากน้อยขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้นในเลือดและระยะเวลาที่ระดับน้ำตาลสูงขึ้น

การวัดเปอร์เซ็นต์ของน้ำตาลที่เกาะกับโปรตีนดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นถึงผลการปฏิบัติในการควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างแท้จริง โปรตีนในเลือดที่นิยมวัดเปอร์เซ็นต์น้ำตาลที่จับอยู่ด้วยกัน คือฮีโมโกลบิน (Hemoglobin : Hb) ซึ่งเป็นโปรตีนที่อยู่ในเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดแดงของคนปกติ ประกอบด้วยฮีโมโกลบินต่าง ๆ กัน คือ HbA ร้อยละ 90, HbA₂ ร้อยละ 2, HbF ร้อยละ 1 ที่เหลืออีก ร้อยละ 7 เป็นHbA_{1c} เกิดจากโมเลกุลของ กลูโคสไปจับกับ HbA ทำให้โครงสร้างเปลี่ยนไปเป็น HbA_{1a1} HbA_{1a2} HbA_{1b} อย่างละประมาณ ร้อยละ 1 และ HbA_{1c} ร้อยละ 4 HbA_{1c} จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ ความเข้มข้นของปริมาณน้ำตาลในเลือด การรวมตัวของฮีโมโกลบินและกลูโคสจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของเม็ดเลือดแดงซึ่งมีอายุ 120 วัน (วัลลา ตันตโยทัย และ อติชัย สงดี ใน สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ, 2534: 241-268) การวัดปริมาณฮีโมโกลบินเหล่านี้จึงบอกภาวะการควบคุมโรคเบาหวานในช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมาได้ ค่าเปอร์เซ็นต์ (%) ของ HbA_{1c} ที่สูง แสดงว่ามีการควบคุมไม่ดีและค่าที่ต่ำแสดงว่ามีการควบคุมดี (American Diabetes Association, 1998: 70) ระดับ HbA_{1c} จึงเป็นตัววัดระดับน้ำตาลเฉลี่ย ซึ่งปัจจุบันใช้เป็นตัวชี้บ่งถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ถูกใช้มาเป็นระยะเวลาเกือบ 20 ปี ในการวัดผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวในผู้ป่วยเบาหวาน ความสำคัญของ HbA_{1c} เพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ปัจจุบัน HbA_{1c} ถูกพิจารณาว่าเป็นมาตรฐานสำหรับการควบคุมเมตาบอลิซึมในผู้ป่วยเบาหวาน ระดับ HbA_{1c} ที่ใกล้เคียงค่าปกติแสดงถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นได้ (Jeppsson, et al., 1996: 142-145)

The Landmark Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) ยังใช้ HbA_{1c} เป็นตัววัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และใช้เป็นเครื่องแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อการพัฒนา และความก้าวหน้าของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (Carter, et al., 1996: 764-767) แม้ผลการวัดระดับ HbA_{1c} จะสามารถบอกถึงการควบคุมโรคเบาหวานในระยะยาวได้ แต่ก็ยังไม่เป็นที่นิยมใช้กับผู้ป่วยเบาหวานทุกรายเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างสูงกว่า สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าค่า FBS มักคงที่ มีความแปรปรวนระหว่างวันน้อยมาก จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ค่า FBS และ HbA_{1c} มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นผู้ป่วยที่รักษาโดยการกินยาและอาการไม่รุนแรง จึงนำเอาค่า FBS มาเป็นเกณฑ์ในการประเมินการควบคุมเบาหวานได้เป็นอย่างดี โดยการเจาะเลือดนาน ๆ ครั้ง เช่น ทุก 4-6 สัปดาห์ หรืออาจตรวจ HbA_{1c} ร่วมด้วยก็ได้ ในทางปฏิบัติแพทย์ผู้ให้การรักษาจะเป็นผู้พิจารณาเกณฑ์ที่ใช้ในการควบคุมเบาหวาน เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย



การควบคุมโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยทั่วไป เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ควรพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติที่สุด ยังไม่มีตัวเลขที่แน่นอนว่าควรจลระดับน้ำตาลในเลือดลงมาให้อยู่ในระดับใด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เสนอโดย European NIDDM Policy Group นอกจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว การควบคุมความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือด ตลอดจนการแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องทำไปพร้อม ๆ กัน เพื่อลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลสำหรับ intensive therapy ก็ระดับน้ำตาลในเลือดที่ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดว่าควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีเพียงใด European NIDDM Policy Group ได้กำหนดเป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินไว้ดังนี้ (ซัลลิต รัตสาร ใน วิทยา ศรีดามา, บรรณาธิการ, 2541: 18-19) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ค่าระดับ FBS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 110 mg/dl และค่า HbA_{1c} น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.5 เปอร์เซ็นต์ การควบคุมระดับน้ำตาลได้ปานกลาง หมายถึง ค่าระดับ FBS อยู่ระหว่าง 110 - 140 mg/dl และค่า HbA_{1c} อยู่ระหว่าง 6.5 - 7.5 เปอร์เซ็นต์ ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี หมายถึง ค่าระดับ FBS มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mg/dl และค่า HbA_{1c} มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7.5

ในความเป็นจริงมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ แม้แต่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบางแห่ง ซึ่งมีโครงการสอนผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะพบว่า การควบคุมโรคโดยอาศัยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) อยู่ในเกณฑ์ควบคุมไม่ดีถึงร้อยละ 89 โดยมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA_{1c} ร้อยละ 11.9-12.3 (รัชตะ รัชตะนาวัน และคนอื่น ๆ, 2530: 183-189) และโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งผู้ป่วยที่มาคลินิกมีระดับ FBS สูงกว่า 150 mg/dl ร้อยละ 51.35 (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ และคนอื่น ๆ, 2536: 20-25) จากการศึกษาของผกามาศ นามประดิษฐ์กุล (2536: 87-92) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ปัจจัยด้านลักษณะประชากร เศรษฐกิจ การปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและปัจจัยด้านจิตสังคม มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

โรคเบาหวานนับว่าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมโรคหนึ่ง ในปัจจุบันประชาชนมีโอกาasจะเป็นเบาหวานได้มากขึ้นจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดผู้ที่ เป็นเบาหวานจึงต้องศึกษาหาวิธีให้อยู่กับเบาหวานอย่างผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติที่สุดดังกล่าวข้างต้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีองค์ประกอบหลายอย่าง การใช้ยาเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งเท่านั้น ส่วนที่สำคัญควบคู่กันคือ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การที่แพทย์แผนปัจจุบันพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการกำหนดแบบแผนพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามนั้นจึงไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะแบบแผนพฤติกรรมของมนุษย์นั้นเกิดจากระบบสังคม วัฒนธรรมที่หล่อหลอมขึ้นมาเป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตของกลุ่มคนในสังคมหนึ่ง ๆ บ่อยครั้งที่วิธีการของแพทย์แผนปัจจุบันที่กำหนดขอบข่ายการเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเองของแพทย์มีความหมายเพียงให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจโรคเบาหวานด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอ ที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันได้ โดยไม่ได้พิจารณาถึงเงื่อนไขหรือปัจจัยอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่เข้ามามีบทบาทต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

ไคลน์แมน (Kleinman, 1980: 83-113) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า หัวใจสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาของแพทย์นั้น เป็นเรื่องของการสื่อสาร และให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยเป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากพื้นฐานความคิดหรือระบบความคิด ความเข้าใจต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว เจ้าหน้าที่สุขภาพจึงต้องคำนึงถึงโรคและความเจ็บป่วย เพราะความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพนำไปสู่การดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ (อุมา จันทวิเศษ, 2539: 8) ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกันของผู้ป่วย พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจึงแตกต่างกัน ในขณะที่แพทย์พยายามมุ่งเน้นที่การลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสำคัญ แต่เป้าหมายหรือความคาดหวังของผู้ป่วยอาจเพียงต้องการให้ตนเองสามารถทำงานได้ตามปกติหรือบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยไม่ทำให้สุขภาพแย่ลงกว่าเดิมเพียงเท่านั้น

จากการศึกษาผู้ป่วยชาวแมกซิกัน-อเมริกัน ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินไม่น้อยกว่า 1 ปีจำนวน 19 คน พบว่า แนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานและแพทย์แผนปัจจุบันไม่ตรงกัน (Iuyas, 1991: 681-692) และถ้าขาดการรับรู้และแลกเปลี่ยนแนวคิด

หรือทัศนคติของกันและกัน ย่อมทำให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยตามมา เช่น ผู้ป่วยไม่พึงพอใจการดูแลรักษาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยขาดการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Kleinman, 1987 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 8)

บุศรา เกิดพึงบุญประชา (2534: 32-33) ศึกษาแนวคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานมานาน พฤติกรรมการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยโดยภาพรวมหลังจากทราบว่าตนเป็นเบาหวานจะไปรับการรักษาจากสถานบริการที่ตนเองมีความเชื่อถือว่าจะทำให้หายจากโรคได้เป็นแห่งแรก และเมื่อรักษาในช่วงระยะเวลาหนึ่งเมื่อไม่มีทีท่าว่าจะทำให้หายจากโรคผู้ป่วยจะแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพใหม่ โดยใช้ “ลักษณะเฉพาะของสถานบริการ” เป็นส่วนตัดสินใจเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพจากแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่งหรือใช้ระยะเวลาในการเดินทาง การประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นต้น นอกจากการเดินทางไปรักษาในแหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ แล้ว พฤติกรรมที่พบในผู้ป่วยเบาหวานคือ การใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณร่วมด้วย การใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณร่วมด้วยที่พบ แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยเคยใช้ยาสมุนไพรในอดีตและปัจจุบันยังคงใช้อยู่ควบคู่ไปกับยาแผนปัจจุบัน โดยมีความเชื่อว่ายาสมุนไพรแม้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ยังพอกุมไม่ให้ระดับน้ำตาลขึ้นสูงมากผิดปกติ เมื่อใช้ร่วมกับยาของโรงพยาบาล

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่เคยใช้ยาสมุนไพรในอดีตแต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะใช้ยาสมุนไพรในระยะแรก ๆ เพราะคิดว่าจะทำให้หายขาด หลังจากนั้นระยะหนึ่งจะรู้สึกถึงขั้นตอนที่ยุ่งยากหรือรสชาติที่เพื่อนของยาสมุนไพรไม่ได้และไม่เห็นผลของการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้หายขาดได้ จึงตัดสินใจเลิกใช้ยาสมุนไพร คงเหลือแต่ยาของโรงพยาบาลเท่านั้น

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่ไม่เคยลองใช้ยาสมุนไพรเลยด้วยเหตุผลว่าไม่เชื่อผลของยาสมุนไพรหรือจากประสบการณ์ที่เคยเห็นบุคคลใกล้ชิดใช้แล้วไม่ได้ผล

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ใช้ยาสมุนไพรตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน และประเมินผลการรักษาด้วยยาสมุนไพรยังคงต้องใช้การวัดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำ เพราะไม่มีวิธีการอื่นที่เชื่อถือได้มากนัก แต่ก็มียาบางรายที่ใช้การสังเกตอาการของตนเองร่วมกับระดับน้ำตาล แต่ยังเชื่อผลของระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า

จากการศึกษาของ ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์ (2535: 36-37) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเชื่อว่าจะรักษาไม่หายขาดจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานยาจะเป็นไปอย่างถูกต้อง และมีความต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในการรับประทานยา ส่วนผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าจะรักษาไม่หายขาดจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานยาจะเป็นไปอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอในระยะแรก ๆ เท่านั้น เมื่อผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายจากโรค ผู้ป่วยก็จะหยุดยาเองโดยที่แพทย์ไม่ได้บอกให้หยุด โดยเกณฑ์ที่ผู้ป่วยเบาหวานใช้ในการตัดสินใจความรุนแรงของโรคคือ อาการทางคลินิก การรักษา ระยะเวลาในการรักษา และระดับน้ำตาลในเลือด เป็นเกณฑ์ตัดสินใจว่าโรคเบาหวานมีความรุนแรง

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในระยะแรกมักพร้อมที่จะทดลองการรักษาแบบต่าง ๆ ตามที่มีคำแนะนำ หลายรายยอมรับว่ากำลังทดลองอยู่ และ/หรือคิดว่าจะทดลองดู จากข้อมูลที่ได้พบว่ามี การทดลองดื่มน้ำปัสสาวะตนเอง ใช้น้ำมันไพร ใช้น้ำมันบ้าน ใช้น้ำมันปัจจุบัน ทำการฝังเข็ม ใช้เครื่องกระตุ้นด้วยไฟฟ้า และอื่น ๆ การทดลองการรักษาแผนปัจจุบันคือ การรับการรักษาจากโรงพยาบาล คลินิกเอกชน สถานิออนามัยและร้านขายยา พบว่าในระยะแรก ๆ ผู้ป่วยเบาหวานมักไปทดลองรักษาตามคลินิกเอกชน หรือสถานรักษาต่าง ๆ ที่มีผู้บอกเล่าว่ารักษาดี ทำให้มีลักษณะของการย้ายสถานที่รักษาไปเรื่อย ๆ เมื่อพบว่ารักษาไม่ได้ผล (ลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้) และเมื่อเริ่มรู้ว่าการรักษาจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมักจะหยุดการแสวงหาสถานที่รักษาใหม่ ๆ แต่จะเลือกโรงพยาบาลเป็นที่รักษาประจำ การใช้น้ำมันหรือพืชสมุนไพร พบว่าเป็นที่นิยมมากในการทดลองรักษาเบาหวาน เนื่องจากความเชื่อในเรื่อง “ขมิ้นแก้หวาน” พืชและยาสมุนไพรส่วนใหญ่ที่ใช้ทดลองรักษาเบาหวานจึงมักจะมีรสขม เช่น บอระเพ็ด ฟักทะลายโจร ลูกใต้ใบ และสะเดา เป็นต้น การประเมินผลของการทดลอง มี 3 ประเภทคือ ผลลบ ผลบวก และผลเป็นกลาง เกณฑ์ในการประเมินผลมักจะใช้ระดับน้ำตาลในเลือด และอาการทั่วไป จากความรู้สึกของผู้ป่วยในการประเมินผลว่าดีหรือไม่ เราตัดสินใจในการที่จะทดลองต่อไปหรือไม่ นั้น จะขึ้นกับการประเมินผลนี้ (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, 2540: 71-91)

ในประเทศไทย โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง มูลนิธิสุขภาพไทย มีรายงานว่ามีผักและผลไม้บางชนิดสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตัวอย่างสมุนไพรรักษาเบาหวานที่ได้รับการศึกษาเช่น “ลูกใต้ใบ” จากการศึกษพบว่า น้ำสกัดจากลูกใต้ใบทั้งต้นสามารถลดน้ำตาลในเลือดได้ทั้งในกระต่ายที่เป็นเบาหวานและกระต่ายปกติ สำหรับประสิทธิภาพของชาบ้านให้เอาลูกใต้ใบทั้งต้นและราก 1 กำมือ ต้มดื่มครั้งละ 1 แก้ว วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร ในการรักษาโรคเบาหวานและแก้ไข้เรื้อรังด้วย “ว่านหางจระเข้” ในประเทศไทยได้มีการทดลองนำน้ำวุ้นสดและ

น้ำวุ้นที่เตรียมให้คงตัวมาศึกษา พบว่าการได้น้ำวุ้นหรือยาเตรียมน้ำวุ้นเพียง 1 ครั้ง จะไม่ได้ผลลดน้ำตาลในหนูที่เป็นเบาหวาน แต่ถ้าได้น้ำวุ้นทุกวันเป็นเวลานานจะเริ่มเห็นผลได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่สอง (โอภาส เภฏฐากุล และพัชรี้ ดังตุลยางกูร, บรรณาธิการ, 2540: 10-18) นอกจากนี้พืชผักสวนครัวบางชนิดที่ใช้ปรุงอาหารเป็นประจำจากการศึกษาพบว่ามิถุทธิลดน้ำตาลในเลือดได้ เช่น “กระเทียม” จากผลการวิจัยในสัตว์ทดลอง พบว่ากระเทียมสด สารสกัดกระเทียมด้วยแอลกอฮอล์หรือคลอโรฟอร์มและกระเทียมผง มิถุทธิลดน้ำตาลในเลือดได้ สารสำคัญที่ออกฤทธิ์คืออัลลิซิน (allicin) โดยสารนี้จะไปกระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินมากขึ้น หรือไปทำให้อินซูลินอยู่ในรูปอิสระ (free insulin แทน bound insulin) จึงส่งเสริมให้มีการใช้น้ำตาลได้มากขึ้น “ใบกะเพรา” ตามตำรายาพื้นบ้านใช้เป็นยาขับลม บำรุงธาตุ แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ จากการทดลองในสัตว์ทดลองโดยป้อนสารสกัดใบกะเพราที่สกัดด้วยแอลกอฮอล์ 50 เปอร์เซ็นต์ ให้กับสัตว์ทดลองที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง พบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ และ“ตำลึง” จากการทดลองใช้น้ำคั้นจากใบและเถาตำลึง น้ำคั้นจากผลดิบ และสารสกัดเถาตำลึงด้วยแอลกอฮอล์พบว่า มิถุทธิลดน้ำตาลในเลือดกระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวานได้ นอกจากนี้ยังมีการทดลองในคนโดยให้ คนไข้โรคเบาหวานทั้งชายและหญิงรับประทานตำลึงวันละ 2 ครั้ง พบว่าสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงได้ (วันดี กฤษณพันธ์, 2537) “มะระขี้นก” ใช้ผลสด นำมาต้มหรือประกอบเป็นอาหารใช้รับประทาน มีคุณค่าในการช่วยบำบัดโรคเบาหวาน บำรุงธาตุหรือใช้ผลแห้งนำมาบดให้ละเอียด ใช้โรยบริเวณที่เป็นแผล ใช้ทาแก้คันหิด และโรคผิวหนัง เป็นต้น (วิทย์ เทียงบุญธรรม, 2536: 634-635)

นอกจากนี้สมุนไพรบางชนิดที่ผู้ป่วยเบาหวานนิยมรับประทานเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด แต่จากการทดลองพบว่าไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้ เช่น “ฟ้าทะลายโจร” โดยฤทธิ์และประโยชน์ทางยาใช้รักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและบิดไม่มีตัว ใช้แก้เจ็บคอ และใช้ภายนอกเป็นยารักษาฝีหนอง ไม่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด (รุ่งระวี เต็มศิริฤทธิกุล, 2536: 118) และจากการศึกษาพจนานุกรม สมุนไพรไทย (วิทย์ เทียงบุญธรรม, 2536) เกี่ยวกับสมุนไพรที่ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่นิยมนำมารับประทานเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีสรรพคุณในการลดระดับน้ำตาลในเลือด ดังตัวอย่างเช่น “บอระเพ็ด” ดินและเถามีสรรพคุณใช้รักษาโรคพิษฝีดาษ โรคไข้เหนือ โรคไข้พิษทุกชนิด รักษาอาการร้อนใน ทำให้เจริญอาหาร ช่วยขับน้ำย่อยในอาหาร ระงับความร้อน รักษาโลหิตพิการและช่วยระงับอาการสะอึก “ตะไคร้” ทั้งต้นมีสรรพคุณใช้เป็นยารักษาโรคหิด แก้ปวดท้อง ขับปัสสาวะและแก้หิวทกโรคหรือทำเป็นยาทานวดก็ได้ และยังใช้ร่วมกับสมุนไพรชนิดอื่นรักษาโรคได้ เช่น บำรุงธาตุ เจริญอาหารและขับเหงื่อ ดิน “ผักปลาบ” เป็นยาเจริญอาหาร แก้โรคเรื้อน เป็นยาระบาย แก้อาการระคายเคือง

ที่ผิวหนัง บรรเทาอาการปวด ตัน “ขลุ” ใช้ต้มกิน รักษาอาการขัดเบา ปัสสาวะพิการ ขับปัสสาวะ ใช้รับประทานวันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหารครั้งละ 75 มก. หรือ 1 ถ้วยชา นอกจากนี้ ยังใช้รักษาโรคผิวหนังที่ต่อมน้ำเหลือง โรคเบาหวาน โรคผิวหนังทวาร

จากการศึกษา ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้สมุนไพรรักษาเบาหวานโดยส่วนใหญ่พบว่ายังคงใช้ยาแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก พฤติกรรมการรักษาด้วยยาสมุนไพรและแพทย์พื้นบ้านอื่น ๆ (ที่พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย) มักเป็นเพียงการทดลองมากกว่ายึดมั่นอย่างจริงจัง และสุดท้ายมักลงเอยด้วยการกลับมารักษาเบาหวาน แหล่งข้อมูลที่สำคัญมาจากทั้งผู้ป่วยด้วยกันเอง (โดยเฉพาะพวกตำรายาต่าง ๆ) และพวกเขาเร่ (ลือชัย ศรีเงินขวง และคนอื่น ๆ , 2536) ด้วยสถานะเศรษฐกิจในปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะต่ำลง การรับผิดชอบต่าง ๆ มีมากประกอบกับการบริการสุขภาพไม่ทั่วถึง การมารับบริการสุขภาพแต่ละครั้งต้องผ่านขั้นตอนมากมาย ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก โดยเฉพาะสถานบริการสุขภาพของรัฐ ระยะเวลาที่พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพแต่ละครั้งใช้เวลาสั้น ๆ ขณะที่เสียเวลารอเป็นชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อการมารับบริการจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ บางรายจึงต้องหันไปรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น ทางไสยศาสตร์ สมุนไพร แม้ว่าการรักษาด้วยไสยศาสตร์ เช่น การสะเดาะเคราะห์ การรดน้ำมนต์ จะเป็นความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วย แต่อย่างน้อยก็ช่วยประคับประคองจิตใจให้ดีขึ้น และยาสมุนไพรในปัจจุบันก็ได้รับการยืนยันว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้หลายชนิดและมีการเผยแพร่ความรู้ต่าง ๆ ให้ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้มากขึ้น ดังกล่าวข้างต้น สำหรับผู้ป่วยที่ใช้การรักษาด้วยยาหม้อหรือยาลูกกลอน ซึ่งมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ (Steroid) ก็อาจจะเป็นอันตรายได้ การรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้ยาได้ถูกต้องก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของเบาหวานในระยะเวลารวดเร็วได้

นริสา ศรีลาชัย (2540: 109-110) ได้ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพมี 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ การให้ความหมายและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุดคือ ปัสสาวะบ่อย จะให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นว่า “ไม่ทราบว่าเป็นอะไร” มากที่สุด การจัดการกับอาการตามการให้ความหมาย จะใช้วิธีการรอสังเกตอาการก่อนเป็นอันดับแรก และระยะเวลารอสังเกตอาการนาน 1-6 เดือนมากที่สุด เมื่อประเมินอาการแล้วว่าอาการไม่ทุเลาหรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น จะมีการขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่นก่อนไปพบแพทย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะไปขอคำปรึกษาจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งบริการและการเข้ารับบริการสุขภาพ มีทั้งที่รับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ศึกษาเลย และไปรับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการอื่นก่อนเช่น คลินิก แหล่งรักษาแผนโบราณ สถานีอนามัย ร้านขายยา โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลในสังกัดต่าง ๆ ตามลำดับ เหตุผลสำคัญของการเลือกเข้ารับบริการสุขภาพในแหล่งบริการสุขภาพอื่น คือมีบุคคลแนะนำหรือพามา อยู่ใกล้บ้าน ชื่อเสียงของแหล่งบริการ รู้จักและคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการรักษาและการเปลี่ยนแปลงแหล่งบริการสุขภาพ พิจารณาจากการรับรู้การภายหลังการรักษา การรับรู้ต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพิ่มขึ้น และด้วยลักษณะของโรคที่ไม่หายขาดต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จึงมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เนื่องจากโรคเบาหวาน ไม่ใช่เป็นเพียงปัญหาทางชีววิทยาเท่านั้น แต่มีผลทางสังคมและเศรษฐกิจด้วย ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเลือกใช้ครั้งแรกอาจไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยในเวลาต่อมา การแสวงหาการดูแลสุขภาพจึงเกิดขึ้น เช่น การปรึกษาขอคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน การรักษาแบบพื้นบ้าน และการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพส่วนวิชาชีพใหม่ ซึ่งข้อมูลที่ได้ยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน การอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในด้านต่าง ๆ และปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลให้ได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมและได้รับการรักษาเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Exploratory descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบันและภาวะการควบคุมโรคเบาหวาน

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตรวจในคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive criteria) จำนวน 30 คน ตามคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี
2. ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยการควบคุมอาหารหรือยาชนิดเม็ดรับประทาน
3. อายุ 40 ปีขึ้นไป
4. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้วิจัยได้
5. มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

คุณสมบัติที่คัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนของโรครุนแรง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการแสวงหาการดูแลสุขภาพเช่น ภาวะไตวาย อัมพาต ถูกตัดแขนขา ตาบวมมากจนการมองเห็นผิดปกติ ความจำเสื่อม มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2. อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์

สถานที่ศึกษา

สถานที่ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ซึ่งเปิดบริการตรวจรักษาทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น. การจัดสถานที่แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนนอกเป็นบริเวณให้ผู้ป่วยนั่งพักระหว่างรอตรวจและที่นั่งสำหรับพยาบาลพบผู้ป่วย ส่วนในกันเป็นห้องตรวจ 6 ห้อง เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ประจำแผนกอายุรกรรม จำนวน 5-6 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน พยาบาลเทคนิค 5 คน มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตรวจรักษาประมาณวันละ 30-40 คน

ขั้นตอนการมารับบริการตรวจของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแน่ชัดว่าเป็นเบาหวาน และมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน ในวันตรวจผู้ป่วยจะนำบัตรประจำตัวผู้ป่วยไปขึ้นแฟ้มประวัติที่แผนกเวชระเบียนและนำมาวางที่คลินิกเบาหวาน หลังจากนั้นผู้ป่วยต้องไปเจาะเลือดที่ตึกพยาธิ รับประทานอาหารเช้าตามอัตรากายและรอนำผลเลือดกลับมาที่คลินิกเบาหวาน เพื่อรอเจ้าหน้าที่พยาบาลจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ ผู้ป่วยจะได้รับการวัดค่าความดันโลหิต น้ำหนักตัวและบันทึกผลเลือดลงในแฟ้มประวัติและพูดคุยพร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นรายบุคคลตามคิว จากพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค และรอเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์ตามลำดับ

ในห้องตรวจ

เมื่อผู้ป่วยได้รับการเรียกชื่อเพื่อเข้าตรวจจากแพทย์ แพทย์จะใช้เวลาในการตรวจแต่ละคนประมาณ 5-10 นาที และนัดให้ผู้ป่วยมาพบต่อไปอีกประมาณ 1-2 เดือน ขึ้นอยู่กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้า (FBS) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ใบสั่งยาและใบตรวจเลือดสำหรับครั้งต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ประวัติการเป็นโรคเบาหวานของคนในครอบครัว รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ วิจัยคำรณพยาบาล ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

ความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาเบาหวาน ระยะทาง / ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการมารับบริการแต่ละครั้ง ภูมิถิ่นอาศัย ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) 2 ครั้ง ล่าสุดก่อนการสัมภาษณ์ ปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ในวันสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ก)

2. แบบสัมภาษณ์เรื่องพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การรับรู้อาการที่เกิดขึ้น การให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน การตัดสินใจ ความรุนแรง ผลกระทบต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ นอกเหนือจากแบบสัมภาษณ์ข้อคำถามที่เจาะลึกในเรื่องดังกล่าวแล้ว ยังได้ให้ผู้ป่วยให้คะแนนตามความรู้สึกในเรื่องของ การตัดสินใจ ความรุนแรง และความพึงใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบัน เป็นระดับคะแนนตั้งแต่ 1-10 โดย 1 หมายถึงให้ค่าความหมายน้อยที่สุดตามลำดับจนถึง 10 หมายถึงให้ค่าความหมายมากที่สุด โดยแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดเรื่องระบบการดูแลสุขภาพของโคลน์แมน การศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ภาคผนวก ข)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เรื่อง พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน นำไปตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคำถามตามกรอบแนวคิดจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้กระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพ	1 ท่าน
อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์	1 ท่าน

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ราย โดยการสัมภาษณ์และใช้แถบบันทึกเสียง ผู้วิจัยนำมารถอดความและปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาว่าได้ข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการหรือไม่ แนวคำถาม กระชับ เข้าใจง่ายหรือไม่ และนำมาปรับปรุงแก้ไข

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจาก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกเบาหวาน ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น. ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และแผนกพยาธิ
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด (Purposive criteria) ขณะที่ผู้ป่วยมารับการเจาะเลือดที่แผนกพยาธิ
3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการศึกษาและขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (ภาคผนวก ก) เพียงวันละ 3 คน เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละราย ต้องใช้เวลาสัมภาษณ์ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง
4. ผู้ป่วยที่ยินดียใจร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่แผนกพยาธิ เพื่อเจาะเลือดผู้ป่วยเพิ่ม 3 ซีซี. สำหรับการส่งตรวจ HbA_{1c} (ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม) กับ ศูนย์บริการตรวจเลือด RIA CENTER โดยเวลาประมาณ 10.00 น. เจ้าหน้าที่จากศูนย์มารับเลือดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
5. เมื่อผู้ป่วยเจาะเลือดเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยจะนัดหมายผู้ป่วยเพื่อสัมภาษณ์ตามแบบ สัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ลงแบบฟอร์ม ซึ่งจะกระทำภายหลังจากผู้ป่วยไปรับประทานอาหารเช้าตามอหิชาชัย ช่วงเวลาที่สัมภาษณ์จะเป็นช่วงรอพบแพทย์หรือภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์แล้วตามความเหมาะสมของเวลา โดยขออนุญาตผู้ป่วยในการบันทึก แถบเสียง สถานที่ที่เป็นห้องตรวจที่ว่างภายในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม

การตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของข้อมูล

1. ผู้วิจัยจดบันทึกข้อมูลสำคัญไว้ขณะสัมภาษณ์ และตรวจสอบข้อมูลโดยตรวจสอบ ข้อมูลที่ผู้ป่วยเล่าซ้ำว่ามีความหมายเดิมหรือไม่ ถ้าพบประเด็นที่ขัดแย้งหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมให้เข้าใจตรงกัน

2. หลังจากผู้วิจัยสัมภาษณ์ในแต่ละวัน ผู้วิจัยจะนำแถบบันทึกเสียงมาถอดความและตรวจสอบความถูกต้องของข้อความ โดยแถบบันทึกเสียงแต่ละคนจะถูกฟังซ้ำอย่างน้อย 2 รอบและตรวจสอบเนื้อหาที่ได้จากการถอดความจากแถบบันทึกเสียง ถ้าพบว่าประเด็นใดไม่ชัดเจนหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมผู้วิจัยทำเครื่องหมายไว้และนำกลับไปถามผู้ป่วยอีกครั้ง โดยการโทรศัพท์หรือนัดพบผู้ป่วยในครั้งหน้าตามความสะดวกของผู้ให้สัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยภายหลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่มีการบันทึกแถบเสียงมาถอดเป็นข้อความอย่างละเอียด โดยไม่สอดแทรกความเห็นส่วนตัว ทบทวนและตรวจสอบข้อมูลจนแน่ใจว่ามีความผิดพลาดน้อยที่สุด และจึงโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและเชื่อมโยงหาความหมายของข้อมูล (McLaughlin & Marascuilo, 1990: 151-154 อ้างถึงใน กฤษณา นาดี, 2541: 38) จากนั้นนำข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายมารวมกันแล้วหาข้อสรุป คำอธิบาย โดยอาศัยกรอบแนวคิดเรื่องระบบการดูแลสุขภาพของโคลน์แมนร่วมกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2. สรุปเน้นคำบรรยายเรื่องการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและปัจจัยที่กำหนด

3. ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้จากการวัดค่าระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) นำมาแปลผลเป็นภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจัดเป็นหมวดหมู่ แจกแจงเป็นค่าความถี่และร้อยละ

การตรวจสอบความตรงของข้อมูลเชิงคุณภาพที่วิเคราะห์เนื้อหา

1. บันทึกสิ่งที่ได้จากการศึกษาตามความเป็นจริง
2. ตรวจสอบความตรงจากการวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี
3. ตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่าง วันที่ 7 มิถุนายน 2542 ถึง วันที่ 29 กรกฎาคม 2542 โดยในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดปฏิเสธไม่เข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.1 เนื่องจากผู้ป่วยไม่สะดวกในการให้ข้อมูล และคงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 30 ราย สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา และนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน นำเสนอข้อมูลแบบบรรยายประกอบตารางแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน นำเสนอข้อมูลแบบบรรยายประกอบตารางแจกแจงความถี่และร้อยละ รวมทั้งนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ
3. ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบันและผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นำเสนอข้อมูลแบบบรรยายประกอบตารางแจกแจงความถี่และร้อยละ

ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ภูมิถิ่นเนา รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล / ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ประวัติการเป็นโรคเบาหวานของคนในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาที่

เป็นโรคเบาหวาน และความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาเบาหวาน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุระหว่าง 42-78 ปี (ค่าเฉลี่ย 59.7 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.4 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7 เป็นเพศหญิงจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.0 และเพศชายจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.0 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 53.3 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 ส่วนระดับการศึกษาสูงสุดที่พบคือ ประกาศนียบัตร ร้อยละ 3.3 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร และภาคกลาง ร้อยละ 40.0 และ 36.7 ตามลำดับ ปัจจุบันไม่ได้ทำงานถึงร้อยละ 63.4 รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุดคือ ร้อยละ 43.3 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานพบว่า มีรายได้ส่วนตัวมาจากสมาชิกในครอบครัวได้แก่ บุตร สามีและญาติพี่น้อง นอกจากนี้ยังได้จากแหล่งอื่นด้วยได้แก่ เงินบำนาญ เงินดอกเบี้ยธนาคาร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 56.7 และประเมินว่าไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 30.0 มีปัญหาเล็กน้อยร้อยละ 16.7 มีปัญหาปานกลางร้อยละ 10.0 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ ร้อยละ 43.3 และประเมินว่าไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจร้อยละ 16.7 มีปัญหาเล็กน้อยร้อยละ 13.3 มีปัญหาปานกลางและมีปัญหามากเท่ากันคือ ร้อยละ 6.6

กลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 56.7 และส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพว่า มีสุขภาพแข็งแรงปานกลางร้อยละ 63.3 มีสุขภาพแข็งแรงมากร้อยละ 13.3 และมีถึงร้อยละ 23.3 ที่รับรู้สุขภาพไม่แข็งแรง เนื่องจากรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และรู้สึกไม่ค่อยสบายมากขึ้น ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 4 เดือน - 9 ปี (เฉลี่ย 3.5 ปี) มีกลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเบาหวานไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 26.7 เนื่องจากมีปัญหาด้านการเงิน การไม่มีเวลาและมีความเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นเกิดขึ้น

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
41-60	17	56.7
มากกว่า 60	13	43.3
เพศ		
หญิง	21	70.0
ชาย	9	30.0
สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.7
คู่	16	53.3
หม้าย	9	30.0
หย่าร้าง ,แยกกันอยู่	3	10.0
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	2	6.7
มีบุตร	28	93.3
ระยะเวลาที่ทราบว่า เป็นโรคเบาหวาน (ปี)**		
ไม่เกิน 5	27	90.0
6-10	3	10.0
ศาสนา		
พุทธ	28	93.4
คริสต์	1	3.3
อิสลาม	1	3.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	13.3
ประถมศึกษา	21	70.0
มัธยมศึกษา	4	13.3
ประกาศนียบัตร	1	3.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	19	63.4
รับราชการ	1	3.3
ค้าขาย	7	23.3
รับจ้าง	1	3.3
เกษตรกรรม	2	6.7
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพมหานคร	12	40.0
ภาคกลาง	11	36.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2	6.7
ภาคตะวันตก	2	6.7
ภาคตะวันออก	1	3.3
ภาคเหนือ	1	3.3
ภาคใต้	1	3.3
รายได้ส่วนครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
3,001-5,000	7	23.3
5,001-10,000	13	43.3
10,001-15,000	6	20.0
มากกว่า 15,000	4	13.3
วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล / ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ		
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	17	56.7
ไม่มีปัญหา	9	30.0
มีปัญหาเล็กน้อย	5	16.7
มีปัญหาปานกลาง	3	10.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล / ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ		
เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้	13	43.3
ไม่มีปัญหา	5	16.7
มีปัญหาเล็กน้อย	4	13.3
มีปัญหาปานกลาง	2	6.6
มีปัญหามาก	2	6.6
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
ไม่แข็งแรง	7	23.3
แข็งแรงปานกลาง	19	63.3
แข็งแรงมาก	4	13.3
ประวัติการเป็นโรคเบาหวานของคนในครอบครัว		
ไม่มี	17	56.7
มี	9	30.0
ไม่ทราบ	4	13.3
ความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาเบาหวาน		
สม่ำเสมอ	22	73.3
ไม่สม่ำเสมอ	8	26.7
ปัญหาด้านการเงิน	3	10.0
การไม่มีเวลา	3	10.0
มีความเจ็บป่วยอื่นเกิดขึ้น	2	6.7

** ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวานต่ำสุด 4 เดือน และสูงสุด 9 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 3.5 ปี
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.9 ปี

2. ภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งวัดจากระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c})

กลุ่มตัวอย่างตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ทุกครั้งที่มารับการตรวจรักษาโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน ระยะห่างของการนัดตรวจในผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ ระดับน้ำตาลในเลือดแต่ละครั้ง ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับการตรวจรักษาทุก 1-2 เดือน ในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 2 ครั้งล่าสุดก่อนการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ European NIDDM Policy Group (แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 2) พบว่า ภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ครั้ง อยู่ในเกณฑ์ควบคุมไม่ดีมากที่สุดคือ ร้อยละ 57.6 และ 86.7 และอยู่ในเกณฑ์ควบคุมดี น้อยที่สุดคือ เพียงร้อยละ 7.1 และ 0.0

ในวันสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการเจาะเลือดเพื่อวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) เพื่อประเมินภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ทั้งค่า FBS และ ค่า HbA_{1c} ร้อยละ 66.7 และ 46.7 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดีมีเพียงร้อยละ 6.7 เมื่อวัดจากค่า HbA_{1c} และร้อยละ 23.3 เมื่อวัดจากค่า FBS (แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) 2 ครั้งล่าสุดก่อนการสัมภาษณ์ เปรียบเทียบกับเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ European NIDDM Policy Group *

ภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ครั้งที่ 1	28 **	100.0
- ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี	2	7.1
- ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง	10	35.7
- ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี	16	57.2
ครั้งที่ 2	30	100.0
- ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี	0	0
- ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง	4	13.3
- ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี	26	86.7

* เกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ European NIDDM Policy Group มีดังนี้คือ

ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี หมายถึง ค่า FBS น้อยกว่า 110 มก. / ดล.

ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง หมายถึง ค่า FBS ตั้งแต่ 110 – 140 มก. / ดล.

ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี หมายถึง ค่า FBS มากกว่า 140 มก. / ดล.

** ระยะห่างจากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) แต่ละครั้งของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายไม่เท่ากัน และการตรวจในครั้งที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 28 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย ปัจจุบันมารับการตรวจรักษาเบาหวานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าเป็นครั้งที่ 2

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) เปรียบเทียบกับเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ European NIDDM Policy Group *

ภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS)	30	100.0
- ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี	2	6.7
- ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง	8	26.6
- ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี	20	66.7
ปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c})	30	100.0
- ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี	7	23.3
- ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง	9	30.0
- ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี	14	46.7

* เกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ European NIDDM Policy Group มีดังนี้คือ
 ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี หมายถึง ค่าHbA_{1c} น้อยกว่า 6.5 เปอร์เซ็นต์
 ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง หมายถึง ค่าHbA_{1c} ตั้งแต่ 6.5-7.5 เปอร์เซ็นต์
 ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี หมายถึง ค่าHbA_{1c} มากกว่า 7.5 เปอร์เซ็นต์

การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

สำหรับข้อมูลในส่วนของอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยขอนำเสนอตามลำดับของแบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเรื่อง การรับรู้อาการที่เกิดขึ้น การให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น การอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน การตัดสินใจ ความรุนแรงและผลกระทบต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้อาการที่เกิดขึ้น

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีความหลากหลาย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ตรวจพบโดยบังเอิญไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.3 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน มีจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.7 โดยส่วนใหญ่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นมากกว่า 1 อาการ ซึ่งเสนอตามกลุ่มอาการได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ตรวจพบโดยบังเอิญไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.3 ไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นมาก่อนโดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย มารับการตรวจตรวจสุขภาพจากแพทย์แผนปัจจุบัน และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ดังตัวอย่างเช่น

“ก็ตรวจสุขภาพประจำปีอยู่แล้ว ก็มาตรวจเจอ”

“คือเขามาทำประกันชีวิตและเขาก็พาไปตรวจ ๆ แล้วก็เจอโรคหลายอย่าง เจอเบาหวาน เจอความดัน”

กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย มารับการตรวจรักษาโรคหัวใจตามปกติและได้รับการตรวจเลือดพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง ดังตัวอย่างเช่น

“ไม่ได้เป็นอะไร ไปรักษาโรคอื่น แล้วตรวจเช็คเจอ”

“เริ่มครั้งแรกเลยเป็นโรคหัวใจ แต่ตอนนั้นยังไม่เป็นเบาหวาน ก็หมอก็ตรวจแล้วตอนหลังก็เจาะเลือดเรื่อย ๆ ก็มีเบาหวานขึ้นมา”

“หมอว่าเป็นโรคหัวใจ เข้าโรงพยาบาล 2 หน ตั้งแต่นั้นมาหมอก็มาเช็คนะ ก็มาตรวจในประวัตินั้นนะมี 160 มั่ง 170 มั่ง เบาหวานก็ขึ้นขนาดนี้ เยอะ ๆ ขึ้นถึง 198 ผมก็เฉย ๆ หมอบอกก็เป็นไม่มาก เป็นนิด ๆ หน่อย ๆ ก็เท่านั้น”

กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย มารับการรักษาโรคทางตาแพทย์ให้เจาะเลือดเพื่อเตรียมทำผ่าตัด พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงงดการผ่าตัดและให้ผู้ป่วยมารับการรักษาทางแผนกอายุรกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดก่อน และกลุ่มตัวอย่างอีก 1 ราย มารับการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจำ แพทย์เห็นว่าไม่ได้ตรวจเช็กละเลียดมานานจึงให้ตรวจเลือด พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง

กลุ่มที่ 2 มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นชัดเจน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.7 มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นมากกว่า 1 อาการ อาการที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.6 รองลงมาคือ กลุ่มอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย กินจุและหนึ่กลด จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.5 รายละเอียดอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างแสดงดังตารางที่ 4 และตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพเช่น

“มันคอแห้ง เวียนหัว และหิวน้ำบ่อย และก็มีปัสสาวะบ่อย เวลาเริ่มเทศมันจะแตก”

“อ่อนเพลีย ผอมลง ๆ”

“เพลียแล้วก็ไม่มีแรง นั่งอยู่ทำไมมันหิวแต่น้ำผิดปกติ หิวแต่น้ำเอากะป๋องน้ำมาดั่งใกล้ ๆ เลขนะ กินทีอ้อม วางไว้เดี๋ยวปวดท้องเอียว”

“มันฉี่บ่อย คีนหนึ่งดั่งเป็น 10 ครั้ง มันก็มีเวียนหัวแล้วก็ป็นลม เคยป็นลมฟุบครั้งหนึ่ง”

“รู้สึกมันเพลีย ๆ นะ ลูกให้มาตรวจนี่นะ ฉันทารู้ตัวตอนเข้าส้วมปัสสาวะ พอออกปั๊บลูกเข้าบอพอหมดขึ้นนะ”

“ก็มันไม่ค่อยสบาย เดินไปจ่ายกับข้าว ก็อยากจะนั่งพักก็ไม่เคยเหมือนกัน ทำไมมันเหนื่อยจังเลย แล้วก็เวียนหัว

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (กลุ่มตัวอย่างตอบได้มากกว่า 1 อาการ)

อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรก	จำนวน (n=39)	ร้อยละ
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	10	25.6
กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย กินจุ น้ำหนักลด	8	20.5
เวียนศีรษะ	4	10.2
ตาพร่ามัว / ต้อกระจก	4	10.2
อวัยวะสืบพันธุ์มีอาการผิดปกติ	3	7.7
แสบร้อนผิวหนัง / มือเท้าชา / แผลหายช้า	3	7.7
ใจสั่น เหนื่อยง่าย	2	5.1
เป็นลมหมดสติ	2	5.1
เป็นไข้หวัด	1	2.6
ปวดกล้ามเนื้อ	1	2.6
ปัสสาวะมีมดค่อม	1	2.6

2. การให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง 7 ราย ไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น แต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานจากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด จึงไม่มีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 23 ราย ที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นได้มีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น โดยการเริ่มพิจารณาอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าว และอธิบายอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ความรู้ และวินิจฉัยจากประสบการณ์ของตนเอง ร่วมกับการขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่น จากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาและตัดสินอาการที่เกิดขึ้นโดยอธิบายความหมายของอาการที่เกิดขึ้นเป็น 3 กลุ่ม รายละเอียดมีดังแสดงตารางที่ 5 ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พิจารณาว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะปกติ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.2 ได้พินิจพิจารณาอาการที่เกิดขึ้นและอธิบายว่าอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นภาวะปกติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมาตลอด และอาการที่เกิดขึ้นเป็นเพียงเล็กน้อยหรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ดังตัวอย่างเช่น

“ก็เราไม่ได้คิด ก็เราไม่เคยเป็นอะไรเลย สุขภาพเราแข็งแรงไม่เคยเป็นอะไร”

“ไม่ได้คิดอะไร คิดว่าคงปวดหัวกะ เพราะเป็นโรคปวดหัวมาตั้งแต่สาว ๆ มันปวดหัวประจำ ก็เข้าใจว่าเป็นโรคปวดหัวเป็นโรคประจำตัว”

“ก็แบบว่าก็คิดว่าไม่สบาย เป็นไข้หวัด ปวดศีรษะอะไรนี่เป็นประจำ ทุกวันนี้ก็ยังปวด”

กลุ่มที่ 2 พิจารณาว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะผิดปกติที่ไม่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.1 มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นและได้พินิจพิจารณาอาการดังกล่าว และอธิบายว่าเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับตา โรคกามโรคและโรคหัวใจ ดังตัวอย่างเช่น

“คล้าย ๆ กับพวกนี้เป็นเชื้อรานะ...พุงง่าย ๆ เวลาร่วมเพศนะมันแตก สงสัย...เลยไปตรวจกามโรคที่บางรัก เพราะว่ามีภรรยาใหม่ ๆ พุดตรง ๆ เลย ภรรยาใหม่มันก็ว่ามันเป็นเชื้อราเออ..กลัวจะติดจากเขา”

“มันปวดหัวก็กลัวความดันจะขึ้น”

“ก็คิดว่าตัวเองเครียด เครียดมากหรือเปล่า และตกใจง่ายอะไรอย่างนี้ เขาบอกถ้าเครียดนี้มันก็เกี่ยวกับโรคหัวใจ ตกขาวนี่ก็จะเป็นโรคหัวใจ”

กลุ่มที่ 3 พิจารณาว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะผิดปกติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.7 ได้พินิจพิจารณาอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวและอธิบายว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่างบางรายมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือเคยได้รับทราบเกี่ยวกับอาการเริ่มแรกของโรคเบาหวานมาก่อน บางรายมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจึงคิดว่าตนเองอาจเป็นโรคเบาหวาน ดังตัวอย่างเช่น

“เพลีย ผอมลง เป็น 2 เดือน 3 เดือนนี้ลดไป 5 โล ก็เลยมาเช็กเบาหวานดู เพราะแม่ก็เป็นอะไรอย่างนี้”

“นี่ก็มันคันตรงนี้...เราถึงจะรู้ว่าเออ...ทำไมมันคันเรื่อย ๆ แล้วเคยได้ยินเขาพูดว่าถ้าเราจะเป็นเบาหวานแล้วมดลูกจะคัน”

“ก็นึกเหมือนกันแหละ เอ๊ะ...จะเป็นเบาหวานหรือเปล่า อะไรอย่างนี้...เพราะว่าหิวน้ำ จะทานแบบว่าน้ำขวดละเยอะเลย วันละหลายขวดแบบว่าเดียวหิว...อะไรอย่างนี้”

กลุ่มตัวอย่างบางรายมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และจากการปรึกษาขอคำแนะนำจากญาติพี่น้อง กลุ่มตัวอย่างจึงตัดสินใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการเริ่มแรกของโรคเบาหวาน ดังตัวอย่างเช่น

“คิดเหมือนกันละ เพราะตอนคลอดคนเล็กหมอสงสัยเป็นเบาหวาน”

“มันถี่บ่อย กินหนึ่งตั้งเป็น 10 ๆ ครั้ง ก็ไปปรึกษาญาติที่เขาเป็นเบาหวาน เขาก็เลยบอกอาการ เขابอกเขาเคยเป็นลองไปตรวจดูซิ...ก็เลยมาตรวจก็เลยเจอจริง ๆ”

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น

การให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น	จำนวน n = 23	ร้อยละ
พิจารณาว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะปกติ	12	52.2
พิจารณาว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะผิดปกติที่ไม่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	6	26.1
คิดว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง	2	
คิดว่าเป็นโรคเกี่ยวกับตา	2	
คิดว่าเป็นโรคหัวใจ	1	
คิดว่าเป็นโรคกามโรค	1	
พิจารณาว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะผิดปกติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	5	21.7

3. การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง 7 ราย ไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น แต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานจากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด จึงไม่มีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น และใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพในการรักษาโรคเบาหวานเป็นอันดับแรกในเบื้องต้น แต่กลุ่มตัวอย่าง 23 ราย ที่มีอาการผิดปกติ

เกิดขึ้นในครั้งแรกก่อนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานได้มีการพิจารณาอาการที่เกิดขึ้น และอธิบายอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวตามการรับรู้ ดีความ และวินิจฉัยผ่านประสบการณ์ของตนเอง หรือจากการปรึกษามุคคลที่ใกล้ชิด และตัดสินใจจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยเริ่มเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพเพื่อการรักษาอาการผิดปกติดังกล่าวแตกต่างกัน ระบบการดูแลสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่าง 23 ราย ใช้รักษาในครั้งแรกมี 2 ส่วนคือ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและส่วนวิชาชีพ (รายละเอียดในตารางที่ 6) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเป็นอันดับแรก

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.3 เมื่อมีอาการผิดปกติได้ตัดสินใจใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนส่วนบุคคลเป็นอันดับแรก โดยมีวิธีการที่แตกต่างกันแบ่งเป็น 2 วิธี ดังนี้

1.1 รอสงเกตอาการ ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.5 สังกะตว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นแต่รอสงเกตอาการ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างปล่อยให้ อาการดำเนินต่อไปตามลำดับ หรือการตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยจนระยะเวลาหนึ่ง มีการปรึกษาขอคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมและช่วยในการตัดสินใจรักษาอาการที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างเช่น

“รอสงเกตอาการ ไปเรื่อย ๆ เพราะว่าแบบว่าอาการมันทำให้คิดว่าเราคนนอน เลยเพลี่ย”

“ก็เป็นผู้ไม่ทนหรือทน เพราะว่าญาติเขาบอกอาการอย่างนี้ เขาเคยเห็นคนเป็นมาก่อน ก็เลยไป”

“มันเพลี่ย มันพลอย มันเหมือนกับไม่มีกำลังในตัว ตามหลักผมก็ไม่ไป...พอผมไม่สบายไม่ไหวจริง ๆ ผมไม่รู้ละ เขาก็โทรเรียกรถเจ้าพระยามา เขาก็มารับผมไปยังนี้”

1.2 รักษาตนเองตามอาการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.8 รักษาตนเองตามอาการที่เกิดขึ้น โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาอาการที่เกิดขึ้นและให้ความหมายอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างจะเริ่มรักษาตนเองหรือปรึกษาขอคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูงในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีวิธีรักษาตนเองตามอาการ เช่น การซื้อยารับประทานเอง จำพวกยาหอม ยาแก้หวัด หรือยาภายนอก เช่น ยาหยอดตา รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นเช่น การนอนพัก การดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลม ดังตัวอย่างเช่น

“อาการเหมือนคนเป็นหวัด มันจะคือ สงสัยจะเป็นหวัดอีก ก็ทานยาแก้หวัด”

“มันคอแห้ง วันนั้นก่อนที่จะเป็น ทานแฟนต้าไป 3 ขวด หิวน้ำ กระหายน้ำจริง ๆ”

“ก็กินยาหอม ยาอะไรไปเรื่อย แล้วตอนหลังมาเช็กเบาหวานดู ก็ไม่นานเท่าไร”

“ก็ไม่ได้ทำอะไร ก็หยอดตาธรรมดาถูกเอามาให้ ลูกบอกแม่หยอดได้เดือนเดียวแล้ว ก็ทิ้งไป ทำแค่นี้ หยอดมันไม่ดีขึ้นนะ”

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนทั้ง 18 ราย ได้มีการปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาอาการผิดปกติ จากการศึกษพบว่า บุคคลใกล้ชิดที่กลุ่มตัวอย่างได้ปรึกษาขอคำแนะนำ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.0 เพื่อนบ้าน จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 และเพื่อนที่ทำงานในโรงพยาบาลจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.2 เลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเองโดยไม่มีการปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลอื่น

กลุ่มที่ 2 ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเป็นอันดับแรก

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.7 เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นได้จัดการกับอาการผิดปกติโดยเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนวิชาชีพเป็นอันดับแรก เนื่องจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่เคยมีอาการผิดปกติเช่นนี้มาก่อน ได้แก่ อาการหมดสติ ใจสั่น ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจึงตัดสินใจใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเป็นอันดับแรก ดังตัวอย่างเช่น

“สอนหนังสืออยู่ แล้วล้มไปในห้องเรียน เขาก็ส่งโรงพยาบาล...รักษาอยู่ร่วมเดือน ขาดอีก 2 วัน เขาเช็ดหลายอย่างคะ แล้วก็เลยเจอเบาหวาน”

“ไม่ทราบครับเพราะไม่เคยตรวจ ไม่เคยอะไรเลยแล้วอยู่ ๆ คล้าย ๆ กับหน้ามืดใจสั่น ก็เลยมาตรวจ...เป็นอยู่พอวันนี้เป็น เข้ามาเลยครับ ตอนนั้นรีบนะ รีบเลยเข้าหาคุณหมอ”

กลุ่มตัวอย่างบางราย มารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลเป็นประจำเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ดังนั้นเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพทันที ดังตัวอย่างเช่น

“ก็มันแบบว่ามันขายของไม่ได้ไม่สบาย มันเวียนหัวแล้วหมุนตัว ๆ อย่างนี้ ก็เลยมาหาหมอ...ก็บอกคุณหมอตรวจหมดเลย ตรวจทั้งขารมันเนี่ย”

“ก็มาตรวจที่นี่ ตรวจความดันนี่แหละแล้วก็หมอเขาจับไปเช็ด เพราะจะเวียนหัว แล้วก็หน้ามืด...”

“มาเอายาแก้ความดัน...เป็นประจำ บางทีก็ 2 เดือนมาครั้ง แล้วมันมีอาการมือ ๆ เพลีย ๆ ทำงานบางที ทำงานที่ช่วยที่บ้านมันก็ขี้เกียจ ๆ หมอเขาก็เรียกไปตรวจเลือด”

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 ราย ได้เลือกแหล่งบริการสุขภาพที่อยู่ในระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเพื่อจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในอันดับแรกคือ โรงพยาบาลรัฐบาลจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.0 และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.7

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้เมื่อเกิดอาการผื่นผดผื่นครั้งแรกก่อนได้รับการวินิจฉัย

ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้เมื่อเกิดอาการผื่นผดผื่นครั้งแรก	จำนวน (n = 23)	ร้อยละ
ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน	18	78.3
รอสังเกตอาการ	10	43.5
รักษาดตนเองตามอาการ	8	34.8
ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ	5	21.7
โรงพยาบาลรัฐบาล	3	13.0
โรงพยาบาลเอกชน	2	8.7

สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผื่นผดผื่นเกิดขึ้นในครั้งแรกก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 23 ราย จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ทัศนคติและวินัยจากประสบการณ์ตนเองและการปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลอื่น โดยใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชนและส่วนวิชาชีพเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยส่วนใหญ่จะรอสังเกตอาการในระยะเวลาหนึ่งก่อนตัดสินใจไปรับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์มากที่สุดคือ ร้อยละ 43.5 รองลงมาคือรักษาดตนเองตามอาการ ร้อยละ 34.8

4. การอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน

เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ปัจจุบันว่าเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างจะพยายามคิดทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อค้นหาสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานของตนเอง ตามการรับรู้จากประสบการณ์เดิม จากพฤติกรรมส่วนตัวในเรื่องของการบริโภค การทำงาน จากคำบอกเล่าของบุคคลอื่นเช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ ซึ่งกระบวนการพิจารณาตัดสินใจของผู้ป่วยนั้นมีเหตุผล มีการพิจารณาไตร่ตรองและแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมตลอดเวลา นำมาวิเคราะห์เพื่ออธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานของตนเอง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้อธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานแตกต่างกัน โดยแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ (รายละเอียดแสดงในตารางที่7) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ไม่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานได้

ภายหลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ราย ร้อยละ 26.7 ได้พยายามพิจารณาและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่มีเพื่อค้นหาสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน แต่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานได้ ดังตัวอย่างเช่น

“ดิฉันก็ไม่ทราบเหมือนกันว่ามีสาเหตุจากอะไร ไม่ทราบจริง ๆ”

“ไม่ทราบค่ะ ไม่ทราบ แต่แม่ฉันอายุ 80 ปีก็ไม่ใช่ ยังมีชีวิตอยู่ อายุ 83-84 ปี”

บางรายเคยรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพียงว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ดังตัวอย่าง เช่น

“ไม่ทราบ แต่ได้ยินคนเขาพูดกัน เป็นแล้วไม่หาย ต้องทานยาอยู่เป็นประจำ มีแต่คนเขาพูดอย่างนี้”

กลุ่มที่ 2 สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานได้

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.3 ไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานที่แน่ชัดแต่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน โดยอาศัยความรู้ที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ จากความคิด ความเชื่อของตนเอง จากประสบการณ์ส่วนตัว การสังเกต การปรึกษานุคคลอื่น โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

2.1 เกิดจากพฤติกรรมการบริโภค กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ร้อยละ 33.3 มีการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานมาก่อน และเมื่อนำมาพิจารณาและวิเคราะห์ลักษณะพฤติกรรมการบริโภคของตนเองเพื่ออธิบายสาเหตุการเกิดเป็นโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะชอบรับประทานอาหาร ขนมน หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานประเภท น้ำอัดลม กาแฟเป็นประจำ ดังตัวอย่างเช่น

“ก็ไม่ทราบนะคะ ตอนนี้เป็นกันมากแต่อาจจะทานขนมหวานกันมากมั้งคะ สมัยก่อนทานมาก ชอบมาก ทานขนมมาก ก็คิดว่าสาเหตุอาจจะมาจากเรื่อง คือเราไม่ได้ควบคุมเราทานทุกอย่าง”

“ทานหวานมากหรือเปล่าไม่ทราบ ชอบมาก ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทองอะไรพวกนี้ ชอบมาก”

“มันจะกินหวานมากหรือใจไม่รู้แปลก ของแปลก ฉันกินไฉนทั้งปีเลย...ข้าวหมาก ข้าวหมากนี่ร้านที่สุดเลยนะ มีอยู่เจ้าหนึ่งให้เป็นประจำเลย เข้ามา 7 ห่อใส่ตู้เย็นเลย ที่นี้กลางวันก็อยากตอนไหนเอาตอนนั้นเลย ทั้งปีเลย 38 นะ นี่แหละ 39 ย้ายมาอยู่ฝั่งนี้ รู้เลยเป็นเบาหวานเลย”

กลุ่มตัวอย่างบางรายเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานตามการรับรู้ของตนกับพฤติกรรมการบริโภค พบว่าไม่สอดคล้องกันจึงอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานได้ไม่แน่ชัด ดังตัวอย่างเช่น

“ผมก็ไม่ทราบนะ ผมก็ยังงงอยู่ที่นี่ เพราะของหวานผมก็ไม่ทาน อะไรผมก็ไม่ทาน กาแฟก็ไม่ทาน อย่างน้ำชาผมก็ไม่ทานเลย ผมทานน้ำเปล่าตลอด”

“ก็ไม่ทราบคะ มีความรู้สึกลดน้ำตาลก็ไม่ชอบทาน ไม่ชอบทานของหวานจัด ทานแต่พวกผลไม้แบบนี้ ทำไมถึงเป็นก็ไม่ทราบ ... ปัสสาวะที่ก็สังเกตนะมดขึ้นไหม มันก็ไม่ขึ้นนะ”

2.2 เกิดจากความผิดปกติของอวัยวะในร่างกาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.0 ได้อธิบายว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของอวัยวะในร่างกาย เช่น ตับ ตับอ่อน ไต โดยมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 รายที่ได้รับความรู้จากแพทย์ และจดจำได้ว่าเบาหวานเกิดจากการทำงานผิดปกติของตับอ่อน ดังตัวอย่างเช่น

“คือว่าไม่รู้ไงแต่เขาพูดว่าทำงานพวกหิว พวกเหนื่อยมาก ตับอ่อน เห็นหมอบอกว่าตับอ่อน มันไม่ทำงานอะไรอย่างนี้”

“เห็นคุณหมอบอกว่าตับอ่อน มันผิดปกติ ยังไงไม่ทราบ”

กลุ่มตัวอย่างบางรายอธิบายว่าเบาหวานเกิดจากอวัยวะในร่างกายทำงานหนักมากเกินไป ดังตัวอย่างเช่น

“คิดว่ะ ที่เกิดมานี้สงสัยทำงานหนัก ทำงานมาก เพราะว่าทำงานมาตั้งแต่เล็กจนโต ทำงานเยอะพอตอนหลัง คิดว่าจะสบายสักหน่อยก็มาเป็นเบาหวาน”

2.3 เกิดจากกรรมพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.6 อธิบายว่าสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานมาจากกรรมพันธุ์เนื่องจาก มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน หรือ จากคำบอกเล่าของบุคคลใกล้ชิด ดังตัวอย่างเช่น

“พี่สะใภ้เขาบอกว่ามันเกิดจากกรรมพันธุ์ เพราะแม่เป็นเออ...มันคงจะเป็นแบบนี้แหละ เพราะว่าถามคนที่เขาเป็น คนนั้นก็พ่อเขาเป็น”

“คิดว่ากรรมพันธุ์หรือเปล่า เพราะว่ามีน้ำก็เป็น อาที่เป็นและยายก็เป็น”

“ไม่รู้สิ คนเขาบอกว่ากรรมพันธุ์ ก็ได้ยินอย่างนี้ ก็เชื่ออย่างนี้”

กลุ่มตัวอย่างบางรายมีการรับรู้สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานว่าเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับตนเอง พบว่าไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ดังตัวอย่างเช่น

“ป้าก็ไม่ทราบนะ ก็ยังไม่รู้เลยว่ามันเกิดจากอะไร ญาติพี่น้องก็ไม่มีนะ ให้อาพาเบาหวานหรืออะไรที่ตายๆ กันไปนะ ก็ไม่มี”



2.4 เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้อธิบายว่าเบาหวานแปลว่ามีความดันโลหิตสูง ดังนั้นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและเบาหวานตามมา ดังตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ

“เบาหวานนี้มันแปลว่ามีความดันสูงนะ...ความจริงอย่างเป็นหนุ่ม ๆ วัยรุ่นพวกนี้ก็ไม่ค่อยเป็นหรอก แต่เรามีอายุหน่อยมันก็แทรกแซงตรงนั้นตรงนี้ เห็นเขวากัน เขาว่า หมอก็เรียนรู้ว่าเขามีความดันขึ้นมาแล้ว มันก็แทรกแซงหัวใจบ้าง เบาหวานบ้าง”

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน

การอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
ไม่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานได้	8	26.7
สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานได้	22	73.3
เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต	10	33.3
ความผิดปกติของอวัยวะภายในร่างกาย	6	20.0
กรรมพันธุ์	5	16.7
เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	1	3.3

5. การตัดสินใจความรุนแรงของโรคเบาหวาน

การศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจความรุนแรงของโรคเบาหวานโดยใช้ระดับคะแนน 1-10 โดยแบ่งเกณฑ์การตัดสินใจความรุนแรงดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ให้คะแนนในช่วงคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 หมายถึง ตัดสินว่าโรคเบาหวานไม่รุนแรง กลุ่มตัวอย่างที่ให้คะแนนในช่วงคะแนนมากกว่า 4 ถึง 7 หมายถึง ตัดสินว่าโรคเบาหวานรุนแรงปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างที่ให้คะแนนในช่วงคะแนนมากกว่า 7 ถึง 10 หมายถึง ตัดสินว่าโรคเบาหวานรุนแรงมาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการพิจารณาตัดสินใจความรุนแรงของโรคเบาหวาน ตามการรับรู้จากประสบการณ์เดิม

ที่ตนเองเคยประสบร่วมกับผลกระทบจากอาการที่เกิดขึ้นของโรคเบาหวาน เช่น การเกิดแผลแล้วหายช้า การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน หรือจากประสบการณ์ที่ตนเองรับรู้จากบุคคลใกล้ชิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจความรุนแรงได้ 4 กลุ่ม (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 8) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ตัดสินความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในช่วงคะแนนมากกว่า 1 ถึง 4 หมายถึง โรคเบาหวานไม่มีความรุนแรง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ร้อยละ 16.7 โดยให้เหตุผลว่าตั้งแต่เป็นเบาหวานไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เมื่อสังเกตตนเองเวลาเป็นแผลแล้วหายตามปกติจึงตัดสินว่าโรคเบาหวานไม่มีความรุนแรง ดังตัวอย่างเช่น

“ก็ไม่เห็นรุนแรง ก็มันร่างกายเราก็ปกตินะ มันก็ไม่ได้มีอะไรอ่อนเพลียหรือยังงี้ก็เลยเฉย ๆ ก็ทานยาไปเรื่อย ๆ”

“คิดว่าเวลามีแผลมีอะไร เขาเล่าว่ามันจะหายยากแต่ผมไม่หายยาก พอ 2 วัน 3 วัน ก็หาย”

กลุ่มตัวอย่างบางราย ได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ที่ทำการตรวจรักษาว่าตนเป็นโรคเบาหวานที่ไม่รุนแรง ดังตัวอย่างเช่น

“ไม่รุนแรงละคะ ธรรมดา แบบที่คิดฉันเป็น เป็นเบาหวานแบบไม่รุนแรง เขา (แพทย์ที่รักษา) บอกว่าบางคนเป็นเบาหวานแบบเป็นแผลแล้วรักษาไม่หาย แต่ฉันรักษาหายคือแผลเขาแห้งไปเอง เขาเรียกเบาหวานแห้ง”

กลุ่มที่ 2 ตัดสินความรุนแรงของโรคเบาหวานในช่วงคะแนนมากกว่า 4 ถึง 7 หมายถึงโรคเบาหวานรุนแรงปาน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.3 มีกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินระดับคะแนนในช่วง 5 จำนวนถึง 10 ราย โดยให้เหตุผลตามการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานว่าเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด การควบคุมโรคเบาหวานไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติเป็นสิ่งสำคัญ ความรุนแรงมากหรือน้อยกว่าขึ้นอยู่กับ การดูแลสุขภาพตนเอง ดังตัวอย่างเช่น

“คุณป้าให้ 50 / 50 เพราะถ้าเราลดได้มันก็อันตรายน้อยหน่อย ถ้าเราลดไม่ได้ก็เต็มเหมือนกัน พุดถึงนะคะ”

“ถ้าเราลดได้มันก็อันตรายน้อยหน่อย ถ้าเราลดไม่ได้ก็เต็มเหมือนกัน พุดถึงนะคะ และเขาบอกว่าถ้าเป็นเยอะหัวใจมันจะแทรก”

“ผมก็ไม่รู้ละ บางคนเขาเป็นแล้ว เป็นแผลรักษาไม่หาย ก็มีรุนแรง บางคน... ลูกป้าผมก็เป็นเบาหวาน เป็นรักษาหายแล้วไปทานเหล้า เป็นแผลไม่หาย แล้วก็ตาย”

“เป็นเบาหวานทำให้เราเหนื่อยง่ายแล้วเราก็กินมันก็คือ ถ้าเราไม่ไปซีเรียสกับมันมาก ผมคิดก็ยังไม่เท่าไร ประมาณ 5”

กลุ่มที่ 3 ตัดสินความรุนแรงของโรคเบาหวานในช่วงคะแนนมากกว่า 7 ถึง 10 หมายถึง โรคเบาหวานรุนแรงมาก มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 ราย ร้อยละ 30.0 อาศัยประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การพบเห็นผู้ป่วยเบาหวานรายอื่นเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเมื่อควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดีทำให้ถูกตัดขา เสียชีวิต เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาไตร่ตรองแล้วจึงตัดสินว่าเบาหวานเป็นโรคที่มีความรุนแรงอยู่ในช่วงคะแนนที่รุนแรงมาก โดยมีเหตุผลในการตัดสินความรุนแรง ดังตัวอย่างเช่น

“คือถ้าเป็นแล้วมันไม่ลดเลยนะ ทานอะไรลำบากถ้าลองทานผลออกไปแป๊บนี้ มันจะ...อย่างพี่สาวฉันเป็นนี่เขาอ่อนเพลียไปไหนไม่ได้”

“ก็เห็นบางคนเขาดัดขานะคะ แล้วพวกนี้จะมีอาการเบาอายุจะไม่ยืนไหม มันจะอยู่ได้นานไหม”

“เขาเสียกันมาก ดัดนิ้วบ้าง ดัดขาบ้าง ข้างบ้านป้านะคนพุทธรักษาตัด 2 ข้างเลย หมอยังอยู่ทุกวันนี้ นี่เขาตัด 2 ข้าง”

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ตัดสินความรุนแรงโดยให้คะแนนเต็ม 10 โดยมีเหตุผลในการประเมินจากผลกระทบของโรคเบาหวานต่อตนเองในด้านสุขภาพร่างกาย จากการเสียชีวิตของบุคคลที่รู้จักคุ้นเคยด้วยโรคเบาหวาน ดังตัวอย่างเช่น

“ก็คิดว่า 10 เพราะ บางทีมันก็เวียนหัวอะไรอย่างนี้...มันมีผลกระทบมากนะ เพราะว่าเมื่อก่อนอายุ 50 ยังทำอะไรเก่ง ทำอะไรทุกอย่าง ตอนนี้น่าที่ไม่ค่อยหลับ ตั้งแต่ 50 กว่านี้ หมดประจำเดือนแล้วมีเบาหวาน บางทีนี่ก็นอนไม่ค่อยหลับ”

“ปีเดียวจะคุณหมอ ปีเดียวที่เขาไม่รักษานะ...ตาย... ที่เห็นใกล้ ๆ บ้านนี้แหละ ไม่ยอมรักษา”

“รุนแรงนะ ไม่ได้ ตายบ่อยนะ ตายกันเยอะนะ”

กลุ่มที่ 4 ไม่สามารถตัดสินความรุนแรงของโรคเบาหวานเป็นช่วงคะแนนได้ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ร้อยละ 10.0 โดยกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย มีระดับน้ำตาลในเลือดขึ้น ๆ ลง ๆ การตัดสินความรุนแรงของโรคเบาหวาน ขึ้นอยู่กับผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่พอใจ ไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะประเมินว่าโรคเบาหวานไม่รุนแรงสามารถควบคุมได้ แต่ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นไม่สามารถ

ควบคุมได้ กลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกกลัวและคิดว่าโรคเบาหวานรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นในปัจจุบันเมื่อต้องกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจตัดสินใจความรุนแรงของโรคเบาหวานเป็นช่วงคะแนน กลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถตัดสินใจได้ ดังตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพคือ

“มันก็มากพอสมควรนะ...ให้เท่าไรดี... ถ้าปกติ ไม่เป็นอะไร มันก็ไม่กลัว...ถ้ามากกลัว ตอนนี้ 200 กว่าเริ่มกลัว”

“คิดว่าเวลามันเป็นมาก ๆ ก็ไม่ไหวเหมือนกัน เป็นแผลก็ไม่ได้ เป็นอะไรไม่ได้ อะไรอย่างนี้ ... ให้ไม่ถูกคะ...ก็คงไม่รุนแรงมาก ถ้าเราไม่ทานอะไรผิดมาก ๆ”

กลุ่มตัวอย่างอีก 1 ราย มีประสบการณ์พบเห็นบุคคลอื่นเป็นโรคเบาหวานเมื่อให้ประเมินความรุนแรงของโรคเบาหวานผู้ป่วยจึงนำประสบการณ์ดังกล่าวมาตัดสินใจ โดยนำมาเปรียบเทียบกับโรคอื่นที่ตนรู้จัก ดังตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพคือ

“กะว่าจะพวกระวัง พวกอะไรนี้เลยมั้ง...มองดูที่เขาเป็นกันนะ...ก็กลัวสิ ประมาณไม่ถูก”

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตัดสินใจความรุนแรงของโรคเบาหวาน

การตัดสินใจความรุนแรงของโรคเบาหวาน	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
ไม่รุนแรง (คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4)	5	16.7
รุนแรงปานกลาง (คะแนนมากกว่า 4 ถึง 7)	13	43.3
รุนแรงมาก (คะแนนมากกว่า 7 ถึง 10)	9	30.0
ไม่สามารถตัดสินใจความรุนแรงเป็นช่วงคะแนนได้	3	10.0

6. ผลกระทบต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลรักษาเบาหวานอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญต่อการควบคุมโรคอย่างมาก จะเห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องตัดสินใจความรุนแรงของโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างจะพิจารณาตัดสินใจความรุนแรง

จากประสบการณ์ที่เคยพบบุคคลใกล้ชิดเป็นโรคเบาหวาน หรือพิจารณาผลกระทบของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาถึงผลกระทบต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 มีผลกระทบต่อการทำงานและกิจวัตรประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.4 พิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคเบาหวาน พบว่า โรคเบาหวานมีผลกระทบต่อการทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลงจากอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่เป็นโรคเบาหวาน เช่น อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อาการชาปลายมือปลายเท้า ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างบางรายต้องเลิกทำงาน หรือต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนตัวเช่น ทำงานน้อยลง ระวังการบริโภคอาหารมากขึ้น ดังตัวอย่างเช่น

“ก็ทำได้เหมือนธรรมดาแหละนะ แต่มาดอนหลังนี้...มันทำชา มือชา...นี่ตอนนี้นะ แล้วก็หยุดเลย ทำงานมาก ๆ ก็เลยพัก ทำน้อย...แต่ไม่ได้หยุดเลย”

“มันเหนื่อย ทำอะไรเหนื่อย ยังจะหิวน้ำสักระป๋องเล็ก ๆ รดน้ำต้นไม้ 2 หรือ 3 เทียวก็จะเหนื่อย”

“มันก็มีอยู่อย่างเดียว ไม่ค่อยสบาย เหนื่อย ทำอะไรมากไม่ได้ก็จะเหนื่อย...”

“ทำงานได้น้อยลง...อยู่ ๆ บางทีอย่างนี้ เหนื่อยใจแทบขาด ไม่ได้ทำอะไร นั่งอยู่เฉย ๆ บทจะเหนื่อยก็เหนื่อย”

“เราจะกินอะไรนี่ ต้องคอยระวังแล้วกินอะไรมากก็ไม่ได้ ของอะไรเราเคยกินได้มาก ๆ เราก็กินไม่ได้ เราอยากจะกิน”

กลุ่มที่ 2 มีผลกระทบต่อการใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายในที่นี้กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาล การเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวานที่ส่งผลกระทบต่อรายได้ส่วนตัว โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.3 ที่ประเมินว่าโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อย และมีรายจ่ายด้านอื่นเช่น ค่าเล่าเรียนของบุตร ดังตัวอย่างเช่น

“มีผลกระทบมาก...มาที่ตั้ง 500 บางทีตรวจไขมันก็ตั้ง 150 เข้าไปแล้ว”

“ตอนเศรษฐกิจดี ๆ เราก็ไม่ได้คิดอะไรมากนักครับ เพราะมันเฉลี่ยออกมาเดือน ก็แค่ 1,000 กว่าบาท มันก็ไม่ได้คิดอะไร แต่ตอนนี้ก็มีความมันมากเหมือนกัน”

“ทานข้าวไม่ลง...เสียใจ อ้วยตายแล้วเป็นอย่างนี้ ทำไมไม่เป็นกับคนอื่น เป็นกับตัวเรา แล้วเราจะเลี้ยงลูกยังงัย ...ต้องทำงานหาเงินเลี้ยงลูกอีก 2 คนด้วย”

กลุ่มที่ 3 ไม่มีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.3 พิจารณาว่าโรคเบาหวานไม่มีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวในด้านต่าง ๆ เนื่องจากปัจจุบันสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี สามารถทำงานและกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รายได้ส่วนตัวเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาเบาหวาน ดังตัวอย่างเช่น

“มันก็ไม่ได้กระทบอะไรนะคะ พูดถึงว่าตั้งแต่ทานมาก็ยังไม่เห็นมีอาการอะไร...”

“ไม่...ก็เลี้ยงหลานปกติ ก็อยู่อย่างนี้ ก็ทานยา เข้าชั้นมาก็ทานยา...ก็ทำงานโน้นงานนี้ ก็ไม่มีอะไร ไม่มีอาการอะไร”

“ไม่มี เรามีเราก็กินรักษาตัวเรา ลูกก็ไม่เคยมาเอาเงินที่เรา ไม่เคยเดือดร้อน”

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้พิจารณาและอธิบายผลกระทบต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในด้านการงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด คือ ร้อยละ 63.4 เนื่องจากโรคเบาหวานทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้ป่วย (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลกระทบต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ผลกระทบต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
มีผลกระทบต่อการทำงาน/กิจวัตรประจำวัน	19	63.4
มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย	4	13.3
ไม่มีผลกระทบ	7	23.3

พฤติกรรมกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

โรคเบาหวานเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยทุกราย โดยพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพเริ่มตั้งแต่เมื่อเกิดอาการผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างจะพินิจพิจารณาและพยายามอธิบายอาการที่เกิดขึ้นในครั้งแรกพร้อมกับจัดการอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวตามการรับรู้ ทัศนคติและวินัยของตนเอง ครอบครัวเครือข่ายทางสังคม ภายใต้ระบบการดูแลสุขภาพ 3 ส่วนคือ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน ซึ่งสอดคล้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพแต่ละส่วนแตกต่างกัน และมีปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน

การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนมีหลายวิธี เช่น การรอสังเกตอาการ การดูแลรักษาตนเองตามอาการโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชนมีบทบาทสำคัญ วิธีการดูแลสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนจำแนกได้ดังนี้

1. การรอสังเกตอาการ กลุ่มตัวอย่างมีการรอสังเกตอาการผิดปกติในระยะเวลาหนึ่ง โดยอาจมีหรือไม่มีการปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลอื่น เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะเจ็บป่วย แล้วจึงตัดสินใจเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนอื่นต่อไป

2. การดูแลรักษาตนเองตามอาการ เมื่อเกิดอาการผิดปกติกลุ่มตัวอย่างจะตัดสินใจรักษาตนเองตามอาการที่ให้ความหมาย ซึ่งมีทั้งการรักษาโดยไม่ใช้ยาและใช้ยาร่วมด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา กลุ่มตัวอย่างได้พยายามบรรเทาหรือรักษาอาการผิดปกติตามอาการที่เกิดขึ้นเช่น เมื่อมีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย กลุ่มตัวอย่างบางรายจะหยุดพักการทำงาน เลิกทำงาน เมื่อมีอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย กลุ่มตัวอย่างจะดื่มน้ำ และเมื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าสูง กลุ่มตัวอย่างบางรายจะควบคุมอาหารร่วมกับการรับประทานยาแผนปัจจุบัน

2.2 การรักษาโดยใช้ยา กลุ่มตัวอย่างมีการซื้อยารักษาตนเองร่วมกับการดูแลสุขภาพวิธีอื่น ซึ่งยาที่ใช้รักษาตนเองมีทั้งยาแผนปัจจุบันที่ซื้อจากร้านขายยาด้วยตนเองโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ ยาสมุนไพรตำรับหรือดัดแปลง ยาแผนไทยบรรจุสำเร็จรูป จำแนกได้ดังนี้

2.2.1 ยาแผนปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาแผนปัจจุบันเอง โดยซื้อจากร้านขายยาแผนปัจจุบันโดยไม่มีใบสั่งแพทย์หรือใช้ยาสามัญประจำบ้าน เพื่อบรรเทาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างผู้ป่วยเช่น รับประทานยาแก้ปวดเนื่องจากปวดศีรษะหรือคิดว่าเป็นไข้ หรือผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาแผนปัจจุบันและลดจำนวนยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ดังตัวอย่างผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งเป็นเบาหวานมา 5 ปี ใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน ประเมินตนเองว่าร่างกายได้รับยาในปริมาณที่มากเกินไปอาจมีอันตรายต่อสุขภาพ จึงลดจำนวนยาแผนปัจจุบันที่แพทย์สั่งลง $\frac{1}{2}$ เม็ด ดังรายละเอียดเช่น

“ก็เรื่อยปกติทุกวัน ทานจนลืมแล้วป้า เพราะทานทุกวันกลัวไตจะไม่ดี บางทีก็งดยาอย่างนี้ ให้ทานเท่านี้ เราก็ทานให้น้อยหน่อย เด็ดขมมันไม่ไหว มาดูไตก็ดีดีใจนะคะ ...ก็ลดเอง... ลูกเขวว่า แม่นี่เป็นหมอเองเรื่อยเลย”

2.2.2 ยาแผนไทยบรรจุสำเร็จรูป ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างสามารถหาซื้อยาแผนไทยบรรจุสำเร็จรูปได้ด้วยตนเองตามร้านขายยาหรือตัวแทนจำหน่าย เช่นยาหอมตรา 5 เจริญ เมื่อมีอาการเวียนศีรษะ เป็นลม

2.2.3 สมุนไพร กลุ่มตัวอย่างใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน โดยการแสวงหาจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน หรือญาติพี่น้อง สมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนมี 2 กลุ่ม คือ สมุนไพรเดี่ยว และสมุนไพรตำรับ รายละเอียดมีดังนี้

สมุนไพรเดี่ยว กลุ่มตัวอย่างรับประทานสมุนไพรเดี่ยวเพื่อรักษาโรคเบาหวาน โดยเดินทางไปซื้อจากคำแนะนำของเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง จากการปลูกหรือเก็บจากริมรั้ว / ท้องนา รูปแบบการใช้สมุนไพรมีหลายรูปแบบเช่น ลูกกลอน แคปซูลอัดเม็ด และยาต้ม เป็นต้น รสชาติมีทั้งรสจืดและรสขมมาก รายชื่อสมุนไพรเดี่ยวและรูปแบบที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ในการรักษาเบาหวาน มีดังนี้

ชนิดต้ม -) ตะไคร้สด / แห้ง กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ใช้ตะไคร้สดทุบผสมกับขิงแล้วต้มดื่มแทนน้ำ รสชาติจืด มีเพื่อนบ้านแนะนำ ส่วนตะไคร้แห้งซื้อที่วัดปากน้ำ มีลูกชายแนะนำและสนับสนุนให้รับประทาน

-) มะระจีนก / ต้นเงาะป่า กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ใช้ทั้งต้นล้างสะอาดมาตากแดด และต้มแทนน้ำ มีเพื่อนบ้านแนะนำ

-) กิ่งทองกลาง กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ใช้กิ่งทองกลางหั่นเป็นท่อน ๆ แล้วเอามาต้ม รสชาติจืด ๆ ขื่น ๆ มีเพื่อนบ้านแนะนำ

-) ต้นขลุ่ กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย เก็บต้นขลุ่ที่ขึ้นริมทางตามคำแนะนำของเพื่อนบ้าน มาสับแล้วตากแดด ต้มทานแทนน้ำ

-) ฟ้ายะลวยโจร กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ใช้ใบฟ้ายะลวยโจรสด มาต้มน้ำดื่ม รสชาดขม มีเพื่อนบ้านแนะนำ

-) ลูกใต้ใบ กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ใช้ต้นลูกใต้ใบสด ต้มดื่มแทนน้ำ มีเพื่อนบ้านแนะนำ

-) บอระเพ็ด กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ใช้บอระเพ็ดมาตำให้แหลก และคั้นเอาน้ำดื่ม มีเพื่อนบ้านแนะนำ

ชนิดเม็ด -) กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ใช้ยาเม็ดสมุนไพรรักษาเบาหวาน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ได้รับการแนะนำจากนักจัดรายการวิทยุเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งสามารถหาซื้อจากร้านขายยาแผนปัจจุบันทั่วไป มีชื่อการค้าว่า วาย-ดี

ชนิดแคปซูล -) กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ซื้อยาสมุนไพรชนิดแคปซูลร่วมกับการรับประทานยาเบาหวานแผนปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างซื้อยาฟ้ายะลวยโจรชนิดแคปซูลจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน และกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งมีลูกสาวทำงานบริษัทซื้อกระเทียม และน้ำมันตับปลา มาเป็นยาเสริมให้มารดารับประทานทุกวัน

ชนิดเจล -) กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย มีภรรยาซื้อยาสมุนไพรสกัดจากवानหางจระเข้ มีลักษณะเป็นวุ้นรับประทานวันละ 2 ครั้ง รสชาดเปรี้ยว ๆ ชืด ๆ

ชนิดชาขง -) กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ซื้อสมุนไพรดอกคำฝอย, ผงมะแว้งชนิดชาขง มาชงดื่มเหมือนน้ำชา

ยาตำรับ กลุ่มตัวอย่างซื้อยาตำรับ (เป็นชุด / เป็นหม้อ) เพื่อรักษาโรคเบาหวานโดยทุกรายได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบส่วนประกอบของยาที่ใช้ดื่ม ยาตำรับจะได้รับการจัดเป็นชุดเรียบร้อย มีสรรพคุณในการรักษาโรคเบาหวาน ตัวอย่างยาตำรับที่กลุ่มตัวอย่างใช้จำแนกได้ดังนี้

ยาตำรับไทย -) ยาฝีบอก กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย เดินทางไปซื้อยาที่จังหวัดลพบุรีตามคำแนะนำของเพื่อนบ้าน ยาฝีบอกประกอบด้วยสมุนไพรแห้งหลายชนิด

-) ยาหม้อ กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ต้มยาหม้อที่ประกอบด้วยสมุนไพรแห้งหลายชนิดรับประทาน รสชาดของยาหม้อจะขม และมีกลิ่นเหม็น

-) ยาชุด กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย เพื่อนบ้านแนะนำให้ซื้อยาจากร้านขายยาแผนโบราณ ชื่อ ร้านเจ้ากรมเปือ โดยกลุ่มตัวอย่างบอกคนขายยาว่าซื้อยารักษาเบาหวาน คนขายยาจะจัดยาชุดให้มาดื่มโดยมีสมุนไพรแห้งหลายชนิดผสมกัน

→) สมุนไพรสด 3 ชนิด ประกอบด้วย ต้นลูกใต้ใบ + ผักปลาม + ต้นหางปลาช่อน อย่างละ 1 กำมือ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งใช้เก็บจากท้องนา มาต้มดื่มแทนน้ำ

→) ขาชนิดลูกกลอน กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ซึ่งมาจากวัดโพธิ์ โดยคำแนะนำของเพื่อนบ้าน

ยาตำรับจีน →) กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ใช้ยาสมุนไพรตำรับจีนในการรักษาเบาหวานร่วมกับยาแผนปัจจุบัน โดยกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งได้ยาฟรีจากโรงเจใกล้บ้าน เป็นเม็ดเล็ก ๆ รับประทาน 3 เวลาก่อนอาหาร มีอละ 30 เม็ดเล็ก ๆ และกลุ่มตัวอย่างอีกราย เพื่อนบ้านแนะนำยาจีนเป็นเม็ดเล็ก ๆ เหมือนสาธู บรรจุนอยู่ใน กระจวี่ (กล่องเล็ก ๆ) ทานวันละ 1 กระจวี่

จากการศึกษาพบว่า การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรึกษาขอคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคมอื่น ๆ ได้แก่ ญาติมิตรที่ทำกิจกรรมร่วมกันเช่น ที่วัด สมาชิกลูกเสือชาวบ้าน โดยการบอกเล่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเพื่อขอคำแนะนำและช่วยวินิจฉัยหรือยืนยันความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตลอดจนแนะนำแหล่งบริการสุขภาพเพื่อการรักษาความเจ็บป่วย

ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน

จากการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกก่อนได้รับการวินิจฉัยตามการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารักษาโรคเบาหวานจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเป็นหลัก และกลุ่มตัวอย่างบางรายมีการแสวงหาทางเลือกอื่นในการรักษาโรคเบาหวานภายในระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน โดยมีปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน (ตารางที่ 10) จำแนกดังนี้

ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ได้แก่

1. อัตราการรักษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.38 ตัดสินใจใช้ยาสมุนไพรเนื่องจากประเมินว่าค่าใช้จ่ายในการซื้อยาสมุนไพรไม่แพง บางรายได้ฟรี บางรายเก็บจากสวน จากท้องนา หรือริมรั้ว จึงใช้สมุนไพรดังกล่าวร่วมในการรักษาเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างบางรายรักษาเบาหวานจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพระยะเวลาหนึ่ง ประเมินว่าอัตราค่า

รักษาสูง จึงตัดสินใจแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ส่วนตัวจากบุตรสาวให้เดือนละ 6,000-7,000 ไม่มีสวัสดิการรักษายาบาล

“บอกแม่พูด..ก็พูดนะลูก เป็น 1,000 แม่ก็ไม่มี ไปหาหมอที่นี้ 2 เดือน รวม 2,000 ค่ายานะ บางครั้งมันก็ไม่พอเหมือนกัน เพราะเราได้เดือนละ 6,000-7,000 และเดือนไหนลูกเขาไม่เพิ่มให้ก็ไม่พอ ค่าอะไรช่วงนี้ก็แพง บอกจริง ๆ กราฟที่แล้วเงินก็ไม่พอ และพอดีไม่สบายก็เลยปล่อยเลย ไม่เอาแล้ว เพราะเราต้องไปรักษาโรคที่เกิดขึ้นใหม่อีก ค่าหวัด ค่าอะไร ก็เลยบอกลูกว่า คุณแม่จะไปเอายาโบราณนะ”

กลุ่มตัวอย่างบางราย ซื้อยาสมุนไพรชุดจากร้านขายยา “เจ้ากรมเปื้อน” ดั้มดึ้มด้วยราคาถูกและได้ปริมาณมาก ปัจจุบันยังดั้มไม่หมดและใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ “เวลาซื้อต้องหอบมาเป็นลัง ราคาถูกมากค่ะ ถูกมาก มันไปซื้อ 100 กว่าบาทนี่ เยอะเยอะเลย ดั้มเป็นท่อให้จืด ใช้น้ำดั้มแล้วก็เอาน้ำทาน ทานแบบน้ำชา ก็เรื่อยปกติทุกวัน ทานจนลิ้มแล้วป้า...”

2. ความสะดวกรวดเร็วในบริการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.56 มารับการตรวจรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าได้ระยะเวลาหนึ่ง รู้สึกเมื่อน่ายและน้อยใจในระบบบริการที่ได้รับ จึงหยุดการรักษาที่โรงพยาบาลและไปซื้อยารับประทานเองเป็นเวลา 2 ปี โดยขาดการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันและไม่ได้รับการตรวจเลือดเนื่องจากได้รับความสะดวกรวดเร็วกว่า ประกอบกับเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีภาวะเครียดเรื่องของการครอบครัวทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจดูแลรักษาตนเองโดยซื้อยาเอง

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน

จากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำจากบุคคลในระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.56 ฟังรายการวิทยุรายการหนึ่งเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ โดยมีผู้ดำเนินรายการที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ร่วมรายการที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์จากโรงพยาบาลต่างๆ มาแนะนำความรู้และตอบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจนกลุ่มผู้ฟังสนใจติดตาม รายการนี้ได้แนะนำผลิตภัณฑ์ยี่ห้อ “วาช-ดี” ให้แก่กลุ่มผู้ฟังรายการ กลุ่มตัวอย่างรายนี้เมื่อรับฟังมีความสนใจและซื้อหาผลิตภัณฑ์ยี่ห้อนี้มารับประทานเป็นระยะเวลาหนึ่ง

ปัจจัยด้านผู้รับบริการการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน

การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้รับบริการการดูแลสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายที่ตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ มากกว่า 1 ปัจจัยร่วมกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คำแนะนำของเพื่อนบ้าน / เครือข่ายทางสังคม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.64 แสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนโดยการขอคำปรึกษาจากเครือข่ายทางสังคม หรือได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านให้ใช้สมุนไพรชนิดต่าง ๆ โดยกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจเลือกใช้ตามการรับรู้ของตนเอง ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งใช้สมุนไพรหลายชนิดในการรักษาโรคเบาหวานร่วมด้วยตามคำแนะนำของเพื่อนบ้านและเครือข่ายทางสังคม เมื่อมีคนแนะนำใหม่ก็จะทดลองกินไปเรื่อย ๆ โดยใช้ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นตัวประเมินผลการรักษา สมุนไพรตัวใดที่ผู้ป่วยประเมินว่าไม่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดก็จะหยุดใช้และเริ่มแสวงหาชนิดใหม่ต่อไปตามคำแนะนำของเพื่อนบ้านและเครือข่ายทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

“พอใครบอกอะไรดีที่เขาขาย ป้าก็ลอง..ลูกผู้ที่เขาบอกว่ากินไปเถอะ กินไปนาน ๆ ไม่ได้ซื้อได้หาบอกตรง ๆ ยาหมอมารักทานไป สมุนไพรไม่ให้โทษอะไร เก็บ ๆ เอมาล้างให้สะอาดแล้วก็ต้ม เพราะมันไม่ให้โทษ บอกให้กินไปเถอะ เดียวก็เดินมาเดินไปตามนี่นะ คนที่นั่งอยู่ใกล้กันบางคนก็หวังดี เขาจะคุยให้ฟังคนนั้นหาย คนนี้หาย ไอ้เงาะ ไอ้มะระเล็ก ๆ เขาเรียกมะระจีนก เขาบอกว่าถอนมาทั้งรากทั้งโคน ยาผีบอกมานั่งรวมกันก็ได้กินละอีกยา”

กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง มีอาชีพขายน้ำเต้าฮวย ใช้ยาสมุนไพรชนิดลูกกลอนรักษาโรคเบาหวานร่วมกับการรับประทานยาแผนปัจจุบันโดยได้ปรึกษาจากโรงเจ เนื่องจากมีลูกค้ามารับประทานเต้าฮวยแล้วคุยกัน ผู้ป่วยจึงได้ทดลองไปเอามาใช้จนกระทั่งปัจจุบันรวมเวลา 4 เดือน โดยที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่ายาโรงเจเป็นยาควบคุมและไม่มีอันตรายต่อร่างกาย

“ก็มีคนเขาไปเอานะ เขามากินเต้าฮวย เขาก็คุย ๆ ว่ามีสมุนไพรเป็นลูกกลอน กินคุมรักษาเบาหวาน แต่กินนาน ๆ ไม่ได้กินเป็นเดือน 2 เดือน กินเป็นปี ก็เลยเอามากิน กินแล้วไม่ได้กระตุกหูหรืออะไร...มันก็กินที่นี้ไปด้วยนะ ไม่รู้เหมือนกัน ก็อย่างนั้น ไม่ดีขึ้น แต่เขาให้กินนาน ๆ นะ ก็ไม่เป็นอันตรายนี้ ของคนจีนเขาไม่เป็นอันตราย ก็กินได้ตลอด 24”

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านหรือเครือข่ายทางสังคมไม่ให้ใช้ยาสมุนไพรต่าง ๆ รักษาโรคเบาหวาน ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง ได้ปรึกษาและขอคำแนะนำจากเพื่อนบ้านที่เป็นโรคเบาหวานมา 10 ปี แต่สุขภาพแข็งแรงไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยเพื่อนบ้านที่ผู้ป่วยนำมาเป็นแบบอย่างไม่แนะนำให้ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนอื่นนอกจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ

“ไม่ได้ใช้อย่างอื่น เพราะว่าคนนั้นเขาก็ไม่ชอบ กินยาหลวงมา เขาบอกอย่าไปเชื่อเลย อะไร ๆ ก็สับสนหลวงไม่ได้หรอก...เขาทานยานี้แหละ เขาบอกแล้วก็ควบคุมอาหารเท่านั้นแหละ”

2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.38 แสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน โดยการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวได้แก่ สามิ ภรรยา บุตรหลาน ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ดังตัวอย่างผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง สามิได้มีส่วนร่วมในการรักษาโรคเบาหวานโดยการแสวงหายาสมุนไพรที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ผู้ป่วย แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับประทานทำให้เกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนกระทั่งผู้ป่วยและสามิ ประเมินว่าไม่ได้ผลแต่กลับทำให้ร่างกายทรุดโทรมลงจึงเลิกรับประทาน

“แฟนเขาไปเอามาให้ คนแนะนำเขาแบบว่า...อยากให้หายนะ กินไปไม่มีแรงเลยกินไป 2 เทียว รู้สึกไม่ถึง 2 เดือนมั้ง เพราะว่าถุงหนึ่ง 300 บาท ทานได้ประมาณ 1 เดือน พอหลังจากนั้นก็มาตรวจดู ตรวจดูก็ยัง 300 กว่าเกือบ 300 ไม่ได้ลดเลย ไม่เอาอีกเลย เกือบตาย”

3. ความเชื่อ / ค่านิยม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.94 มีความเชื่อในผลการรักษาของยาสมุนไพรแผนโบราณ และประเมินผลว่าจะมีส่วนช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง ใช้ยาสมุนไพรชนิดต้ม (ยาหม้อ) ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน โดยมีความเชื่อและค่านิยมในการใช้ยาสมุนไพรช่วยรักษาเบาหวาน แม้ไม่ชอบในรสชาติและกลิ่นของยา ทำให้ผู้ป่วยรับประทานไม่สม่ำเสมอ โดยปัจจุบันมีคนแนะนำยาลูกกลอนรักษาเบาหวานแต่ต้องเดินทางไปจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ป่วยกำลังตัดสินใจว่าจะไปดีหรือไม่ เนื่องจากเชื่อในผลการรักษาของยาสมุนไพรและเป็นยาลูกกลอนที่ไม่มีรสขมและกลิ่นเหม็นเหมือนยาต้มที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานอยู่ นอกจากนี้ผู้ป่วยรายนี้ยังเชื่อว่าการรับประทานยาจำนวนมากทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร ทำให้ปริมาณยาในร่างกายมากเกินไปอาจเป็นอันตรายได้จึงลดจำนวนยาแผนปัจจุบันเหลือ 1 เม็ดโดยไม่ได้รับรักษาแพทย์ ดังตัวอย่างเช่น

“ตอนนี้ทานยาต้ม ก็ลดเหลือ 1 เม็ด ลดยาเองทานเม็ดหนึ่ง เพราะเรากลัวได้ชวยยาเยอะไป มาลองวัดน้ำตาลดูก่อน...ยาต้มนี้เพิ่งเริ่มทานเดือนหนึ่ง (ไม่สม่ำเสมอ) เป็นขามันเหม็นและก็ขม แบบว่าก็ทานบ้างไม่ทานบ้าง มันกลัวนะ ไม่เอาไม่ทานทานที่เป็นแก้วเลย แล้วบางครั้งทานข้าวอิ่มแล้วไม่อยากทาน มันกลัวยานะ มันน่ากลัว มันทั้งขม ทั้งเหม็น แต่ก็อยากจะดูว่าน้ำตาลจะลดไหม เมื่อวานทานวันนี้เลยมาตรวจ...นี่มีคนแนะนำให้ไปสุพรรณ ตรงไหนก็ไม่รู้ เขาวางกินแล้วมันหาย ยังไม่ได้ไปลองเลย”

นอกจากนี้ความเชื่อในผลการรักษาของยาสมุนไพรของกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดยาแผนปัจจุบันและรับประทานแต่ยาสมุนไพร ในครั้งแรกรับประทานยาสมุนไพรชื่อ “วาช-ดี” ร่วมกับยาแผนปัจจุบันเป็นเวลา 1 เดือน เมื่อมาวัดระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่พอใจจึงหยุดรับประทานยาแผนปัจจุบันและรับประทานแต่ยา “วาช-ดี” เป็นเวลา 1 เดือน กลับมาประเมินผลการรักษาโดยวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าตามปกติ พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงหันกลับมารับประทานยาแผนปัจจุบันร่วมด้วยเช่นเดิม โดยมีความเชื่อดังต่อไปนี้

“ทานยามา 2 ปีแล้ว ยารพ.นี้ นี่เพิ่งมากิน(วาช-ดี) เมื่อสิ้น 40 นี้ แล้วก็เลิกยาทางนี้เลย เดือนหนึ่งหยุดเลย...หมอเขาสั่งให้มาฉีดยากิน มาหาหมอพื้นบ้านเลย เดือนเดียว...หยุดเดือนเดียวรู้ผลเลย พอครบเดือนเราก็มารู้สึกขึ้น...ยาโรงพยาบาลนี้ทิ้งไม่ได้เลย สมุนไพรตอนนี้หยุดแล้วมันไม่มีอะไรแล้วนี่ ปวดเมื่อยตามตัวอย่างเดียว อย่างนี้เรียกว่าแรงของเรามันถอยอย่างเก่า”

4. ความสะดวกในการจัดหา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.25 กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านให้ใช้กึ่งทองกลางดม้น้ำดื่ม แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่สะดวกในการจัดหาต้นทองกลางจึงไม่ได้รับประทาน จนกระทั่งหนึ่งผู้ป่วยไปสวนของน้องที่แม่กลองจึงมีโอกาสดึงมาต้มดื่มตามคำแนะนำ แต่ปัจจุบันเลิกรับประทานแล้วเพราะไม่สะดวกในการจัดหา

“เอากึ่งทองกลางมาหั่นเป็นคืบ ๆ แล้วเราก็ต้ม แล้วเราก็ตานน้ำก็ทานจนหมด ก็ไม่หายอย่างนี้ เขาก็บอกให้ทานประจำ แล้วนี่ก็ไม่ได้อยู่สวนนะ ก็เลยไม่ได้ทาน ก็จับรามาเห็นก็จอตระตืดเอา...ตอนนี้เลิกทาน ก็เราไม่ได้อยู่สวนนี่เรามาอยู่กรุงเทพฯ ตอนนั้นเราไปสวนน้องที่อัมพวา แม่กลอง”

5. ประสบการณ์การรักษาของบุคคลใกล้ชิด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69 มีบุคคลใกล้ชิดที่รับประทานยาสมุนไพรจึงทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรับประทานยาแผนปัจจุบัน ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งมีสามีเป็นโรคเบาหวานและรับประทานยาสมุนไพรชนิดต้มเป็นประจำ จึงทำให้ผู้ป่วยลองรับประทาน แต่เมื่อประเมินผลการรักษาของสามีพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วยเช่นเดียวกับสามี

“แบบว่าแฟนเขาจะทานประจำ แต่ขมป้าทานไม่ได้ ไม่ชอบมันขม ขาน้ำจะดื่มก็ดื่มนี้ ก็เพิ่งมี 2 วันนี่ มีคนเขาแนะนำมาให้ห่อละ 25 เอามาต้ม ทานแล้วเหมือนน้ำชาไม่ขม ป้าก็เลยทานกับเขามา 2 วัน...เขาก็ทานแล้วมาตรวจก็เห็นขึ้น ป้าก็เลยไม่ค่อยเชื่อ ก็เชื่อบ้าง แต่ต้องทานยานี้ด้วย และแฟนเขาก็ทานยานี้ด้วยไม่ใช่ว่าทั้ง ก็ยาต้มด้วยขานี้ด้วยเช่นกัน”

6. เหตุการณ์สำคัญในชีวิต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.56 สูญเสียบุตรสาวที่ใกล้ชิดทำให้รู้สึกเสียใจและเครียด เนื่องจากต้องเป็นภาระดูแลหลาน ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนคือ ซื้อยาโรคเบาหวานรับประทานเองร่วมกับรับประทานยาสมุนไพรอย่างไม่สม่ำเสมอ ขาดการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเป็นเวลา 2 ปี จนกระทั่งปัจจุบันหลานเข้าโรงเรียนจึงมีเวลาว่างที่จะกลับมารักษาที่โรงพยาบาลเช่นเดิม

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน

ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ส่วนประชาชน	จำนวน (n=39)*	ร้อยละ
1. ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน	7	17.95
1.1 อัตราการรักษา	6	15.38
1.2 ความสะดวกรวดเร็วในบริการ	1	2.57
2. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ	1	2.57
2.1 คำแนะนำและการให้ความรู้	1	2.57
3. ปัจจัยด้านผู้รับบริการการดูแลสุขภาพ	31	79.48
3.1 คำแนะนำของเพื่อนบ้าน/เครือข่ายทางสังคม	10	25.64
3.2 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว	6	15.38
3.3 ความเชื่อ/ค่านิยม	7	17.94
3.4 ความสะดวกในการจัดหา	4	10.25
3.5 ประสบการณ์การรักษาของบุคคลใกล้ชิด	3	7.70
3.6 เหตุการณ์สำคัญในชีวิต	1	2.57

* กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพมากกว่า 1 อย่าง

สรุปสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างหยุดแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนจำแนกได้ดังนี้

1. การรักษาได้ผลดี กลุ่มตัวอย่างใช้สมุนไพรรักษาเบาหวานได้ระยะเวลาหนึ่งจึงทำการประเมินผลการรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีอาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะเจ็บป่วยใดๆ และการใช้สมุนไพรในการรักษาเบาหวานได้ผลแต่ต้องใช้เวลาานาน กลุ่มตัวอย่างจึงหยุดยาดังกล่าวแต่ยังคงใช้ยาแผนปัจจุบันรักษาต่อไป

2. การรักษาไม่ได้ผล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สมุนไพรพื้นบ้านรักษาเบาหวานในระยะเวลาหนึ่งได้ทำการประเมินผลพบว่า การใช้สมุนไพรพื้นบ้านอย่างเดียวโดยหยุดยาแผนปัจจุบันหรือใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วยไม่สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยจึงหยุดการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน

3. การจัดหาขุ่ยยากลำบาก กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการรักษาที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบันมีขั้นตอนขุ่ยยากเช่น ต้องนำยามาต้ม และสมุนไพรบางชนิดหายาก ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเลิกใช้

4. รสชาติ ยาสมุนไพรพื้นบ้านที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการรักษาเบาหวานที่มีรสชาดจืดคล้ายน้ำชาผู้ป่วยจะดื่มต่างน้ำ สำหรับยาสมุนไพรพื้นบ้านที่มีรสชาดขม กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่ชอบในรสชาดจึงเลิกใช้

5. สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาเบาหวานร่วมกับยาแผนปัจจุบันได้ระยะหนึ่ง แต่เนื่องจากปัญหาทางการเงิน ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเลิกใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน

6. ผลข้างเคียงภายหลังการใช้ กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาสมุนไพรที่ได้รับการแนะนำจากเพื่อนบ้านในครั้งแรก ผู้ป่วยไม่มีแรง และรู้สึกเหมือนจะเสียชีวิต ผู้ป่วยจึงรับประทานได้เพียง 2 หุด จึงหยุดรับประทานต่อ

การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน

การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย ได้รับการตรวจรักษาจากหมอแผนโบราณที่เรียกว่า “หมอเฒะ” ซึ่งตรวจรักษาโดยใช้มือวางบริเวณข้อมือผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยโรค และจ่ายยาเป็นยาชนิดลูกกลอนและชนิดน้ำ

ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน

จากการศึกษาพบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้านในการรักษาโรคเบาหวาน โดยมีปัจจัยด้านผู้รับบริการการดูแลสุขภาพที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมดังกล่าวคือ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน และได้รับการสนับสนุนจากลูกชายที่ขับรถรับส่งผู้ป่วยไปยังสถานที่ที่หมอเฒะอยู่คือ สะพานใหม่ คอนเมือง สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้านในรายนี้คือ การประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยว่ามีอาการดีขึ้นไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาจากหมอเฒะต่อ คงไว้แต่การรับประทานยาแผนปัจจุบันจากโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าต่อไป

การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ

การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ คลินิก ร้านขายยาตามใบสั่งแพทย์ โรงพยาบาลประจำอำเภอ ศูนย์สาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐบาล และโรงพยาบาลเอกชน กลุ่มตัวอย่างทุกรายใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนวิชาชีพเพื่อการวินิจฉัยโรคเป็นอันดับแรก เมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานแล้วจะเริ่มแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่นต่อไป สำหรับการัน้ใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนวิชาชีพมีตั้งแต่ใช้ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (ที่ศึกษา) และมากที่สุด คือ 5 แห่ง (ดังแสดงในตาราง 11) โดยกลุ่มตัวอย่างจะใช้แหล่งบริการสุขภาพทีละแห่ง และประเมินผลการรักษาจากระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนแหล่งบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในการแสวงหาการดูแลสุขภาพในส่วนวิชาชีพ

จำนวนแหล่งบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
	n = 30	
1 แห่ง	17	56.7
2 แห่ง	9	30.0
3 แห่ง	2	6.7
5 แห่ง	2	6.7

ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ

จากการศึกษาการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพร่วมหลายปัจจัยจำแนกได้ดังนี้

ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.0 แสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพในส่วนวิชาชีพด้วยปัจจัยสำคัญคือ ใกล้บ้านและความสะดวกในการเดินทางมารับบริการสุขภาพ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ต้องมาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพในระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นได้ปรึกษาเพื่อนบ้านที่เป็นโรคเบาหวานซึ่งรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยจึงได้ตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลแห่งนี้อยู่ประมาณ 1 ปี ผู้ป่วยรู้สึว่าการเดินทางไปรับการรักษาไม่สะดวกและระยะทางไกล ผู้ป่วยจึงตัดสินใจแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพแหล่งใหม่ที่สะดวกและใกล้กว่า

“ไปตรวจอยู่ได้ปีหนึ่ง หรือปีกว่า ก็ไปไม่ไหว ก็เลยมาตรงนี้ดีกว่า นั่งรถคนเดียว...ที่บางคอแหลมไกลกว่า แล้วไปเจอรถติด รถมันต้องอ้อมไปทางนี้ อีहनั่นมันเราก็ไม่รู้ว่ามันอ้อมไป...เอ๊ะ! ทำไมมันมาทางนี้ลงรถไปขึ้นใหม่ รถมันก็มาทางเก่าอีก...เมื่อตอนเดินข้าม กว่าจะถึงโรงพยาบาล โอ๊ย...เหนื่อย ก็เลยมาทางนี้”

2. สวัสดิการการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.0 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าด้วยปัจจัยทางด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาลของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างบางรายเริ่มรักษาโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลเอกชน คลินิกในครั้งแรกได้ระยะเวลาหนึ่ง แต่เนื่องจากโรคเบาหวานต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจออกจากแหล่งบริการสุขภาพเดิมและเข้ารับการดูแลรักษาโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าแทน เนื่องจากเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะรักษาโรคหัวใจจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มเพื่อรักษาทั้งโรคหัวใจและโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการดูแลสุขภาพที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าแทน เนื่องจากบุตรเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ภายหลังรับการรักษาเบาหวานได้เพียง 3 เดือน

“ลูกก็บอกย้ายไปนี่แหละ ทหารเรือนี้แหละ ค่ายาก็เบิกได้ อยู่ที่นี่ค่ายาก็เบิกไม่ได้ ไปที่เสียเป็น 1,000 รักษาจนไม่มีเงินแล้ว...ลูกสาวเขาให้ย้ายมา ถ้ารัฐบาลเขาเบิกได้ เขาก็บอกแม่ว่าแต่เสียค่ายานี้ เดือน 1,000 กว่าเบิกก็ไม่ได้”

กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ประมาณ 3-4 ปี ตัดสินใจเข้ารับการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าเนื่องจากบุตรเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เช่นเดียวกัน

“แพงหนัก ๆ...เอ ! เราบ้าหรือเปล่า เราให้ลูกชายคนนั้นเป็นทหารเบิกแล้วก็ให้หลานไป บางที 2,000 กว่า 3,000 กว่า บางทีมีโรคอื่นด้วยมันจะแพงเกือบ 4,000 บาท ร้อยกว่าบาท ดู ๆ แล้วรักษาไม่ไหวเลย หนีมานี้ เศรษฐกิจก็แย่ล่ะนะ”

3. อัตราค่ารักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.0 ตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพด้วยปัจจัยด้านอัตราค่ารักษาพยาบาล ร่วมกับการประเมินค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เสียในการรักษาโรคเบาหวาน ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งเป็นโรคเบาหวานมา ปี แสงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพมา 3 แห่ง ก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยผู้ป่วยประเมินผลการรักษาแหล่งบริการสุขภาพทั้ง 3 แห่งว่า การบริการและการรักษาโรคเบาหวานเหมือนกัน แต่แตกต่างกันในด้านอัตราค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น

“คิดว่าเหมือน ๆ กัน แต่แตกต่างกันในแง่สตางค์ครับ ที่นี้มันถูก...รักษาอยู่ที่นครพนมอยู่ตั้ง 3 ปีกว่า แล้วมันแพง ซื้อมาก็ 2,000 กว่าต่อครั้งต่อเดือน ค่าเจาะเลือดก็ 700 กว่า มาที่นี้บางที 20 บาท ก็เลยคิดถึงสตางค์ ตอนนี้ไม่ได้ทำงาน...หยุดมาตั้งแต่ตามองไม่ค่อยเห็น”

4. ความสะดวกรวดเร็วในบริการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.0 ประเมินว่าการบริการของโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก ได้รับความสะดวกรวดเร็วมากกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีเวลาในการมารับบริการสุขภาพไม่นาน กลุ่มตัวอย่างจึงเลือกใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง เริ่มมีอาการหน้ามืดใจสั่น ในครั้งแรกก่อนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจรักษากับโรงพยาบาลเอกชนก่อน

“อยู่ ๆ คล้าย ๆ กับหน้ามืดใจสั่น...ตอนนั้นรีบนะ รีบเลยเข้าหากรุงธนก่อน พอผมมากรุงธน แล้วเขาบอกว่าสงสัยจะเป็นอย่างโน้นอย่างนี้ ให้ตรวจเช็คเลือดก็เลยมาที่นี้”

กลุ่มตัวอย่างบางรายเมื่อได้รับผลการตรวจรักษาโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลในเกณฑ์ที่พอใจ จะตัดสินใจเลือกใช้บริการของคลินิกแทน เนื่องจากไม่ต้องเสียเวลารอการตรวจรักษานาน ดังตัวอย่างเช่น

“เราก็มาคิดไปคิดมาไม่เอาเงินไม่สะดวกเรา ใช้อยู่...เราไปรักษาที่นั่นเราต้องเสียเวลาไปเกือบวัน บางที่เรารู้อย่างนี้เราต้องเสียเวลาใช้ไหม เราหยุดเป็นวัน ๆ ก็เสียโอกาสเสียการค้าเราไม่ไหว...หาหมอเสียเงินหน่อย...”

“มันสะดวก เจาะเลือดก็เจ็บเดียว อย่างเข้า ๆ ไปนี่เดียว...เดียวกลับมาใหม่นะ เดียวกลับมาฟังผล แล้วก็หาหมอเลย”

เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ซื้อยาจากร้านขายยาตามใบสั่งยาจากแพทย์ แทนการนั่งรอรับยาในโรงพยาบาลที่เสียเวลานาน และตนเองเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ ดังตัวอย่างเช่น

“ก็คิดสิ...นั่งนี้บางทีออกไปร่วมเที่ยงแล้ว ต้องไปรอยาอีก เลยไม่เอา ไปนั่นก็ถือว่าเรายังมีสตางค์อยู่”

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. อรรถาธิบาย ความเป็นกันเองและความเอาใจใส่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.0 ประทับใจในอรรถาธิบาย ความเป็นกันเอง และความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล จึงเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพดังกล่าวเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง แสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพมา 4 แห่ง ด้วยปัจจัยต่าง ๆ ปัจจุบันผู้ป่วยรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าครั้งนี้เป็นเดือนที่ 3 รู้สึกประทับใจในอรรถาธิบาย ความเป็นกันเอง และความเอาใจใส่ของแพทย์ พยาบาล ของโรงพยาบาล จึงตัดสินใจที่จะรับการรักษาที่นี้อย่างต่อเนื่อง

“ถูกใจมาก คิดในใจว่าถ้าต่อไปก็ต้องรักษาที่นี่ พุดถึงนะ...เรามาหาที่นี้ ดูทุกอย่างทุกอย่าง นางพยาบาลที่นี่ก็ต้อนรับดีด้วย พุดจากที่ดีนะ”

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายแสวงหาการดูแลสุขภาพแหล่งใหม่ เนื่องจากไม่ประทับใจในบริการที่ได้รับจากแหล่งบริการสุขภาพแห่งเดิม ดังตัวอย่างเช่น

“อู๊ย...เจาะเลือดก็เจาะไม่เป็น เจาะตรงนี้หาเส้นไม่เจอ เขาบอกหาเส้นคุณยากจังเลย ไม่มีเส้น เอ๊ะ...ทำไมเรามาโรงพยาบาลนี้กดทีเดียวได้เลย พอเจาะตรงนี้มาเจาะเอากระดูกตรงนี้อื้อ...เจ็บ พยาบาลเขาอารมณ์ไม่ค่อยดี กำลังนิทาทันอยู่ ที่เรากำลังไม่สบาย แต่หมอพุดจาเพราะ...แต่ไม่ไปอีกเลย”

2. การให้ความรู้และคำแนะนำ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.0 ประเมินว่าการบริการจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพจะได้รับความรู้และคำแนะนำที่ดีในการปฏิบัติตัว เพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน ดังตัวอย่างเช่น

“รามาหาหมอ ๆ เขาว่าเรา...เขาอยากให้เราหาย เขาอยากให้เราดีขึ้น ถ้าเราไม่เชื่อ หมอโรคเราก็คงหนักขึ้น ถ้ามาหาอีกทีหนึ่งค่ายาก็ต้องแพงขึ้น เพราะว่าหมอก็ต้องให้ยาสูงขึ้น ก็ต้องพยายามทำตัวเรา...ก็แสดงว่าเขาก็แนะนำให้เราดีขึ้นนะละ ผลลัพธ์ที่เราได้”

3. ชื่อเสียง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตัดสินใจเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ เนื่องจากชื่อเสียงของผู้รักษา มีความสามารถน่าเชื่อถือ เพื่อนบ้านรักษาอยู่และมีผลการรักษาที่ดี ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจากคลินิกในอำเภอแห่งหนึ่ง หลังจากนั้นได้ยินคนในละแวกบ้านว่าไปรักษาโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จึงเดินทางมารักษา

“ก็คนที่บ้านเขาไป เขาเป็นเบาหวานและโรคอื่นด้วย นี่เขาไปตรวจที่หลัง เขาบอกเบาหวานไม่มี ก็เลยลองไปดู”

ปัจจัยด้านผู้รับบริการการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. **ประสบการณ์การรักษาของตนเองและบุคคลใกล้ชิด** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.0 แสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพจากประสบการณ์การรักษาที่แหล่งบริการสุขภาพเดิม กลุ่มตัวอย่างบางรายรับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพแห่งใดแห่งหนึ่งเป็นประจำตั้งแต่หนุ่ม-สาว เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยจึงเลือกเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งเดิมตามประสบการณ์การรักษา ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่คลินิกในจังหวัดกาญจนบุรี ได้ตัดสินใจเดินทางเข้ากรุงเทพฯ เพื่อรับการรักษาจากแพทย์ประจำที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่ในจังหวัดกาญจนบุรี ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“ทานยาทุกวัน 2 วันเท่านั้นแหละ แล้วก็มาหาอาจารย์โชคเลย เพราะรักษาประจำหลายปีแล้ว ความดันอะไรก็จะเช็กสุขภาพอยู่กับอาจารย์โชคดี...เพราะว่ามีญาติเป็นทหารเรือด้วย แล้วพี่น้องก็รักษาอยู่ที่นั่น”

กลุ่มตัวอย่างบางรายมีประสบการณ์การรักษาที่ไม่ดีกับแหล่งบริการสุขภาพใด จะแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพใหม่ที่พึงพอใจในผลการรักษาแทน ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งมีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพภายในระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพหลายแห่ง ปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรคเบาหวานที่ศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งคือ ปัญหาทางการเงิน แต่

เมื่อประเมินผลการรักษาของตนเองพบว่า ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ผู้ป่วยจึงแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพใหม่ตามประสบการณ์การรักษาของมารดาตนเอง ดังรายละเอียด

“มีอยู่ช่วงหนึ่ง ไม่มีเงิน ก็ไปตรวจที่ศูนย์ ศูนย์ที่ตากสินนะ จะไปตรวจที่นั่นไปทีไร ก็ขึ้นทุกคราวเลย เอ๊ะ...มาตรวจที่นี่ ไม่มีวันลดเลยมีแต่ขึ้นนะ อีก็ให้มากินข้าว ข้าวอะไรละ ข้าวที่มีเม็ดแดง ๆ เขาให้เรามากินอย่างนี้ เราก็กินไม่ไหว มาตรวจตั้งหลายเที่ยว ตรวจไปตรวจมาเราก็เลิก ไม่ตรวจเลย ครั้งแรก 160 170 180 ตรวจทีไรขึ้นทุกที” หลังจากนั้นผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตากสินตามมารดา “ตากสินนี่เหอ ไม่มีใครแนะนำ แม่พอดูอยู่โรงพยาบาลนี้ (รักษาโรคเบาหวาน, โรคประสาท) มาเจาะเลือดดูว่าผลเป็นอย่างไร รู้สึกว่าสูงนะ แล้วก็เอามากินนี่ยังกินไม่หมดเลย เอายาบำรุงด้วยคือ ยาบำรุงน้ำมันยังงี้ กินไปกินมาแล้วก็ไม่ได้กินเลย รู้สึกไม่ได้กินหมดเลยยานี้”

2. คำแนะนำของเพื่อนบ้าน / เครือข่ายทางสังคม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.0 เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะปรึกษาขอคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคม เพื่อตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง เริ่มมีอาการปัสสาวะบ่อย เวียนหัว คล้ายจะเป็นลม รอสั่งเกตอาการตนเองระยะหนึ่ง อาการไม่ดีขึ้นจึงปรึกษาขอคำแนะนำจากญาติที่เป็นเบาหวาน ญาติจึงแนะนำให้มารับการตรวจวินิจฉัยที่คลินิก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งมีอาการเวียนหัว ไม่มีแรงเดิน รู้สึกตัวแต่ลืมตาไม่ขึ้น ลูกจึงรีบนำส่งโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใกล้บ้าน แพทย์รับรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยให้เจาะเลือดตรวจตอนเช้า 2 วัน และบอกผู้ป่วยว่ายังไม่ทราบว่าเป็นอะไร ผู้ป่วยจึงตัดสินใจออกจากโรงพยาบาลเพราะรู้สึกว่าการดีขึ้น แพทย์นัดให้มาพบในวันพุธ แต่ผู้ป่วยไม่มาจนกระทั่งอยู่มาเดือนกว่า ยังคงมีอาการเวียนหัว พอดีกับพบกับเพื่อนที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้แนะนำให้ผู้ป่วยไปตรวจโดยตนเองจะรอ ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ดังรายละเอียด

“...จนกระทั่งอยู่มาเดือนกว่าได้ ก็ยังมีเวียนหัวอยู่อีก พอได้มาเจอเพื่อน ๆ ทำงานที่นี่ แกก็บอกเดี๋ยวพຽນี้ไปหาหมอละ ก็บอกว่าไม่เอาเราไม่ไป แกก็บอกไม่ไปไม่ได้นะเรารอ ที่นี้เพื่อนรอแล้วก็เลยต้องมา มาถึงบอกอยู่ได้ 1 ใจน้ำตาลขึ้นตั้ง 315”

3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.0 ปรึกษาสมาชิกในครอบครัวได้แก่ สามี ภรรยา บุตร-หลาน หรือพี่น้องที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ดังตัวอย่างผู้ป่วยหญิงโสดรายหนึ่ง อาศัยอยู่กับพี่ชายที่แต่งงานแล้ว เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือและตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพจากพี่ชาย และพี่สะใภ้ ดังรายละเอียด

“ก้างปลาตำเหงือกอยู่มาได้ 5 วัน หรือใจไม่รู้รบกวนทั้งแขนเลย พี่สะใภ้ที่ทำงานองค์การฯ นี่เขาบอกลองไปที่คลินิกสักทีหนึ่ง...” ผู้ป่วยรักษาที่คลินิกได้ 5 วัน มีอาการปวดมาก มีบวมแดง ผู้ป่วยจึงตัดสินใจไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามคำแนะนำของพี่สะใภ้และพี่ชาย ดังรายละเอียด “พี่สะใภ้เขาบอกจะไปศิริราชดีมั้งเขาว่า แล้วพี่ชายเขาบอกใช้..ไกล ทหารเรือนี้แหละหมอเหมือนกัน เขาก็บอกหมอก็ต้องพัฒนาขึ้นไปเขาไม่ปล่อยไว้อย่างนี้หรอก”

4. การประเมินความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.0 ประเมินการรักษาของโรคเป็นระยะ ๆ เมื่อใดที่ประเมินว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น หรือมีความรุนแรงของโรคเบาหวานมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะกลับเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง หูดขาโรงพยาบาลประมาณ 2 เดือน เนื่องจากประเมินภาวะสุขภาพว่าแข็งแรงดี จนกระทั่งมีอาการตาพร่ามัวมากขณะขับรถ จึงรีบเข้ารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลแห่งเดิมทันที ดังรายละเอียด

“คือเราค่อยยังชั่ว เราแข็งแรงดีแล้ว ขับรถอะไรได้ จนผมขับรถไปต่อทะเบียนที่กองทะเบียนสะพานหัน ผมกลับมาตามันก็ฝ่าเข้า ฝ่าเข้า อ้อ...ตอนออกรถเราไม่ได้ใช้กระจก ผมก็ขับเรื่อยมา เตี้ยวเตี้ยวพอกินน้ำเข้าไปมันเบาออก เตี้ยวจอดดูหน่อยซี พอลอดดูปั๊บเขาก็จับผมจิ้มตา ดูแล้วก็อ้าปาก พอเสร็จเขาบอกพยาบาลนี่เอาลงไปเจาะเลือดสิ...ที่เจ้าพระยานะ พอไปเจาะเลือดปั๊บเขาบอกลูกกลับบ้านไม่ได้ บอกทำไมละ เขาบอกยังกลับไม่ได้ ไม่ให้ลูกกลับหรอก ผมมาคนเดียวด้วยแล้วผมขับรถ เขาบอกอ้าวอย่างนี้ยิ่งดีใหญ่ไม่ให้กลับเลย ถ้าลูกจะกลับลูกจะกลับอย่างนี้ไม่ได้ มัน 630 แล้ว...”

5. ความเชื่อในผลการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.0 มีความเชื่อในผลการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะรักษาต่อไป ดังตัวอย่างเช่น

“โรงพยาบาลนี้โดยมากไม่ว่าจะให้ยาอะไรไปก็แล้วแต่ เข้าใจว่าต้องดี ถ้าไม่ดีหมอหรือทางกรมแพทย์จะออกมาไม่ได้ คือว่ายานี้กินแล้วต้องดี มีผลกับผู้ป่วย”

“เรามาหาหมอ ๆ เขาว่าเรา เขาอยากให้เราหาย ให้เราดีขึ้น ถ้าเราไม่เชื่อหมอ โรคเราก็คะหนักขึ้น ถ้ามาหาอีกทีหนึ่ง ค่ายาก็ต้องแพงขึ้น เพราะหมอต้องให้ยาสูงขึ้น ก็ต้องพยายามทำตัวเรา”

ผลการศึกษารูปได้ว่า ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ และปัจจัยด้านผู้รับบริการการดูแลสุขภาพ ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยที่พบได้มากที่สุดคือ ร้อยละ 55.0 (แสดงรายละเอียดในตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ

ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ส่วนวิชาชีพ	จำนวน (n=100)*	ร้อยละ
1. ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ	55	55.0
1.1 ระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการสุขภาพ	24	24.0
1.2 สวัสดิการการรักษาพยาบาล	14	14.0
1.3 อัตราค่ารักษาพยาบาล	10	10.0
1.4 ความสะดวกรวดเร็วในบริการ	7	7.0
2. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ	10	10.0
2.1 ทัศนคติ ความเป็นกันเองและความเอาใจใส่	5	5
2.2 คำแนะนำและการให้ความรู้	3	3
2.3 ชื่อเสียง	2	2
3. ปัจจัยด้านผู้รับบริการการดูแลสุขภาพ	35	35.0
3.1 ประสบการณ์การรักษาของตนเองและบุคคลใกล้ชิด	14	14.0
3.2 คำแนะนำของเพื่อนบ้าน/เครือข่ายทางสังคม	8	8.0
3.3 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว	8	8.0
3.4 การประเมินความรุนแรงของโรค	3	3.0
3.5 ความเชื่อในผลการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน	2	2.0

* กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพมากกว่า 1 อย่าง

รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

จากการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งปัจจุบันพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน จำแนกได้เป็น 3 รูปแบบใหญ่ ๆ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.7 ใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพ มีการรอสังเกตอาการหรือการรักษาตนเองตามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอยู่ระยะเวลาหนึ่ง ก่อนตัดสินใจเข้ารับการวินิจฉัยอาการผิดปกติจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันทันทีที่มีอาการผิดปกติ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะมีการประเมินผลการรักษาและแสวงหาการดูแลสุขภาพแหล่งใหม่ภายในระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนและส่วนวิชาชีพ ตามความเหมาะสมกับตนเองและครอบครัวกลับไปมา รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพในกลุ่มนี้จำแนกได้ 9 รูปแบบ ตามขั้นตอนการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพ

รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพ	n = 23	76.7
ประชาชน→วิชาชีพ	5	16.7
ประชาชน→วิชาชีพ→วิชาชีพ+ประชาชน	5	16.7
ประชาชน→วิชาชีพ→ วิชาชีพ+ประชาชน→วิชาชีพ	4	13.4
ประชาชน→วิชาชีพ→ประชาชน→วิชาชีพ	1	3.3
ประชาชน→วิชาชีพ→ประชาชน→วิชาชีพ→ประชาชน→วิชาชีพ	1	3.3
ประชาชน→วิชาชีพ→ประชาชน→วิชาชีพ→ประชาชน→วิชาชีพ+ประชาชน	1	3.3
ประชาชน→วิชาชีพ→วิชาชีพ+ประชาชน→ประชาชน→วิชาชีพ+ประชาชน→วิชาชีพ	1	3.3
วิชาชีพ→วิชาชีพ+ประชาชน	4	13.4
วิชาชีพ→วิชาชีพ+ประชาชน→วิชาชีพ	1	3.3

รูปแบบที่ 2 ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.0 รักษาโรคเบาหวานจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียวตั้งแต่แรก หากแต่มีการแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพแห่งใหม่ซึ่งอยู่ภายในระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพภายหลังการประเมินผลการรักษาโรค จำแนกได้ 2 รูปแบบ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว

รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนวิชาชีพอย่างเดียว	n = 6	20.0
วิชาชีพ 1 แห่ง	3	10.0
วิชาชีพแห่งที่ 1 → วิชาชีพแห่งที่ 2	3	10.0

รูปแบบที่ 3 ใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ระบบ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน คือส่วนประชาชน, ส่วนวิชาชีพ และส่วนพื้นบ้าน จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.3 โดยกลุ่มตัวอย่างรายนี้เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นได้รอสั่งเกตอาการประมาณ 2-3 วัน เมื่ออาการไม่ดีขึ้นและเพื่อนข้างบ้านแนะนำให้ไปพบแพทย์ได้ตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคและรับการรักษาที่โรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้ป่วยได้แสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้านตามคำแนะนำของเพื่อนคือ “หมอเมะ” ร่วมกับการรับประทานยาแผนปัจจุบันอยู่ระยะเวลาหนึ่งจึงหยุดการรักษากับ “หมอเมะ” เนื่องจากประเมินว่าอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจึงใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว ดังแผนภาพต่อไปนี้

ประชาชน → วิชาชีพ → วิชาชีพ + พื้นบ้าน → วิชาชีพ

จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน เพื่อการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานตามความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้เกิดรูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นอันดับแรกได้แก่ การรอสั่งเกตอาการ การขอคำปรึกษาจากบุคคลในครอบครัว

บุตรหลานหรือเพื่อนบ้านและการรักษาตนเองตามอาการ แล้วจึงตัดสินใจเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนวิชาชีพ หรือการตัดสินใจเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนวิชาชีพในทันทีพร้อมกับการแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่น ๆ ต่อไป ซึ่งบางรายอาจใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 1-2 ส่วนพร้อม ๆ กัน มีการเปลี่ยนไปมาระหว่างการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน หรือเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพภายในส่วนเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงมีรูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำแนกได้ 3 รูปแบบใหญ่ ๆ ดังรายละเอียดข้างต้น รูปแบบที่พบมากที่สุดคือ รูปแบบที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพ ร้อยละ 76.7 รองลงมาคือ รูปแบบที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว ร้อยละ 20.0 และใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน ร้อยละ 3.3 (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	จำนวน	ร้อยละ
	n = 30	100.0
1. ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพ	23	76.7
2. ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว	6	20.0
3. ใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน	1	3.3

ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบันกับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้แสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพในส่วนต่างๆ และประเมินผลการรักษาดังกล่าว ผลการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าไม่สามารถช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะถูกเลิกใช้ จนกระทั่งปัจจุบันระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้จำแนกได้ดังนี้

1. ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ร้อยละ 66.7 เลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพจากโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

เพียงแห่งเดียวในปัจจุบัน โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนอื่นร่วมด้วยมาก่อนร้อยละ 60.0

2. ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพพร้อมกับส่วนประชาชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพจากโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ร่วมกับการรักษาด้วยยาสมุนไพรพื้นบ้าน และรักษาตนเองโดยการลดจำนวนยามะเร็งรักษาเบาหวานที่ทางโรงพยาบาลจัดให้โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมไทยของกลุ่มตัวอย่าง ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเพียงแห่งเดียวมากที่สุด คือร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ การใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพพร้อมกับส่วนประชาชน ร้อยละ 33.3 โดยไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้านในการรักษาโรคเบาหวาน จากปัจจัยต่าง ๆ ที่กำหนดพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบันเหลือเพียง 2 ส่วนเท่านั้นคือ ส่วนวิชาชีพ และส่วนประชาชน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเป็นหลักในการรักษาโรคเบาหวาน ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนและส่วนพื้นบ้านเป็นเพียงทางเลือกหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประเมินผลการใช้แหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ ในการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ซึ่งตรวจทุกครั้งที่มาได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลควบคู่กับการประเมินภาวะสุขภาพ

สำหรับการศึกษารังนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ในการประเมินภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ เมื่อนำผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมาจำแนกตามระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมด้วย มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกัน รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบัน และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ในปัจจุบัน	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
1. ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว (โรงพยาบาล)	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี	20	100.0
	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง	5	25.0
	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี	5	25.0
2. ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ (โรงพยาบาล) ร่วมกับส่วนประชาชน	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี	10	100.0
	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง	2	20.0
	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี	2	20.0
	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี	6	60.0

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ที่ยังคงเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพ (ตารางที่ 16) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี 6 ราย อยู่ในเกณฑ์ดีและปานกลาง อย่างละ 2 ราย เนื่องจากการควบคุมโรคเบาหวานประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเม็ดชนิดรับประทานหรือยาฉีดอินซูลิน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพจึงไม่สามารถตัดสินใจได้ว่า ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นผลมาจากส่วนหนึ่งส่วนใดชัดเจน ผู้วิจัยได้แสดงรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย จำแนกตามวิธีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพและส่วนประชาชนในการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อแสดงให้เห็นวิธีการรักษาโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพในปัจจุบัน รายละเอียดแสดงดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพและส่วนประชาชนที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบันและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้ป่วย รายที่	ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพและส่วนประชาชน ที่ใช้ในปัจจุบัน	ภาวะการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด
1	ยาแผนปัจจุบัน + กระเทียมอัดเม็ด + น้ำมันตับปลา	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี
2	ยาแผนปัจจุบัน + หน่อกล้วยพื้นดิน 1 คืบ ผ่า 4 ส่วนต้มดื่ม	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี
3	ยาแผนปัจจุบัน + จดอาหารมือเขียนและลดจำนวนขาเอง	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
4	ยาแผนปัจจุบัน + ลดจำนวนขาเอง	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
5	ยาแผนปัจจุบัน + รื่นและขามัดสกิดจากทางหางจระเข้	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี
6	ยาแผนปัจจุบัน + ดอกคำฝอย	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี
7	ยาแผนปัจจุบัน + ยาสมุนไพรชุดต้มและลดจำนวนขาเอง	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี
8	ยาแผนปัจจุบัน + ยาสมุนไพรชุดต้ม	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี
9	ยาแผนปัจจุบัน + ยาสมุนไพรชุดต้ม	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี
10	ยาแผนปัจจุบัน + ดั้นฟ้าทะลายโจร และ/หรือ ขามัดฟ้าทะลายโจร	ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

ผู้ป่วยรายที่ 1 ยาแผนปัจจุบัน + กระเทียมอัดเม็ด + น้ำมันตับปลา

ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมาประมาณ 1 ปี ปัจจุบันได้รับการรักษาเบาหวานโดยใช้ยาแผนปัจจุบันคือ daonil 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า และ metformin 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร ร่วมกับการรับประทานกระเทียมอัดเม็ดและน้ำมันตับปลา อย่างละ 1 เม็ด มื้อเย็นทุกวัน ซึ่งลูกสาวซื้อมาให้เป็นประจำตั้งแต่เริ่มรักษาเบาหวาน รวมเวลาประมาณ 4 เดือน มีการควบคุมอาหาร แต่เดือนนี้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะรับประทานลำไยมากเกินไป จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยอธิบายว่า

“เดือนนี้ยังงใจไม่ทราบ ทานลำไยไปเยอะเหมือนกัน ลูกส่งมาให้จากเชียงใหม่”

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : ค่า FBS ครั้งที่แล้ว เท่ากับ 152 มก./ดล.

: ค่า HbA_{1c} วันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 6.2 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในเกณฑ์ดี

ผู้ป่วยรายที่ 2 ยาแผนปัจจุบัน + หน่อกล้วยพื้นดิน 1 คืบ ผ่า 4 ส่วนต้ม

ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมาประมาณ 2 ปี ปัจจุบันได้รับการรักษาเบาหวานโดยใช้ยาแผนปัจจุบันคือ daonil วันละ 2 เม็ด ก่อนอาหารเช้า-เย็น และ metformin 2 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น ร่วมกับการรับประทานสมุนไพรหลายชนิด สมุนไพรชนิดใดที่ผู้ป่วยประเมินว่าไม่มีผลลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยจะเลิกใช้ และแสวงหาชนิดใหม่ต่อไป ปัจจุบันผู้ป่วยใช้หน่อกล้วยที่พื้นดิน 1 คืบ ผ่า 4 ส่วน ต้มดื่มแทนน้ำ มาประมาณ 1 อาทิตย์ เพื่อนข้างบ้านฟังวิทยุแล้วมาแนะนำผู้ป่วย ผู้ป่วยอธิบายการควบคุมอาหารดังนี้

“มาหนักหลังจากเจาเลือด แล้วหมอบอกป้าต้องอดอาหารนะมัน ๆ อะไรต่ออะไร แล้วป้าก็อด ก็ได้ผลเหมือนกันก็ยุบไปเยอะ ทุเรียนนะ คุณหมอไม่ได้ทานเลยป้านี้ มะม่วงนี่ เจาออกน้ำตาลสูงไม่ทาน ทานกล้วย เวลาหิว ๆ ผลหนึ่งบ้างสองผลบ้าง”

จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหิว และเหงื่อออกในช่วงเวลาสาย ๆ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้า น้อย และรับประทานยาเม็ด 2 เม็ด ก่อนอาหารเช้า ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากเกินไป จึงทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยยังไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และอธิบายว่า

“ตอนนี้ทานข้าวเช้าก็น้อย ยังไม่ทันเที่ยง ตอนสายจะเป็นลมแล้วตอนนี้ ต้องทานตอน 10 โมง ก็ทานเม็ดแดงไปก่อน...หิว หิวแล้วเหงื่อจะแตกเขียว เหงื่อจะท่วมตัวอยู่กับพดลม เหงื่อมันแตก ตอนสายมันจะเป็นลม สาย ๆ 10 โมง 11 โมง เหงื่อมันออกเขียว พอเที่ยงทานข้าวสักพักก็ดีขึ้น”

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : ค่า FBS ครั้งที่แล้ว เท่ากับ 194 มก./ดล.

: ค่า HbA_{1c} วันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 6.4 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในเกณฑ์ดี

ผู้ป่วยรายที่ 3 ยาแผนปัจจุบัน + งดอาหารมือเย็นและลดจำนวนยาเอง

ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมาประมาณ 3 ปี ปัจจุบันได้รับการรักษาเบาหวานโดยใช้ยาแผนปัจจุบันคือ daonil 1/2 เม็ด ก่อนอาหารเช้า ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยงดอาหารมือเย็นแทน ผู้ป่วยอธิบายว่า “คิดว่า เราคุมอาหารได้น่าจะไม่ขึ้น ตั้งแต่เริ่มเลย พอรู้น้ำตาลลงแล้วก็จะทำแบบนี้หัวเราะ...แต่จะกลับไปทานยาเป็นไปตามแพทย์สั่ง เพราะว่ามันฟังดูคนอื่น เบาหวานเม็ดครึ่ง สองเม็ด เราครึ่งเม็ดนิดเดียวแล้วก็มือเขามือเดียวอะไรอย่างนี้”

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : ค่า FBS ครั้งที่แล้ว เท่ากับ 143 มก./ดล.

: ค่า HbA_{1c} วันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 6.7 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

ผู้ป่วยรายที่ 4 ยาแผนปัจจุบัน + ลดจำนวนยาเอง

ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมาประมาณ 5 ปี ปัจจุบันได้รับการรักษาเบาหวานโดยใช้ยาแผนปัจจุบันคือ daonil ก่อนอาหารเช้า 1 1/2 เม็ด ผู้ป่วยลดจำนวนยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์มือเช้า เหลือ 1 เม็ด เนื่องจากกลัวไตทำงานหนัก โดยอธิบายว่า “ทานทุกวันกลัวไตจะไม่ดี บางทีถึงดยาอย่างนี้ให้ทานเท่านี้ เราก็ทานให้น้อยหน่อย เดี๋ยวมันไม่ไหว มาดูไตดีก็ดีใจนะละ เห็นคนอื่นเขาเป็นไตอย่างนั้น อย่างนี้ เห็นชาวบ้านเขาเป็นแล้วกลัวตัวเองจะเป็นบ้าง”

ปัจจุบันเพิ่งหยุดยาสมุนไพรรักษาเบาหวานที่ซื้อจากร้าน “เจ้ากรมเปื้อน” เนื่องจากเบื่อการต้ม และไม่สามารถประเมินผลการรับประทานได้จึงเพิ่งหยุดยา “เขาวาดินะละ แต่คุณป้าทานแล้วก็รู้ว่าดี ไม่ดี ก็มันด้วยกันนะ แล้วยังมีอีกหลายห่อก็ทิ้งไป เวลาซื้อต้องหอบมาเป็นลัง” ในอนาคตผู้ป่วยอาจมีการใช้ยาสมุนไพรตำรับใหม่ ดังนี้

“เขาให้กลืนใจเด็ดขอดฝรั่ง เราก็ไม่มีฝรั่งบ้านเรา 7 ขอด แล้วก็ใบชะพลู ตะไคร้ แล้วก็ใบอะไรอีกอย่างก็ไม่ว่า เขาบอกว่าของเขามอขยงขเลย ปากก็ยังไม่ได้ทำ”

นอกจากนี้ผู้ป่วยมีการควบคุมอาหารดังนี้

“ตอนนี้ก็พยายามที่สุดนะจะไม่ทานหวาน มีตอนนี้ก็มีทุเรียน ก็มีนิดหน่อย คืออยากนะมันถึงหน้า แต่ว่าไอ้เรื่องขนมหวานนี่ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง พวกนี้หยุดไปเลย”

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : ค่า FBS ครั้งที่แล้ว เท่ากับ 193 มก./ดล.

: ค่า HbA_{1c} วันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 7.5 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

ผู้ป่วยรายที่ 5 ยาแผนปัจจุบัน + ชาลูกกลอน + ชาน้ำสกัดจากว่านหางจระเข้

ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมาประมาณ 1 ปี ปัจจุบันได้รับการรักษาเบาหวานโดยใช้ยาแผนปัจจุบันคือ diabenese ก่อนอาหารเช้า 2 เม็ด และ metformin 2 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น ผู้ป่วยขาดยามาประมาณ 3-4 วัน เนื่องจากไม่มีเวลามารับยา ต้องขายเต้าฮวยทุกวัน มีการรับประทานชาลูกกลอนที่ได้รับฟรีจากโรงเจร่วมด้วยมาประมาณ 4 เดือน ก่อนอาหารเช้า เย็น มื้อละ 30 เม็ดเล็ก ๆ และรับประทานชาสกัดจากว่านหางจระเข้ชนิดวันละชนิดเม็ดที่ภรรยาซื้อให้ โดยวันสกัดว่านหางจระเข้ รับประทานวันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1/2 แก้วเล็ก และยาเม็ดว่านหางจระเข้ วันละ 2 เม็ด ผู้ป่วยเพิ่งเริ่มรับประทานได้ 2-3 วัน ดังนั้นวันที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยขาดยาแผนปัจจุบันได้ 3-4 วัน แต่มีการรับประทานยาสมุนไพรชนิดอื่นแทน

การควบคุมอาหารของผู้ป่วยอธิบายว่า “ไม่จำกัดหรอก หิวก็ทานเลยแหละ แต่ของหวานน้อยไม่ค่อยชอบอยู่แล้ว พวกหวาน ๆ ไม่ว่าหวานอะไร น้อยที่สุด”

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : ค่า FBS ครั้งที่แล้ว เท่ากับ 266 มก./ดล.
: ค่า HbA_{1c} วันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 9.6 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

ผู้ป่วยรายที่ 6 ยาแผนปัจจุบัน + ดอกคำฝอย (ไม่สม่ำเสมอ)

ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมาประมาณ 7 ปี ปัจจุบันได้รับการรักษาเบาหวานโดยใช้ยาแผนปัจจุบันคือ diamicron 2 เม็ด ก่อนอาหารเช้า-เย็น และ metformin 2 เม็ด หลังอาหาร เข้า-เย็น แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับประทานยามือเดียว โดยอธิบายว่า

“หมอสั่งให้ทาน 2 มื้อ แต่ผมทานมือเดียว ส่วนมากจะเป็นมือเช้า เพราะมือเย็นส่วนมากเราจะไปไหนมาไหนไม่ได้เอาขาไปข้าง ส่วนใหญ่ก็จะป็นนิสัขแล้วไม่ได้ทานยาจะเหลือเยอะเลย”

ส่วนดอกคำฝอยชนิดชางที่ผู้ป่วยเป็นผู้ซื้อเอง พบว่าผู้ป่วยไม่ค่อยได้ทานเป็นประจำเนื่องจาก ลักษณะงานของผู้ป่วยต้องเดินทางเป็นประจำ ไม่มีเวลาได้ทานและแม่บ้านที่งานยุ่ง จึงไม่ได้ใส่ใจรับประทาน “คือเรา ก็ทานยานี้อยู่แล้วไซ้ไหมครับ คือจริง ๆ มันก็เสริมได้ แต่ว่าไม่ค่อยได้ใส่ใจมัน ทางแม่บ้านบางทีเขาก็ลืม ๆ นอกจากเราบอกให้เขา เขาก็ยุ่งงานเหมือนกัน ถ้าเราบอกให้ทำให้หน่อยเขาก็ทำให้”

ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ใจในการควบคุมอาหาร ดังรายละเอียดเช่น “ส่วนใหญ่ผมไม่ได้คุมอาหารเลย คือ มีความรู้สึกเหมือนกับว่าอยู่แบบสบาย ๆ มันจะเป็นอะไรก็เป็นไป อะไรแบบนี้ (หัวเราะ) คือไม่ได้ห่วงเท่าไร แบบว่าทำตัวแบบสบายๆ หมอก็ไม่ได้สั่งคุมอาหาร แต่ตอนหลังหมอก็บอกว่าเออ...คุณต้องคุมอาหารด้วยแต่ผมก็ยังทำตัวแบบเฉื่อย ก็โอ.เค. แบบว่าทำตัวแบบสบาย ๆ ไม่ได้ซีเรียอะไรกับมันคือ เราอยากทานอะไรเราก็กิน แต่ถ้าพวกหวานมาก ๆ บางทีก็ไม่ทาน อย่างทุเรียน อะไรต่ออะไรก็ไม่ทาน”

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : ค่า FBS ครั้งที่แล้ว เท่ากับ 295 มก./ดล.

: ค่า HbA_{1c} วันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 12.1 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

ผู้ป่วยรายที่ 7 ยาแผนปัจจุบัน + ชาสมุนไพรสดดื่มและลดจำนวนยาเอง

ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมาประมาณ 3 ปี ปัจจุบันได้รับการรักษาเบาหวานโดยใช้ยาแผนปัจจุบันคือ daonil มื้อละ 2 เม็ด ก่อนอาหารเช้า-เย็น และ metformin 2 เม็ด หลังอาหาร เข้า-เย็น แต่ผู้ป่วยลดจำนวนยา daonil เหลือมื้อละ 1 เม็ด เนื่องจากรับประทานชาสมุนไพรสดดื่มดื่มร่วมด้วยมาประมาณ 1 เดือน แต่ดื่มไม่สม่ำเสมอทุกวัน เพราะยามีรสชาติขมและกลืนเหม็น แต่ก็อยาก

ทราบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่ เมื่อวานจึงรับประทานยามาและวันนี้จะลองดูผลการรักษา โดยผู้ป่วยอธิบายว่า

“ลดขาเองทานเม็ดหนึ่ง เพราะเรากลัวเคี้ยวยาเยอะไป ก็ทานยาตัวโน้นแล้ว ตัวนี้ก็ลด หน่อย มาลองวัดน้ำตาลดูก่อน”

การควบคุมอาหารของผู้ป่วยจะรับประทานอาหารตามปกติ รับประทานของหวาน เช่น ก๊วยชวตชิโนบางครั้ง โดยทานก๊วยชวตไม่ทานน้ำ เพราะน้ำหวาน

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : ค่า FBS ครั้งที่แล้ว เท่ากับ 166 มก./ดล.

: ค่า HbA_{1c} วันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 9.7 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

ผู้ป่วยรายที่ 8 ยาแผนปัจจุบัน + ยาสมุนไพรชุดต้ม

ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมาประมาณ 7 ปี ปัจจุบันได้รับการรักษาเบาหวานโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน คือ daonil ก่อนอาหารเช้า 2 เม็ด และ metformin 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า-เย็น ร่วมกับการรับประทานยาสมุนไพรชุด ต้มดื่มแทนน้ำ มาประมาณ 2 วัน วันนี้ตั้งใจมาดูผลการรักษา สำหรับการควบคุมอาหารผู้ป่วยไม่ได้คุมอาหาร โดยอธิบายว่า

“ก็ไม่ได้คุมมาก ไม่ได้อด ถ้าตามที่คุณหมอบอกเลยจะอดมาก จะไม่มีเรี่ยวแรงเลย เราก็ทานแบบตามสบาย คือว่าเสี่ยงบ้างแต่ก็ไม่ถึงกับให้อิ่มทุกมื้อจนถึงกับแน่น คือให้พ่องบ้างให้อิ่มบ้างแบบนี้ แบบว่าทุเรียนนาน ๆ ทานสักครั้ง ขอสักครั้งถ้าอยากทานมาก ๆ (หัวเราะ) เอาแบบไม่ได้สุกงอม แล่ห่าม ๆ แข็ง ๆ อย่างนี้”

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : ค่า FBS ครั้งที่แล้ว เท่ากับ 159 มก./ดล.

: ค่า HbA_{1c} วันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 10.9 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

ผู้ป่วยรายที่ 9 ยาแผนปัจจุบัน + ยาสมุนไพรชุดต้ม

ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมาประมาณ 5 ปี ปัจจุบันได้รับการรักษาเบาหวานโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน คือ diabenese 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า-เย็น และ metformin มื้อละ 2 เม็ด หลังอาหาร เข้า-เย็น ร่วมกับการรับประทานยาสมุนไพร ไพร ชนิดเม็ดฟ้าทะลายโจร 2 เม็ด อย่างสม่ำเสมอ มีการควบคุมอาหารไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานดังรายละเอียดต่อไปนี้

“ก็ว่ารักษาไปเรื่อย ๆ เขาเป็นกันออกเยอะแยะไป แหมจะไปกลัวอะไรกับเบาหวาน ใครจะไปอดเปรี้ยวอดหวานได้ ผมคนไม่อดกับใครนะ กินทุกอย่าง ทุเรียนผมก็กิน น้อยหน้าผมก็กิน ถ้าโยผมก็กิน กินทุกอย่างก็ขึ้นแค่นี้ มันก็แปลกบางคนก็ไม่ได้ กระทบไม่ได้เลย”

ผู้ป่วยประเมินว่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ไม่อันตราย แต่ถ้าขึ้นสูงถึง 350-400 จึงอันตรายอาจซื้อได้ และเมื่อรับรู้ระดับน้ำตาลในเลือดแต่ละครั้งแล้วผู้ป่วยจะดูแลสุขภาพในเรื่องการควบคุมอาหาร ดังตัวอย่างเช่น

“ทีนี้พอรู้ว่ามันมากเกินไปก็ไม่กิน อย่างเดือนนี้ผมรู้ทานน้อยหน้า ลำไย ผมไม่เคยคิดเลย เรื่องคิดไม่เอา...สบาย ๆ อยู่กันสบาย ๆ อย่างนี้ 254 คราวที่แล้ว 198 ขึ้นไปหน่อยต้องควบคุมแล้ว ให้มันลดลงง่ายครับ เบาหวานผมไม่กลัว ก็รู้ว่าเดือนนี้กินหวานมากโซ่ไหม เราก็ไม่กินหวาน กินข้าวน้อย ๆ ไม่กินเค็ม กินเค็มแล้วความดันขึ้น ก็เท่านี้พอใจแล้ว”

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : ค่า FBS ครั้งที่แล้ว เท่ากับ 198 มก./ดล.

: ค่า HbA_{1c} วันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 10.0 เปอร์เซนต์ อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

ผู้ป่วยรายที่ 10 ยาแผนปัจจุบัน + ดันฟ้าทะลายโจร และ/หรือ ยาเม็ดฟ้าทะลายโจร

ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมาประมาณ 5 ปี ปัจจุบันรับการรักษาเบาหวานโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน คือ daonil ก่อนอาหารเช้า 2 เม็ด อย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับรับประทานยาสมุนไพรชนิดต่าง ๆ รักษาเบาหวานมาตลอด เมื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลงผู้ป่วยก็จะเลิกใช้ยานั้น และแสวงหาชนิดใหม่ต่อไป โดยอธิบายว่า “ใครแนะนำอะไรก็ลองทาน พอกลับมาตรวจเลือดที่โรงพยาบาล ถ้าน้ำตาลไม่ลด ก็เลิกทาน หายาตัวใหม่ทานแทน ก็ดื่มกับน้ำ ทานไปเลย ๆ ไม่ลืมหักกิน ถ้าลืมหักเอาไว้ในตู้เย็นแช่เย็นแทนน้ำ...แต่ยานี้กินมาตลอด ถือเป็นหลักเอาไว้ก่อนและถ้าเอานี้มากินดี ก็รวมไปเรื่อย”

ผู้ป่วยไม่ได้ควบคุมอาหาร ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ขึ้น ๆ ลง ๆ เช่นเมื่อ 1 เดือนก่อน คืบก่อนการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ผู้ป่วยรับประทานชมพูเพชรเกือบ 1 กิโลกรัม สับปะรด 2 ชิ้นขาว ทำให้ผล FBS ของผู้ป่วยเท่ากับ 344 มก./ดล. ดังตัวอย่างเช่น

“ไม่ได้ลด คืบก่อน...กลับทานเยอะกว่า เพราะต้องรอมาเจาะเลือด”

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : ค่า FBS ครั้งที่แล้ว เท่ากับ 344 มก./ดล.

: ค่า HbA_{1c} วันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 12.0 เปอร์เซนต์ อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

ความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบัน

จากการประเมินความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 ราย โดยใช้ระดับคะแนนตั้งแต่ 1-10 ระดับคะแนน 1 หมายถึง ประเมินว่า รู้สึกพอใจผลการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันน้อยที่สุด และระดับคะแนน 10 หมายถึง ประเมินว่า รู้สึกพอใจในผลการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันมากที่สุด โดยแบ่งระดับความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบัน ตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 หมายถึง รู้สึกพอใจผลการควบคุมโรคเบาหวานน้อย
คะแนนมากกว่า 4 ถึง 7 หมายถึง รู้สึกพอใจผลการควบคุมโรคเบาหวานปานกลาง
คะแนนมากกว่า 7 ถึง 10 หมายถึง รู้สึกพอใจผลการควบคุมโรคเบาหวานมาก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย มีความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบัน โดยจำแนกตามภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดจากค่า HbA_{1c} จำแนกได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 รู้สึกพอใจผลการควบคุมโรคเบาหวานน้อย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.3 ประเมินความพึงพอใจในผลการควบคุมโรคเบาหวานของตนเองในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์ต่ำ - เนื่องจากผู้ป่วยประเมินผลการควบคุมโรคเบาหวานจากระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ในแต่ละครั้งที่มาพบแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า ผลการตรวจค่า FBS 2 ครั้งก่อนการสัมภาษณ์และวันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 277, 295 และ 263 มก./ดล. ตามลำดับ และค่า HbA_{1c} เท่ากับ 12.1 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ควบคุมไม่ดี ผู้ป่วยประเมินผลการควบคุมโรคของตนเองว่า ไม่ได้สนใจควบคุมดีเท่าที่ควร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในผลการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันน้อย ดังคำบอกเล่าดังนี้

“ไม่ได้สนใจคุม ผมว่าผมได้ไม่ถึง 3 ... มันปกติตั้งแต่หนุ่ม ๆ ก็ไม่ชอบทานหวาน ๆ อยู่แล้วครับ ช่วงหลังพอเป็นเบาหวานก็มีความรู้สึกว่าบางครั้งก็อยากทานหวาน ๆ บ้าง มันไม่รู้มาจากสาเหตุอะไรนะครับ ก็บางทีเราไม่ได้กินนานก็เลยอยากกินนะครับ บางทีก็ทานขนมอะไรแบบนี้บ้าง กับสมัยก่อนที่ไม่ได้เป็นเบาหวานนี้จะไม่ชอบเลยของหวาน...”

กลุ่มที่ 2 รู้สึกพอใจผลการควบคุมโรคเบาหวานปานกลาง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.7 ประเมินความพึงพอใจในผลการควบคุมโรคเบาหวานของตนเองในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากการตรวจ HbA_{1c} แบ่งตามเกณฑ์ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1. กลุ่มที่มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดี มีจำนวน 3 ราย ประเมินความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานของตนเองในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง ผลการตรวจค่า FBS 2 ครั้ง ก่อนการสัมภาษณ์และวันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 128, 142 และ 136 มก./ดล. ตามลำดับ และค่า HbA_{1c} เท่ากับ 5.7 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ควบคุมดี จากผลการตรวจเลือดและการประเมินตนเอง ผู้ป่วยตัดสินใจว่าตนเองมีความพึงพอใจในการควบคุมโรคในปัจจุบันระดับปานกลาง เนื่องจากยังควบคุมตนเองไม่ให้ทานของหวาน ๆ ไม่ได้ แม้ผล FBS จะไม่สูงมาก ดังรายละเอียด

“บางครั้งก็พอใจว่าอยู่อย่างเดิมนะ จะผลอดทานอย่างมากที่สุด 2 ชิ้น มันก็ขึ้นแต่หิวนะ 2-3 วัน ไม่ได้กินหวานมันจะโหย กินเหมือน 2-3 วัน น้ำขวดกินไม่ถึงขวดนะ ครึ่งขวดก็ยังดี”

2.2 กลุ่มที่มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีจำนวน 5 ราย ประเมินความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานของตนเองในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง ผลการตรวจค่า FBS 2 ครั้ง ก่อนการสัมภาษณ์และวันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 206, 124 และ 185 มก./ดล. ตามลำดับ และค่า HbA_{1c} เท่ากับ 6.7 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ควบคุมปานกลาง จากผลการตรวจเลือดและการประเมินตนเอง ผู้ป่วยตัดสินใจว่าตนเองมีความพึงพอใจในการควบคุมโรคในปัจจุบันระดับปานกลาง เนื่องจากการควบคุมตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารและยา เพื่อการควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดีเท่าที่ควร เพราะต้องขายของตั้งแต่เช้า ดังรายละเอียด

“ยังไม่ดีเท่าที่ควรนะ เพราะว่าบางทีก็ลืมยาอย่างนี้รู้สึกละบ๊อบ ขายของแบบวัน ๆ บางทีเงินเข้าซอชโน้นซอชนี้ โอ๊ย...ลืมเอายามาอีกแล้ว บางทีกระเป๋าลืมเอามา ก็มาสายหน่อยพอจะกินกินไปแล้ว ทำงานเพลินไป”

2.3 กลุ่มที่มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี มีจำนวน 9 ราย ประเมินความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานของตนเองในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง ผลการตรวจค่า FBS 2 ครั้ง ก่อนการสัมภาษณ์และวันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 111, 148 และ 137 มก./ดล. ตามลำดับ แต่ค่า HbA_{1c} เท่ากับ 7.7 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ควบคุมไม่ดี จากผลการตรวจเลือดและการประเมินตนเองพบว่า ผู้ป่วยมีความพอใจในระดับคะแนน 7 เนื่องจากค่า FBS ที่ได้รับการตรวจเป็นประจำอยู่ในเกณฑ์ที่ผู้ป่วยพึงพอใจ โดยอธิบายเหตุผลว่า

“เราก็กุมได้ขนาดนี้ก็คิดแล้ว คือมันไม่ขึ้นมาก 300, 400 อยู่ใน 100 กว่า ก็คิดว่า 90 กว่า ถ้าเราทานอาหารไม่หวานนะ ก็คิดว่าอยู่ได้ 90 กว่า 90, 100”

กลุ่มตัวอย่างบางราย ผลการตรวจค่า FBS 2 ครั้ง ก่อนการสัมภาษณ์และวันที่สัมภาษณ์ และค่า HbA_{1c} อยู่ในเกณฑ์ควบคุมไม่ดี ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจในผลการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันของตนเอง จำเป็นต้องควบคุมให้มากขึ้น ดังตัวอย่างเช่น

“ให้มากไม่ได้ เพราะว่าเดี๋ยวเราผลตัวไป เราต้องระวัง เราต้องควบคุมของเรา เพราะว่าถ้าเป็นมากก็ไม่มีใครช่วยเราได้”

“ไม่ค่อยพอใจ 200 กว่า ไม่พอใจ ถ้าพอใจก็ไม่ต้องมาหาแล้ว ไซ้มะ”

“มันยังคุมได้ไม่ค่อยดีเท่าไร หมอเขาคุยอยู่เรื่อย”

กลุ่มที่ 3 รู้สึกพอใจผลการควบคุมโรคเบาหวานมาก

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ประเมินความพึงพอใจในผลการควบคุมโรคเบาหวานของตนเองในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากการตรวจ HbA_{1c} แบ่งตามเกณฑ์ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

3.1 กลุ่มที่มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดี มีจำนวน 3 ราย ประเมินความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันของตนเองอยู่ในระดับดี โดยกลุ่มตัวอย่างพิจารณาจากค่า FBS ที่ตรวจเป็นประจำ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง ผลการตรวจค่า FBS 2 ครั้ง ก่อนการสัมภาษณ์และวันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 144, 157 และ 151 มก./ดล. ตามลำดับ และค่า HbA_{1c} เท่ากับ 6.3 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ควบคุมดี จากผลการตรวจเลือดและการประเมินตนเองพบว่า ผู้ป่วยมีความพอใจในระดับคะแนน 10 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรับรู้ค่าปกติของน้ำตาลในเลือดคือ 140 ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความพึงพอใจต่อระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง “พอใจที่น้ำตาลปกติ...พอใจมากที่สุด”

กลุ่มตัวอย่างบางรายประเมินความพึงพอใจในการควบคุมโรคจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น นอกเหนือจากค่า FBS ที่ผู้ป่วยตรวจเป็นประจำ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง ผลการตรวจค่า FBS 2 ครั้ง ก่อนการสัมภาษณ์และวันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 151, 234 และ 209 มก./ดล. ตามลำดับ และค่า HbA_{1c} เท่ากับ 6.2 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ควบคุมดี แม้ว่าจะระดับน้ำตาลในเลือดจากการตรวจ FBS อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี แต่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีความพึงพอใจในการควบคุมโรคเนื่องจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นลดลง ผู้ป่วยจึงประเมินคะแนนอยู่ในระดับ 8 โดยอธิบายเหตุผลว่า

“รู้สึกกว่าตัวเอง บางครั้งมันจะดีขึ้น แต่น้อยครั้งที่มันจะไม่ดี ไม่อ่อนเพลีย ไม่อะไร มันก็น้อย ส่วนน้อย แต่ส่วนมากมันจะดี ไม่เวียนหัว ไม่อะไร”

3.2 กลุ่มที่มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีจำนวน 4 ราย ประเมินความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันของตนเองอยู่ในระดับดี เนื่องจากปัจจุบันมีระดับน้ำตาลในเลือดจากการตรวจ FBS อยู่ในเกณฑ์ดีถึงปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด จากการตรวจ FBS ตั้งแต่เริ่มเป็นจนปัจจุบันที่มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จึงมีความพึงพอใจในการควบคุมโรคในระดับดี (ระดับคะแนน 8) โดยอธิบายเหตุผลว่า

“ตอนนี้มันลดลงไปมากแล้วนี้ จากเดิมมันสูง สูงก็ลดลงมา 2 เท่าแล้ว จาก 400 กว่า เหลือ 100 กว่า”

3.3 กลุ่มที่มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี มีจำนวน 3 ราย ประเมินความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันของตนเองอยู่ในระดับดี แต่จากผลการตรวจ HbA_{1c} อยู่ในเกณฑ์ควบคุมไม่ดี ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง ผลการตรวจค่า FBS 2 ครั้ง ก่อนการสัมภาษณ์และวันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 130, 159 และ 107 มก./ดล. ตามลำดับ แต่ค่า HbA_{1c} เท่ากับ 10.1 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจในการควบคุมโรคในปัจจุบันของตนเองอยู่ในระดับคะแนน 10 โดยอธิบายเหตุผลว่า

“นี่ก็เบาลง ตั้งปีกว่าแล้วนะ ตั้งแต่เบาหวานหายก็ไม่ค่อยมีโรค ก็มาเอาแต่ยาไขมัน แค่นี้เอง โรคอื่นไม่ค่อยมี นอกจากเป็นหวัด แค่นี้เองตั้งแต่หายจากเบาหวานก็ไม่มีโรคแล้ว เป็นคราวก่อนไอ้ย..ไม่ไหว หาจนเราเบื่อ...” นอกจากนั้นผู้ป่วยยังประเมินการบริการของโรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่นเกล้าว่า “มันก็ดีนะ ที่นี่บริการดี มันก็พอใจ...รักษาที่นี่มันก็ดีเหมือนกันนะ”

ผู้ป่วยรายนี้รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้น โรคเบาหวานหายไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น มีความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานดี ดังนั้นการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเรื่องการควบคุมอาหารจึงไม่เคร่งครัด

กลุ่มที่ 4 ไม่สามารถประเมินความรู้สึกพอใจผลการควบคุมโรคเบาหวานเป็นช่วงคะแนนได้

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.7 ไม่สามารถประเมินความรู้สึกพอใจผลการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันของตนเองเป็นช่วงคะแนนได้ โดยกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งผลการตรวจค่า FBS 2 ครั้งล่าสุดก่อนการสัมภาษณ์และวันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 175, 186 และ 150 มก./ดล.

ตามลำดับ และค่า HbA_{1c} เท่ากับ 5.8 เปอร์เซ็นต์ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินได้ว่าตนเองรู้สึกพอใจในผลการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันหรือไม่ แต่ผลจากการดูแลสุขภาพเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหิว มีอาการปวดนิ้วและชาที่ฝ่ามือ เมื่อให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกพอใจผลการควบคุมโรคในปัจจุบันผู้ป่วยจึงไม่สามารถประเมินเป็นช่วงคะแนนได้ โดยผู้ป่วยอธิบายว่า

“พอใจก็ไม่อยากจะให้มันมี อยากมีมันก็ไม่สบายใจ...ก็ไม่ทราบเหมือนกัน (หัวเราะ) บางทีมันก็หิวนะ คนเรานะก็ไม่ทราบเหมือนกัน”

กลุ่มตัวอย่างอีก 1 ราย ไม่สามารถประเมินความรู้สึกพอใจผลการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันได้ เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดจากการตรวจ FBS ทุกเดือนขึ้น ๆ ลง ๆ ดังตัวอย่างผลการตรวจค่า FBS 2 ครั้งก่อนการสัมภาษณ์และวันที่สัมภาษณ์ เท่ากับ 91, 344 และ 119 มก./ดล. ตามลำดับ และค่า HbA_{1c} เท่ากับ 12.0 เปอร์เซ็นต์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถตัดสินใจว่าตนเองรู้สึกพอใจผลการควบคุมโรคเบาหวานในระดับใด โดยอธิบายว่า

“คือน้อยเราก็พอใจ ถ้ามากก็ถามหมอบอกว่าจะทำไงถึงจะลด และยาสมุนไพรเขาว่าดี ก็เอามาลองดู ตอนนั้นก็ยังไม่รู้ คิดว่าไปเรื่อย ๆ อย่างนี้ ...ประมาณไม่ถูก เพราะมันขึ้น ๆ ลง ๆ อย่างนี้ ถ้าเดือนไหนมาเจาะแล้วรู้สึกผลมันลดก็ดี แต่ถ้าเดือนไหนมาเจาะแล้วมันขึ้นก็กลุ่มใจหน่อย”

จากการศึกษาความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA_{1c}) พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายมีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงไม่ดี แต่ผู้ป่วยรู้สึกพอใจในผลการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันมาก และกลุ่มตัวอย่างบางรายมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีและมีความพึงพอใจในผลการควบคุมโรคเบาหวานน้อย ผู้วิจัยจึงมองว่าในบางครั้งการรับรู้ถึงผลการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยกับผลการควบคุมโรคเบาหวานตามความเป็นจริงของผู้ป่วยอาจมีความสอดคล้องกันและขัดแย้งกัน เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจึงมีความจำเป็นต้องรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในผลการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วย กับสถานการณ์จริงของผู้ป่วยว่าสอดคล้องกันหรือไม่ เนื่องจากการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมความเจ็บป่วยและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

บทที่ 5

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของไคลน์แมนเรื่อง ระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system) เป็นแนวทางในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการจากคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี ระหว่างวันที่ 7 มิถุนายน 2542 ถึงวันที่ 29 กรกฎาคม 2542 ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ 6 ส่วนตามลำดับคือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ และระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบันและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย อายุเฉลี่ย 59.7 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคือ เพศหญิง 21 ราย และเพศชาย 9 ราย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสรุปของคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติในรอบ 4 ปี (2529-2532) พบว่า เพศหญิงเป็นโรคเบาหวานมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ 2534) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 70.0) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยกลางคนยังคงได้รับการศึกษาเพียงระดับ ประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิศ จีระคำณวน (2535) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 84.17

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานถึงร้อยละ 63.4 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่พบเป็นวัยกลางคนและผู้สูงอายุค่อนข้างมาก สภาพร่างกายอาจไม่เอื้ออำนวยในการทำงานแต่ละช่วยทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ตามกำลังความสามารถ รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 43.3 โดยรายได้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานมาจากสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร สามีและญาติพี่น้อง แต่ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจหรือมีเพียงเล็กน้อย เนื่องจากเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม

การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับรู้ว่าคุณภาพไม่แข็งแรง ปานกลางร้อยละ 63.3 และมีถึงร้อยละ 23.3 ที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่แข็งแรง เนื่องจากยังทำงานได้แต่บางครั้งรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายและไม่สบายมาก กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 73.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มานิต วีระตันติทานนท์ และคำรณ ไชยศิริ (2540: 30) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.83 มารับบริการตามนัดทุกครั้ง

ภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) 2 ครั้งล่าสุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประวัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ถึงร้อยละ 57.2 และ 86.7 ซึ่งระยะเวลาในการตรวจแต่ละครั้งประมาณ 1-2 เดือน สำหรับการตรวจค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (ค่า HbA_{1c} มากกว่า 7.5 เปอร์เซ็นต์) มากที่สุด คือร้อยละ 46.7 เช่นเดียวกับผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ในวันเดียวกันของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (ค่า FBS มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มก. / ดล.) มากที่สุดคือ ร้อยละ 66.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวัลย์ ผลพลอยและคนอื่น ๆ (2539: 18-33) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินทุกคนมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงมากกว่า 140 มก. / ดล. และส่วนใหญ่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยวัดปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) อยู่ในเกณฑ์ 8.1-10.0 เปอร์เซ็นต์ แต่เมื่อนำผลการตรวจปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ของกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจในวันเดียวกัน มาเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละตามเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า เมื่อใช้ผลการตรวจปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) กลุ่มตัวอย่างควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีร้อยละ 23.3 และเมื่อใช้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะ

อดอาหาร (FBS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 6.7 เท่านั้น ซึ่งอธิบายได้ว่า การวัดปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) เป็นการบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาว คือ 2-3 เดือนที่ผ่านมา ค่าของ HbA_{1c} จะเปลี่ยนไปก็ต่อเมื่อมีการเสื่อมสลายไปตามอายุของเม็ดเลือดแดง ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยจึงค่อนข้างแน่นอนมากกว่า ในขณะที่การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วหลังรับประทานอาหารหรืออดอาหาร ค่าที่ได้จึงบอกได้เพียงผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะเวลาดสั้น 1-2 วันเท่านั้น

การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76.7 รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มีมากกว่า 1 อาการและอาการดังกล่าวมักจะปรากฏร่วมกันแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย อาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุดคือ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง คิดเป็นร้อยละ 25.6 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีอาการอื่นร่วมเช่น กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย กินจุ น้ำหนักลด ร้อยละ 20.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณภา ศรีธัญรัตน์ (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยรับรู้อาการที่เกิดขึ้นในครั้งแรกก่อนได้รับการวินิจฉัยที่พบมากที่สุดคือ อาการเหนื่อย เพลียผิดปกติ และปัสสาวะบ่อย อาการอื่น ๆ ที่พบคือ กระหายน้ำ อยากอาหาร มีอาการอ่อนแรงของขา น้ำหนักลด ตามัว ชาตามขา เป็นต้น อาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานอธิบายได้ว่า อาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นเนื่องจาก ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลที่ได้จากเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงมีการสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานทดแทน โดยการสลายมากขึ้นขึ้นอยู่กับปริมาณการขาดอินซูลิน ผู้ป่วยจะแสดงอาการอ่อนเพลีย เพราะเซลล์ของร่างกายไม่ได้รับกลูโคส โดยมีอินซูลินเป็นตัวพากลูโคสเข้าสู่เซลล์ นอกจากนี้เมื่อร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจนเกินความสามารถที่จะกักเก็บไว้ได้ จึงมีการกรองน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ ในขณะที่เดียวกันน้ำตาลที่ถูกกรองจะดึงดูดเอาน้ำออกมาด้วย ทำให้ร่างกายขาดน้ำ มีผลไปกระตุ้นศูนย์กลางการกระหายน้ำในไฮโปทาลามัส จึงทำให้กระหายน้ำมากขึ้น ผู้ป่วยจะดื่มน้ำมาก เมื่อมีการสูญเสีย น้ำตาลออกไปกับปัสสาวะ ร่างกายมีการขาดสารอาหาร ทำให้หิวบ่อยมีผลไปกระตุ้นศูนย์หิว (hunger center) ที่ไฮโปทาลามัส ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารมากขึ้น (นฤชล จรุงเรือง, 2540: 148-149) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานเป็นอาการแสดงที่มักจะเกิดขึ้นร่วมกันเนื่องจากเป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องกัน ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงน้ำหนักลด สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างจะรับรู้อาการดังกล่าวได้

เป็นส่วนใหญ่และแต่ละรายมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นมากกว่า 1 อาการ นอกจากนี้ยังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.3 ที่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น แต่มารับการตรวจสุขภาพ หรือมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษารโรคอื่นและตรวจเลือดพบว่า เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งอธิบายได้ว่าโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเกิดจากการที่ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินและมีการหลั่งอินซูลินลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาการและอาการแสดงในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ชัดเจน ค่อยเป็นค่อยไปไม่มีอาการรุนแรงเฉียบพลัน ผู้ป่วยบางรายจึงมาตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจเลือดได้โดยยังไม่แสดงอาการผิดปกติเกิดขึ้น ดังนั้นการตรวจเพื่อคัดกรองจึงมีความสำคัญที่จะค้นพบผู้ป่วยเบาหวาน

เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะพิจารณาเพื่ออธิบายความหมายของอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ความ และวินิจฉัยความเจ็บป่วยของบุคคลรอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชน โดยมีการปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลต่าง ๆ เพื่อขึ้นชั้นหรือช่วยพิจารณาวินิจฉัยอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พิจารณาว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะปกติ ร้อยละ 52.2 ซึ่งอธิบายว่า อาการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นอาการที่มักเกิดขึ้นซ้ำ เป็น ๆ หาย ๆ อยู่เป็นประจำ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนถึงสูงอายุ มีระดับการศึกษาน้อย ไม่รู้จักโรคเบาหวานมาก่อน ทำให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ ถิรชัย ศรีเงินขวง (2537: 273) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากไม่รู้จักโรคนี้อีก่อน แต่จะรู้จักโรคนี้นี้เมื่อตนเองมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นแล้ว

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่พิจารณาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคเบาหวาน มีร้อยละ 21.7 ซึ่งพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้พิจารณาอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวว่าเป็นโรคเบาหวานคือ การมีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ได้แก่ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การรับรู้ว่าคุณมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งพบในผู้หญิงระยะตั้งครรภ์ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน และ โปรเจสเตอโรน จึงมีฤทธิ์ด้านอินซูลินในร่างกายของผู้หญิง (วินิต พัวประดิษฐ์ และ กอบชัย พัววิไล, 2537: 144-147) กลุ่มตัวอย่างนี้จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานภายหลังตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ การมีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานในระดับหนึ่ง เช่น ปัสสาวะแล้วมีมดตอม กระหายน้ำมาก และปัสสาวะบ่อย ซึ่งเป็นอาการแสดงที่ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าเป็นอาการแสดงของโรคเบาหวาน จากปัจจัยดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และให้ความหมายอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคเบาหวานได้ถูกต้อง โดยผ่านการพิจารณาได้โดยตรง

กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าการเกิดการผิดปกติส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 78.3 จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยเริ่มเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนก่อนเป็นอันดับแรก โดยการรอสังเกตอาการและการรักษาตนเองตามอาการ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่ผู้ป่วยจะปรึกษาขอคำแนะนำและตัดสินใจจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ นริสา ศรีลาชัย (2540: 62) พบว่า หลังจากประสบอาการผิดปกติแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานจะมีการให้ความหมายของอาการผิดปกติแล้วจัดการอาการที่เกิดขึ้น โดยรอสังเกตอาการ และรักษาตนเองเป็นอันดับแรก ร้อยละ 81.2 และส่วนใหญ่มีการปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดก่อนมาพบแพทย์ และการศึกษาของบุญผา ดำรงกิตติกุล (2533: 98) ที่พบว่าครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทต่อการให้คำแนะนำปรึกษาในส่วนของการตัดสินใจลงความเห็นอาการของโรคเท้าช้าง และประเมินความรุนแรงของอาการ รวมทั้งแนะนำวิธีการรักษาหรือแหล่งรักษาตามประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคตามที่เคยได้รับมา

ภายหลังจากการได้รับการวินิจฉัยและคำยืนยันว่าเป็น โรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวจะแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมจากบุคคลทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ และพยายามที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ จึงมักมีคำถามเกิดขึ้นเช่น เบาหวานมีสาเหตุจากอะไร ทำไมตนเองจึงเป็นเบาหวาน ไม่เคยได้อินหรือรู้เรื่องเกี่ยวกับเบาหวานมาก่อน เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีการอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พยายามอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานจากพฤติกรรมการบริโภคของตนเอง เช่นการบริโภคอาหาร ขนมหหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานเป็นประจำ และบางรายได้อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานจากความผิดปกติของอวัยวะในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่รับรู้จากแพทย์จากการบอกเล่าต่อกันมา สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อธิบายว่าสาเหตุเกิดจากกรรมพันธุ์ เป็นกลุ่มที่มีความรู้ ความเชื่อว่าเบาหวานเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ ประกอบกับการพิจารณาประวัติการเป็นโรคเบาหวานของคนในครอบครัว สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถบอกสาเหตุการเกิดเป็นโรคเบาหวานอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานมาก่อน เพียงแต่รับทราบว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานได้สอดคล้องกับทฤษฎีทางการแพทย์ ซึ่งการอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานบางประการสอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ อัสวรัตน์ (2536: 76-77) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้สอดคล้องกับทฤษฎีทางการแพทย์ และแบ่งสาเหตุที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ 7 ประการ คือ พักผ่อนน้อย กรรมพันธุ์ ความอ้วน การรับประทานของหวานหรืออาหารมากเกินไป ดับอ่อนทำงานบกพร่อง กินยาต้มใจมากเกินไป และไม่ได้ออกกำลังกาย และจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 3.5 ปี ปัจจุบัน

ได้รับการรักษาโรคเบาหวานจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเป็นหลัก อธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานแตกต่างกัน ตามความรู้ ความเข้าใจในบริบทของแต่ละบุคคลอย่างมีเหตุมีผล ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมและการแสวงหาการดูแลสุขภาพเพื่อการควบคุมโรคเบาหวานที่แตกต่างกัน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำความเข้าใจโรคเบาหวานในบริบทของผู้ป่วยก่อน เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาแนวคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของ บุศรา เกิดพึงบุญประชา (2534) ที่อธิบายว่าผู้ป่วยทุกรายจะมีแนวคิดการอธิบายโรค ที่มีพื้นฐานของความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก กล่าวคือ เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากพฤติกรรมการกินอาหารที่มีรสหวานในปริมาณมากเกินไป และจากกรรมพันธุ์

การตัดสินใจความรุนแรงของโรค และการพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพ ความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพื่อตัดสินใจความรุนแรงของโรคจากภาวะปกติของร่างกายที่บ่งชี้ด้วยความสามารถในการทำงาน หากเมื่อใดร่างกายมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรงมากขึ้นจนทำให้ไม่สามารถทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ กลุ่มตัวอย่างจะตัดสินใจว่าโรคเบาหวานมีความรุนแรงมาก สำหรับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ตัดสินใจความรุนแรงของโรคเบาหวานว่า มีความรุนแรงปานกลาง โดยอธิบายว่าปัจจุบันโรคเบาหวานไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่รุนแรง แต่ด้วยลักษณะของโรคเบาหวานตามการรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาดจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาสุขภาพที่ดี ถ้าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงให้คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่า โรคเบาหวานตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างอาจมีความรุนแรงมากขึ้นหรือลดลงในแต่ละช่วงเวลาที่เหมาะสม เมื่อใดที่กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่าโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อการทำงานและกิจวัตรประจำวันมากขึ้น การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพจะเกิดขึ้นตามมาเพื่อจัดการกับอาการผิดปกติที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดังกล่าว ตามการอธิบายสาเหตุการเกิดโรค และตัดสินใจความรุนแรงของโรคตามผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย สอดคล้องกับเบคเกอร์ (Becker, 1974: 409-417) กล่าวว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค หรือความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง ๆ เป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน เช่น ด้านครอบครัว การทำงาน อาการแสดงของโรคมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความรุนแรงของโรคนั้น ๆ มักพบว่าผู้ป่วยจะ

ปฏิบัติตามคำแนะนำในระหว่างที่มีอาการมาก และหยุดปฏิบัติเมื่ออาการของโรคทุเลาลง เช่นเดียวกับการศึกษาของคันทิงแฮม-เบอร์เลย์และคนอื่น ๆ (Cunningham-Burley, et al., 1996: 349-352) ซึ่งศึกษาในกลุ่มที่มีปัญหาของระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจตัดสินใจความรุนแรงของความเจ็บป่วยจากความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากอาการเจ็บป่วย และจะแสวงหาการดูแลสุขภาพเมื่อประเมินว่ามีอาการรุนแรง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน สรุปได้ว่าความเชื่อในสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานนั้นจะรวมเอาความรู้ การรับรู้และประสบการณ์ของบุคคลแต่ละคนที่มีเหตุผลในบริบทของคนที่แตกต่างกันเพื่อจัดการกับ โรคเบาหวานที่เกิดขึ้น ลักษณะอาการของโรคที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทำให้เกิดความไม่สบาย ความทุกข์ทรมานเป็นปัจจัยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจความรุนแรงของโรคเบาหวาน ซึ่งบางเวลาโรคเบาหวานจะมีความรุนแรงมากขึ้นหรือลดลงก็ได้ ขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพจึงถูกกำหนดจากการแปลความหมายในขั้นนี้

พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

จากการศึกษาพบว่า เมื่อเกิดอาการผิดปกติกลุ่มตัวอย่างจัดการอาการที่เกิดขึ้นตามการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นอันดับแรก มีเพียงบางรายเท่านั้นที่เข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพทันที เนื่องจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการเฉียบพลัน และผู้ป่วยประเมินว่าเป็นภาวะไม่สบายที่ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ทันที เช่น อาการหมดสติ ใจสั่น เวียนหัวจนทำงานไม่ได้ แต่ภายหลังการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นอันดับแรกแล้ว ทุกรายจะเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเพื่อยืนยันการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานตามความคิด ความเชื่อของผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม เข้ามามีบทบาทต่อพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในสังคม คือ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน และระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ซึ่งบางรายอาจใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2 ระบบพร้อม ๆ กัน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วนภายหลังการประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของคนอื่น ๆ (นริสา ศรีลาชัย; รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และ เฉลิมพล ดันสกุล, 2540; สุขมาล รัตนเศรษฐ์อังกู และ

คนอื่น ๆ, 2537 ; มาริสา ไกรฤกษ์ และคนอื่น ๆ, 2536 ; บุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534 ; พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ, 2535 ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Explanatory model) และระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system) ของไคลน์แมน (Kleinman, 1980) ซึ่งบุคคลจะรับรู้และจัดการกับความเจ็บป่วยตามคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแสวงหาการดูแลสุขภาพภายในระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วนคือ ส่วนประชาชน ส่วนวิชาชีพและส่วนพื้นที่บ้านที่มีอยู่ในสังคม

การแสวงหาการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตามขั้นตอน ตามแนวคิดของ คริสแมน (Chrisman, 1977: 351-377) เกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพ (Health seeking process) กล่าวคือ เมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยที่เป็นไปตามความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดกันมา ตามความหมายทางวัฒนธรรม หรืออาจไปปรึกษาบุคคลใกล้ชิด เพื่อขอคำยืนยันว่าเจ็บป่วยจริงและควรจะรักษาด้วยวิธีไหน แล้วเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา ซึ่งเป็นการเลือกแหล่งบริการสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพตามการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งนี้ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจะร่วมกันประเมินและเลือกวิธีการรักษา เมื่อรักษาแล้วเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายคือ การประเมินผล ซึ่งผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมร่วมกันประเมินผลการรักษาตลอดเวลว่า ความเจ็บป่วยที่เป็นนั้นดีขึ้นหรือหายไปตามคำอธิบายทางวัฒนธรรมและความเอาใจใส่ของผู้รักษาที่มีต่อผู้ป่วย ในขั้นตอนทั้งหมดของความเจ็บป่วย อาจมีการย้อนกลับ (recycling) ได้อีก ถ้าผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดได้ข้อมูลใหม่เพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในครั้งนี้ ซึ่งเริ่มจากการอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และเข้าสู่การเลือกแหล่งบริการสุขภาพเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วย และประเมินผลการรักษาจากแหล่งบริการสุขภาพนั้น เพื่อยืนยันหรือแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพใหม่ต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน

กลุ่มตัวอย่างใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเพื่อจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นตามลำดับแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อแสวงหาข้อมูลในการรักษาโรคเบาหวาน และมีการนำข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ทุกครั้งที่มารับการ

ตรวจรักษาที่โรงพยาบาล คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างแสวงหาการดูแลสุขภาพจากส่วนประชาชน โดยเริ่มจากการรอสังเกตอาการ การดูแลรักษาตนเองตามอาการโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยาได้แก่ การหยุดพัก หยุดทำงาน หรือควบคุมอาหารมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างบางรายมีการลดจำนวนยาเม็ดแผนปัจจุบันเองและงดอาหารมื้อเย็น เพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของอูมา จันทวิเศษ (2539) พบว่าหลังจากกลุ่มตัวอย่างค้นหาสาเหตุและให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย นอกจากการมารับการรักษาแล้วจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง

ส่วนการรักษาโดยใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาทั้งยาแผนปัจจุบันที่ซื้อจากร้านขายยาด้วยตนเองไม่มีใบสั่งแพทย์และใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคเบาหวานควบคู่กัน หรือเลือกใช้เฉพาะยาสมุนไพรอย่างเดียวโดยหยุดยาแผนปัจจุบัน การแสวงหาการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นนี้เป็นไปตามความคิด ความเชื่อตามพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยในสังคมไทย เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เช่นกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะปกติของร่างกาย เป็นโรคประจำตัว ดังนั้น การใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนในระยะนี้จึงเป็นลักษณะของการรักษาตนเองตามอาการ เช่น การรับประทานยาหอม 5 เเจ็ดยี่ สอดคล้องกับอรุณศรี มงคลชาติ (2535) ที่พบว่าประเภทของยาที่ประชาชนใช้ในการรักษาโรคอันดับหนึ่ง ได้แก่ ยาขับลม ยาลม ยาหอม และยาผงแดง (ยาลมชนิดหนึ่ง) มีประมาณร้อยละ 97 ซึ่งอาการที่พบมักเป็นโรคเกิดกับสตรี คนชรา เช่น โรคเป็นลม วิงเวียน แน่น จุกเสียด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ เป็นโรคประจำตัวสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่แสวงหาการดูแลสุขภาพโดยใช้ยาสมุนไพร ชนิดเดี่ยวหรือตำรับ และใช้ยาแผนไทยบรรจุสำเร็จรูป เพื่อผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเชื่อว่าสมุนไพรเป็นยาเสริมและยาแพทย์แผนปัจจุบันเป็นยาคุม ดังนั้นการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนจึงเป็นลักษณะทดลอง (trial) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในระยะแรกพร้อมที่จะทดลองการรักษาแบบต่าง ๆ ตามที่มีผู้แนะนำ ผู้ป่วยหลายรายยอมรับว่า กำลังทดลองอยู่ และ/หรือคิดว่าจะทดลองดู การใช้ยาหรือพืชสมุนไพรพบว่าเป็นที่นิยมมากในการทดลองรักษาเบาหวาน เนื่องจากความเชื่อเรื่อง “ขมแก้หวาน” พืชสมุนไพรที่ใช้ทดลองรักษาเบาหวานจึงมักมีรสขม เช่น บอระเพ็ด ลูกใต้ใบ ฟ้าทะลายโจร เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานของนพวรรณ อัสวรัตน์ (2536) แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ ลักษณะของสมุนไพรที่ใช้ในลักษณะเดี่ยว, ลักษณะยาคัดหลายชนิด และลักษณะเป็นยาสำเร็จรูป การใช้สมุนไพรในผู้ป่วยพบว่า ไม่ได้

ใช้อย่างสม่ำเสมอมีการหยุดใช้สมุนไพรบ้าง และบางครั้งก็กลับมาใช้อีก เพราะไม่แน่ใจในผลของสมุนไพรหรือเห็นว่าไม่ได้ผลก็หาชนิดอื่น หรือกลับมากินยาของโรงพยาบาลอย่างเดิม หรือหาซื้อสมุนไพรไม่ได้ แต่อย่างไรก็ตามจะใช้ยาของโรงพยาบาลเป็นหลักในการรักษาเสมอ นอกจากนี้การศึกษารายงานของจินตนา งามวิทยาพงษ์ (2531) และสมทรง ณ นคร (2528) พบว่า การใช้ยาสมุนไพรของประชาชนมีอยู่ 2 ลักษณะคือ การใช้ยาสมุนไพรที่เป็นแบบสด ๆ เดี่ยว ๆ และการใช้ยาสมุนไพรที่เป็นตำรับหรือสำเร็จรูปหรือยาแผนโบราณ

สำหรับการประเมินผลการเลือกใช้วิธีการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลประชาชนแต่ละวิธี กลุ่มตัวอย่างยังคงใช้เทคโนโลยีของการแพทย์เป็นหลักในการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดในขณะที่ตนเองยังทดลองใช้สมุนไพร ร่วมกับการสังเกตอาการทั่วไปจากความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในการประเมินผล การตัดสินใจในการที่จะทดลองต่อไปหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับการประเมินผลนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณภา ศรีธัญรัตน์ (2539) ที่ศึกษากระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า กระบวนการลองผิดลองถูก เป็นผลต่อเนื่องจากการเรียนรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัวพร้อมที่จะทำการทดลองหาวิธีการรักษาเบาหวาน ซึ่งจะประกอบด้วยการหาข้อมูล การทดลองดู และประเมินผลลัพธ์

ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพที่กำหนดพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลประชาชนในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลประชาชนในการรักษาโรคเบาหวาน โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านอัตราค่ารักษามากที่สุด เนื่องจากการซื้อยาเองจากร้านขายยาเมื่อมีอาการผิดปกติเล็ก ๆ น้อย ๆ มีราคาถูกกว่าการเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลวิชาชีพ การใช้ยาสมุนไพรที่หาได้เองโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือซื้อหาได้ในราคาถูก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลประชาชนเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรคเบาหวาน นอกจากนี้ความเบื่อหน่ายต่อบริการด้านความสะดวกรวดเร็วที่ได้รับจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลวิชาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพมาสู่ระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลประชาชน เช่นเดียวกับการศึกษาสาเหตุและแรงจูงใจของผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการการรักษาแผนพื้นบ้านของ ทิพย์สุดา เฌรทอง (2534) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ประกอบกับเมื่อเจ็บป่วยทำงานไม่ได้ทำให้ไม่มีรายได้ ผู้ป่วยจึงไปรับการรักษาแผนพื้นบ้าน ซึ่งมีราคาถูกกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลวิชาชีพ

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ มีกลุ่มตัวอย่างหนึ่งรายที่เลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนจากการฟังรายการวิทยุ ความรู้และคำแนะนำที่ดีของผู้ดำเนินรายการ ทำให้ผู้ป่วยทดลองซื้อยาสมุนไพรจากร้านขายยาเอง เมื่อได้ทดลองใช้และประเมินผลการรักษา จากความรู้สึกส่วนตัวของตนเอง เช่น “รู้สึกดีขึ้น” ทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้ยาดังกล่าวแทนยาแผนปัจจุบันในระยะเวลาหนึ่ง หมายถึง การใช้ยาสมุนไพรส่งผลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยที่กินยาแล้วรู้สึกสบายใจ

ปัจจัยด้านผู้รับบริการการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนตามคำแนะนำของเพื่อนบ้าน / เครือข่ายทางสังคม มากที่สุด รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว ความสะดวกในการจัดหา ประสิทธิภาพการรักษาของบุคคลใกล้ชิด และเหตุการณ์สำคัญในชีวิต จากแนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพของไคลน์แมน (Kleinman: 1980) ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุด การรับรู้ ทัศนคติและวินัยความเจ็บป่วยจะกระทำภายในส่วนนี้เป็นอันดับแรก พร้อมกับกิจกรรมการรักษา ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชน และด้วยระบบการแพทย์ในสังคมไทยมีความเป็นพหุลักษณะ ผู้รับบริการจึงมีโอกาเลือกวิธีการดูแลสุขภาพได้หลายวิธี การตัดสินใจเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพใดจะผ่านการพิจารณาไตร่ตรองตามการอธิบายความเจ็บป่วย การปรึกษารื้อกับสมาชิกในครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียดทำให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพดีขึ้น (พรพิศ ชีวะคำนวน, 2535) การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้รับบริการเป็นสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องสภาพความนิยมในการรักษาแบบพื้นบ้าน โดยการใช้สมุนไพรของชุมชนในเขตอำเภอชุมพวงของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคนอื่น ๆ (2529 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ ประดับนุช, 2534: 4) พบว่า ประชาชนยังคงใช้สมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อบำบัดรักษาโรคด้วยตนเอง โดยพบว่าเหตุผลของการใช้คือ เคยใช้แล้วได้ผลดี ใช้เพราะเป็นการรักษาขั้นต้นก่อนที่จะรักษาด้วยวิธีอื่น และหาได้ง่ายใกล้มือ นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนและสืบทอดค่านิยมการใช้สมุนไพรให้คงอยู่ในชุมชน

การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน

สำหรับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน กลุ่มตัวอย่างเพียงรายเดียวที่แสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน คือ แพทย์แผนโบราณจีนที่เรียกว่า “หมอเมะ” ซึ่งเป็นการรักษาแบบพื้นบ้านที่ไม่ใช้อานาจนอกเหนือธรรมชาติ อธิบายได้ว่า สถานที่

ศึกษาครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ใน กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 40.0 และภาคกลางร้อยละ 36.6 เนื่องจากเป็นสังคมเมืองการเข้าถึงการ แพทย์แผนปัจจุบันมีความสะดวก ทันสมัย การคงอยู่ของระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้านมักพบ ในสังคมชนบทมากกว่า นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน ได้ว่าเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคมากที่สุด ร้อยละ 36.7 และเกิดจากความผิดปกติของอวัยวะ ภายในร่างกาย ร้อยละ 20.0 ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นเบาหวานโดยเฉลี่ย 3.5 ปี ดังนั้นการเลือกวิธี จัดการกับความเจ็บป่วยจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้านอาจสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างน้อย กว่าระบบการดูแลสุขภาพในส่วนอื่น

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านผู้รับบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมการ แสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้านของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้ป่วย ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านและได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการใช้ระบบการ ดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน เช่นเดียวกับการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วน ประชาชน

การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ

เมื่อเกิดอาการผิดปกติกลุ่มตัวอย่างบางรายเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชา ชนในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกในระยะเวลาหนึ่ง เมื่ออาการผิดปกติดังกล่าวไม่ได้รับ การแก้ไขให้หมดไป กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเพื่อการวินิจฉัย และรักษาอาการผิดปกติดังกล่าวเป็นลำดับต่อไป หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจาก ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเป็นลำดับแรกเมื่อมีหรือไม่มีอาการผิดปกติ โดยการเข้าสู่ระบบ การดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพครั้งแรกส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐ มีผู้ป่วย บางรายเลือกใช้โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก เนื่องจากต้องการความสะดวกรวดเร็ว และคุณภาพการ บริการที่ดี แหล่งบริการสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพที่ผู้ป่วยเลือกใช้มีตั้งแต่ 1 ถึง 5 แห่ง ซึ่งพบได้เนื่องจากผู้ป่วยมีการประเมินความพึงพอใจในบริการที่ได้รับอยู่ตลอดเวลา Schulz และจอห์นสัน (Schulz & Johnson, 1990: 22) เสนอแนวคิดในการเข้าถึงบริการของแหล่ง บริการสุขภาพว่าประกอบด้วย 5 ประการคือ ความเพียงพอของบริการ ความสามารถในการเข้าถึง แหล่งบริการ ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และการยอมรับ ผู้ให้บริการ เมื่อผู้รับบริการได้ประเมินแหล่งบริการสุขภาพทั้ง 5 ประการดังกล่าวแล้ว การแสวง หาการดูแลสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพแห่งใหม่อาจเกิดขึ้นได้

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด รองลงมาคือ สวัสดิการการรักษาพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ความสะดวกรวดเร็วในบริการ เป็นปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ เนื่องจากการรักษาโรคเบาหวานที่เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความสะดวกในการเดินทางเพื่อมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เดินทางมารับการรักษาด้วยรถโดยสารประจำทาง การเลือกแหล่งบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกมากขึ้น นอกจากนี้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน รายได้มาจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเงินเก็บสะสม การแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสมจึงมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลเอกชนเป็นแหล่งบริการสุขภาพของรัฐบาล เนื่องจากในปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจของประเทศตกต่ำ ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความเหมาะสม การรักษาที่โรงพยาบาลที่เบิกสวัสดิการรักษายาบาลได้เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ศิลปบุตร (2536) พบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้บริการสาธารณสุขโดยคำนึงถึงการเดินทางสะดวกเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ค่ารักษาพยาบาล

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ในแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพจากอรรถาศัย ความเป็นกันเอง และความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการมากที่สุด รองลงมาคือ การให้ความรู้และคำแนะนำที่ดี รวมทั้งชื่อเสียงของแหล่งบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของมูสตาฟา และแฮค (Mustapha & Haqq, 1996) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพในไทรนิแดดและโทบาโก้ พบว่า ความพึงพอใจส่วนใหญ่มาจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อันได้แก่ อรรถาศัย ความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ และคำแนะนำที่ได้รับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบันมีการเรียกร่องสิทธิต่าง ๆ ที่พึงจะได้รับจากผู้ให้บริการ เช่น สิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาที่พึงได้รับอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่ว่าจะมิกฎระเบียบปฏิบัติกันอย่างไร สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติเป็นการส่วนตัวในการซักถาม การตรวจ และการรักษา รวมทั้งสิทธิที่จะได้มีส่วนร่วมในการได้รับความรู้ ความเข้าใจในการตัดสินใจทุกประการที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ดังนั้นผู้รับบริการจึงมีสิทธิเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพได้ภายหลังการประเมินผลผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ การให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนนี้เพื่อคุณภาพในการบริการ จากการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2539: 115-135) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน

ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเฉพาะโรคในโรงพยาบาล ไม่ได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ข้อมูลและความรู้ที่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการแสวงหาของผู้ป่วยแต่ละคน แหล่งของข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับมาจากผู้ป่วยที่เป็นมาก่อนหรือจากคนรู้จักมากที่สุด การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ไม่แสดงถึงความรีบเร่งในการปฏิบัติงาน ให้โอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและซักถาม จะช่วยให้เข้าใจปัญหาและความต้องการ เป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วย และสามารถวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ส่วนปัจจัยด้านผู้รับบริการการดูแลสุขภาพจากการศึกษาพบว่า ประสพการณ์การรักษาของตนเองและบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพมากที่สุด รองลงมาคือ คำแนะนำของเพื่อนบ้าน / เครือข่ายทางสังคม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว ความรุนแรงของโรค และความเชื่อในผลการรักษา ล้วนเป็นปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากส่วนวิชาชีพทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างบางรายพึงพอใจที่จะเดินทางจากต่างจังหวัดเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในเมืองหลวง ด้วยเหตุผลของคุณภาพการบริการจากประสพการณ์การรักษาของตนเอง แสดงให้เห็นว่าในบางครั้งบริการสุขภาพจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เช่น โรงพยาบาลประจำอำเภอ ไม่อาจตอบสนองกับความต้องการการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการได้ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลและช่วยเหลือประชาชน ควรคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลชุมชน และสิ่งแวดล้อมเพื่อการฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยดึงแหล่งประโยชน์จากชุมชนให้เกิดประโยชน์มากที่สุด (WHO, 1996: 6-10) เพื่อป้องกันการข้ามขั้นตอนจากสถานอนามัยในส่วนของหมู่บ้าน ตำบล มาแออัดที่โรงพยาบาล ทำให้เกิดปัญหา เสียเวลาในการรอพบแพทย์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง นอกจากนี้ครอบครัว เพื่อนบ้านและเครือข่ายทางสังคม ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ด้วยเหตุผลที่ว่าเมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ทั้งในเรื่องบุคลากร เทคโนโลยี บริการสนับสนุนและสูญเสียเวลาทำงานหรือต้องออกจากงาน ดังนั้นจึงต้องอาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด สุริย์ จันทรโมลี (2535: 35) กล่าวว่าครอบครัวของผู้ป่วยมีบทบาทและมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ญาติมีส่วนทั้งสนับสนุนและคัดค้าน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพ

รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

จากการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพดังกล่าวข้างต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยเริ่มตั้งแต่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรกจนถึงปัจจุบันจำแนกได้ 3 รูปแบบใหญ่ ๆ โดยพบว่า รูปแบบที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ พบมากที่สุด รองลงมาคือ รูปแบบที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว และรูปแบบที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน โดยทั้ง 3 รูปแบบมีรูปแบบย่อยในการใช้แหล่งบริการสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพในส่วนต่าง ๆ แตกต่างกัน ในลักษณะของการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพในแต่ละส่วนควบคู่กันตามลำดับ ภายหลังการประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโคลน์แมน (1980) ในประเทศไต้หวันเกี่ยวกับรูปแบบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนใน 1 เดือน พบว่า รูปแบบที่พบในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ การเลือกใช้วิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพในแต่ละส่วนควบคู่กันตามลำดับ ภายหลังการประเมินผลการรักษา ถ้าผลของวิธีการรักษาใดไม่เป็นที่พอใจ จะมีการเลิกใช้และแสวงหาวิธีอื่นต่อไป ส่วนวิธีการรักษาใดที่ประเมินผลเป็นที่น่าพอใจจะยังคงใช้ควบคู่ไปกับวิธีการรักษาใหม่

ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบันและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากการศึกษารูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินดังกล่าวข้างต้น พบว่า ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเป็นหลักในการรักษาโรคเบาหวาน โดยบางรายอาจมีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมด้วย เนื่องจากสถานศึกษาเป็นแหล่งบริการสุขภาพในส่วนวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงเป็นกลุ่มคนที่ตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเป็นหลัก การแสวงหาการดูแลสุขภาพในส่วนอื่นเป็นเพียงการทดลอง เพื่อประเมินผลการรักษา โดยส่วนใหญ่ใช้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ซึ่งได้รับการตรวจทุกครั้งที่มาใช้บริการเป็นเกณฑ์ตัดสินใจแสวงหาการดูแลสุขภาพ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว

และใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพพร้อมกับส่วนประชาชน มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA_{1c}) อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนที่กลุ่มตัวอย่างใช้ส่วนใหญ่เป็นยาหรือพืชสมุนไพรที่ได้รับการบอกเล่าและแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน เช่น ฟ้าทะลายโจร ยาสกัดจากว่านหางจระเข้ ดอกคำฝอย กระเทียมอัดเม็ดและน้ำมันตับปลา เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันพืชสมุนไพรหลายชนิดมีรายงานการทดลองว่ามีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่น กระเทียม ว่านหางจระเข้ ลูกใต้ใบ และพืชสมุนไพรที่มีรายงานการทดลองว่าไม่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ มะขาม ฟ้าทะลายโจร และเนียง (รุ่งระวี เต็มศิริฤทธิ์กุล, 2536: 118) บุคลากรทางการแพทย์จึงมีส่วนสนับสนุนและให้คำแนะนำการใช้ยาหรือพืชสมุนไพรเพื่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้รับประโยชน์สูงสุด จากผลการศึกษาสรรพคุณของยาหรือพืชสมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างใช้และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่สามารถอธิบายได้ว่า ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างเกิดจากการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนอย่างชัดเจน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายรับประทานยาหรือพืชสมุนไพรไม่สม่ำเสมอ และในระยะเวลาสั้น

นอกจากนั้นในการศึกษานี้ไม่ได้ควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลเช่นการศึกษาของผกามาศ นามประดิษฐกุล (2536) ที่อธิบายว่าภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กับลักษณะประชากร เศรษฐกิจ การปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาแผนปัจจุบัน และปัจจัยด้านจิตสังคม ดังนั้นผลการใช้ยาหรือพืชสมุนไพรในระบบการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในปัจจุบันอาจไม่ได้สะท้อนถึงประสิทธิผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง แต่สะท้อนให้เห็นศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างในการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน เพื่อการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยซึ่งบางแง่มุมสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมของผู้รับบริการมากกว่า ปัจจุบันรัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมให้มีการใช้สมุนไพรรักษาโรคในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน การขายผลิตภัณฑ์ที่สกัดจากสมุนไพรหรือมีส่วนของสมุนไพรเป็นส่วนประกอบ เช่น โสม กระเทียม นมผึ้ง ยาเม็ดฟ้าทะลายโจร เพื่อใช้เป็นยาบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ (วันดี กฤษณพันธ์, 2537) บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในผลการรักษาโรค และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานภาพของบุคคลแต่ละราย

การใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพพบว่าเป็นรูปแบบของพฤติกรรมในการแสวงหาการดูแลสุขภาพที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้ คือ ร้อยละ 56.7 อธิบายได้ว่า ในปัจจุบันแม้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันจะมีบทบาทอย่างมากในการ

รักษาโรค แต่การรักษาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา เป็นทางเลือกที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้ เช่นเดียวกับการศึกษาของอาทร ธีวไพบูลย์ (2533, ลือชัย ศรีเงินขวง และทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ, 2533) เรื่องการใช้สมุนไพรของผู้ป่วย เบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ร้อยละ 84 มีการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน และการศึกษาของเพ็ญจันทร์ ประดับนุช และลือชัย ศรีเงินขวง (2537) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาเกือบทั้งหมดมีความเชื่อว่าโรคเบาหวานต้องอาศัย การรักษาจากระบบวิชาชีพเป็นหลัก และมีผู้ป่วยจำนวนมากว่าครั้งหนึ่ง ยังมีการใช้สมุนไพรคู่ไป กับยาแผนปัจจุบัน แม้ว่าการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนหรือส่วนพื้นบ้านในบางครั้ง บุคลากรทางการแพทย์มักมองว่าไม่มีเหตุผล ไม่สามารถอธิบายความเจ็บป่วยตามหลักวิทยาศาสตร์ได้ แต่จากผลการศึกษาพบว่า แม้จะช่วยให้อาการของโรคดีขึ้นไม่มากนัก แต่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้ สึกผ่อนคลายความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยและ ครอบครัว การผสมผสานระหว่างการใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้งสามระบบ เป็นการเชื่อมโยง ระหว่างการแพทย์วิชาชีพเข้ากับระบบความคิด ความเชื่อในสังคมวัฒนธรรม เพื่อส่งเสริมให้ เกิดการฟื้นฟูทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและวิญญาณอย่างสมบูรณ์ (Criddle, 1993: 208-213; Geary & Hawkins, 1991: 5-13)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Exploratory descriptive research) เพื่อศึกษาการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบันและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการจากคลินิกเบาหวาน ห้องตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี ระหว่างวันที่ 7 มิถุนายน 2542 ถึง วันที่ 29 กรกฎาคม 2542 จำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย
2. แบบสัมภาษณ์เรื่องพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การรับรู้อาการที่เกิดขึ้น การให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ นอกจากแบบสัมภาษณ์ข้อคำถามที่เจาะลึกในเรื่องดังกล่าวแล้วยังได้ให้ผู้ป่วยประเมินค่าคะแนนตามความรู้สึกในเรื่องของ การตัดสินใจ ความรุนแรง และความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบัน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดเรื่องระบบการดูแลสุขภาพของไคลน์แมน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย วิเคราะห์ว่าได้ข้อมูลครบถ้วนหรือไม่ นำมาปรับปรุงแล้วจึงไปใช้จริง

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับบันทึกแถบเสียง และจดบันทึกข้อมูลสำคัญไว้ขณะสัมภาษณ์ แล้วนำแถบเสียงมาถอดความ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อความอย่างน้อย 2 รอบ แล้ววิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล นำเสนอข้อมูลที่ได้ 2 ลักษณะ คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด แยกแยะความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ สรุปเน้นคำบรรยายตามหมวดหมู่ของข้อมูล

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.3:1 อายุอยู่ระหว่าง 42-78 ปี เฉลี่ยอายุ 59.7 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.3) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.0) มีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานครมากที่สุด (ร้อยละ 40.0) ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 63.3) รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 43.3) โดยส่วนใหญ่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (ร้อยละ 56.7) และประเมินว่าไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 43.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน และรับรู้ภาวะสุขภาพว่ามีสุขภาพแข็งแรงปานกลาง (ร้อยละ 63.3) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 3.5 ปี มารับการรักษาโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สม่าเสมอ (ร้อยละ 73.3)

การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งอาจมีมากกว่า 1 อาการ และอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุดคืออ่อนเพลีย ไม่มีแรง (ร้อยละ 25.6) รองลงมาคือ กลุ่มอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย กินจุ น้ำหนักลด (ร้อยละ 20.5) และอาการอื่น ๆ ซึ่งปรากฏร่วมกันจะให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะปกติ มากที่สุด (ร้อยละ 52.2) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พิจารณาว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการเริ่มแรกของโรคเบาหวาน เป็นกลุ่มที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานมาก่อน มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นโรคนี้และสังเกตจากอาการแสดง คือ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะมีมดตอม หลังจากกลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติแล้ว จะจัดการกับอาการดังกล่าวโดยเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเป็นอันดับ

แรกก่อนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 78.3) วิธีการที่ใช้ คือการรอสังเกตอาการและการรักษาตนเอง ตามการรับรู้ ดีความ และวินิจฉัยจากประสบการณ์ จากการปรึกษาขอคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนที่ทำงานในโรงพยาบาล นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ระบบการดูแลส่วนวิชาชีพทันทีที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน

หลังจากได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างได้อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานว่า เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค มากที่สุด (ร้อยละ 73.3) รองลงมาคือ เกิดจากความผิดปกติของอวัยวะในร่างกาย เกิดจากกรรมพันธุ์ และเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานได้ (ร้อยละ 26.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจตัดสินใจความรุนแรงของโรคเบาหวานว่ามีความรุนแรงปานกลางมากที่สุด(ร้อยละ43.3) และผลกระทบต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อการทำงาน และการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุด (ร้อยละ 63.4) เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และมีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ทำให้ความสามารถในการทำงานและการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

พฤติกรรมกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

พฤติกรรมกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่เมื่อเกิดอาการผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างจะพิจารณาและพยายามอธิบายอาการที่เกิดขึ้นในครั้งแรกพร้อมกับจัดการอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าว ต่อมาเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างจะเริ่มแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ส่วนวิชาชีพ และส่วนพื้นที่บ้านที่มีอยู่ในสังคมไทย เพื่อรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องภายใต้การอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน เริ่มจากเมื่อมีอาการผิดปกติกลุ่มตัวอย่างจะรอสังเกตอาการผิดปกติ และดูแลรักษาตนเองตามอาการ ซึ่งมีทั้งการใช้ยาหรือไม่ใช้ยารักษาตนเอง โดยยาที่ใช้ได้แก่ ยาแผนปัจจุบันที่ซื้อจากร้านขายยาแผนปัจจุบันหรือใช้ยาสามัญประจำบ้าน ยาแผนไทยบรรจุสำเร็จรูป และสมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน โดยพบว่าคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน / เครือข่ายทางสังคม เป็นปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนมากที่สุด (ร้อยละ 25.64) ส่วนการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นที่บ้านที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มีเพียงรายเดียวที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากหมอแผนโบราณที่เรียกว่า “หมอเฒ่า” โดยได้รับ

คำแนะนำจากเพื่อนบ้านและการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการแสวงหาการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน สำหรับการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ ได้แก่ คลินิก ร้านขายยาตามใบสั่งแพทย์ โรงพยาบาลประจำอำเภอ ศูนย์สาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน และพบว่าปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 24.0) รองลงมาคือ สวัสดิการการรักษาพยาบาล และประสบการณ์การรักษาของตนเองและบุคคลใกล้ชิด (ร้อยละ 14.0) ซึ่งภายหลังจากใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างจะประเมินผลการรักษาเพื่อการแสวงหาแหล่งบริการจากระบบการดูแลสุขภาพใหม่ต่อไป

รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งได้เป็น 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ รูปแบบที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 76.7) รองลงมาคือ รูปแบบที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว (ร้อยละ 20.0) และ รูปแบบที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน (ร้อยละ 3.3) ตามลำดับ

ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ในปัจจุบันกับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพ ร้อยละ 76.7 และใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน ร้อยละ 3.3 มีเพียงร้อยละ 20.0 เท่านั้นที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว แต่ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพเพียง 2 ส่วนคือ จากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า(สถานที่ศึกษา) และระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ได้แก่ การใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน การรักษาตนเองโดยการลดจำนวนยาเม็ดรักษาเบาหวานเองโดยไม่ได้รับการแพทย์ร่วมกับการควบคุมอาหาร โดยพบว่า กลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียวมีจำนวน 20 ราย และกลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพร่วมกับส่วนประชาชนเหลือเพียง 10 ราย และเมื่อนำค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) มาพิจารณาภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระบบการ

ดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพพร้อมกับส่วนประชาชน มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกัน และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างยังคงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี (ร้อยละ 50.0 และ 60.0 ตามลำดับ)

ความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบัน

จากการประเมินความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานปานกลาง (ร้อยละ 56.7) รองลงมาคือ มีความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานมาก และมีความพึงพอใจน้อย ตามลำดับ โดยมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.7 ไม่สามารถประเมินความพึงพอใจในการควบคุมโรคเบาหวานในปัจจุบันได้

ผลการศึกษานี้ทำให้เห็นภาพรวมของพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ส่วนพื้นบ้าน และส่วนวิชาชีพ ตั้งแต่การรับรู้การผิดปกติที่เกิดขึ้นก่อนได้รับการวินิจฉัย การให้ความหมายอาการและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน และการตัดสินใจความรุนแรงจากผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวาน ตามการรับรู้ ทัศนคติ และวินิจฉัยความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ทุกขั้นตอนมีเหตุผลและผ่านการพิจารณาไตร่ตรองตลอดเวลา ในระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำเป็นต้องได้รับการดูแลในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนและส่วนพื้นบ้าน เช่น การใช้ยาสมุนไพรที่ซื้อหาเองหรือได้จากหมอแผนโบราณ เป็นเพียงลักษณะการทดลองใช้ภายหลังการประเมินผลโดยใช้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ร่วมกับอาการตามความรู้สึของผู้ป่วยว่าดีขึ้นหรือไม่ ผู้ป่วยจะหยุดใช้และแสวงหาแหล่งใหม่ต่อไป ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพพร้อมกับส่วนประชาชนในปัจจุบันไม่สามารถสรุปได้ว่า เป็นผลการรักษาโดยตรงจากส่วนใดส่วนหนึ่งแน่ชัด เนื่องจากผลทางวิทยาศาสตร์ของสมุนไพรที่ผู้ป่วยใช้บางชนิดไม่มีสรรพคุณในการลดระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบกับผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการรับประทานสมุนไพรน้อยและไม่สม่ำเสมอจริงจึง ทำให้การวิจัยไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แต่ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามบริบทของแต่ละบุคคล โดยมีครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการสุขภาพในคลินิกเบาหวาน ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังมีแนวโน้มของการแสวงหาการดูแลสุขภาพอยู่เสมอ เนื่องจากลักษณะความเจ็บป่วย และปัจจัยหลาย ๆ ประการที่กำหนด ซึ่งพบว่า ขณะที่รักษาโรคเบาหวานกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างยังคงมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร้อยละ 76.7 และจากระบบการดูแลสุขภาพทั้งส่วนประชาชนและส่วนพื้นบ้านร่วมด้วยร้อยละ 3.3 การใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยเป็นลักษณะการทดลองใช้ และประเมินผลการรักษาจากระดับน้ำตาลในเลือดและอาการที่เกิดขึ้น โดยมียาแผนปัจจุบันเป็นยาหลักในการรักษา ดังนั้นเพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจใช้ยาสมุนไพรที่ถูกต้อง แหล่งบริการสุขภาพในส่วนวิชาชีพจึงควรให้ความสำคัญและหาแนวทางเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจ โดยเข้ามามีบทบาทในขั้นตอนของการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย อาจเป็นในรูปของการจัดอบรม ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรที่มีการทดลองแล้วพบว่ามีฤทธิ์ในการลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการพิสูจน์ผลของยาสมุนไพรที่ผู้ป่วยใช้ การประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการให้คำแนะนำปรึกษาที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการควบคุมโรคเบาหวาน

2. ในระบบการให้บริการสุขภาพที่คลินิกเบาหวาน การให้คำแนะนำและความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวานโดยบุคลากรทางการแพทย์ประจำคลินิก เช่น แพทย์ พยาบาล มักจะกระทำกับผู้ป่วยเพียงคนเดียว โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับครอบครัวและญาติเท่าที่ควร จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน คือ สมาชิกในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ผลการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยจะดีขึ้น หากได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมอย่างถูกต้อง ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีการควบคุมโรคไม่ดี ควรมีการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนมีบริการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวานแก่ชุมชน

3. การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการจากคลินิกเบาหวาน ควรมีการจัดระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดให้ผู้ป่วยพบ

แพทย์คนเดิม การมีแฟ้มนัดหมายผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีแพทย์ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน มีระบบติดตามผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ขาดการมารักษาที่โรงพยาบาลไม่ได้หมายความว่า ผู้ป่วยทุกรายไปใช้สถานบริการสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอื่น การหยุดการรักษาของผู้ป่วยมีสาเหตุจากปัจจัยหลาย ๆ ประการเช่น ผู้ป่วยอาจกำลังทดลองใช้แหล่งบริการสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนอื่น ๆ ดังนั้น การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และใช้สถานที่ศึกษาเพียงแห่งเดียวในเขตกรุงเทพมหานคร ถ้าสามารถเก็บข้อมูลโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและศึกษาในชุมชนหรือแหล่งบริการสุขภาพหลาย ๆ แห่ง ทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด เพื่อให้ได้ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย และความละเอียดลึกซึ้งของข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมและการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากส่วนประชาชน ส่วนพื้นบ้าน และส่วนวิชาชีพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
2. จากผลการศึกษา ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานใช้ในปัจจุบันกับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียว และผู้ป่วยที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพร่วมกับส่วนประชาชน มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงกัน จึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนที่ผู้ป่วยเลือกใช้มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่ เนื่องจากปัจจัยในด้านระยะเวลา การใช้ ความสม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย ในการศึกษากครั้งต่อไปจึงควรมีการเปรียบเทียบโดยควบคุมตัวแปรที่ศึกษาและตัวแปรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างชัดเจน

บรรณานุกรม

- กฤษณา นาดี. (2541). พฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2533). ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เทียนจันทร์ ประดับมุข และจริยา สุทธิสุคนธ์ (บรรณาธิการ), พฤติกรรมสุขภาพ (หน้า 92-110). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2535). ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. คณะกรรมการระบดวิทยาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2534) เบาะหวาน : คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: คำนสุทธาการพิมพ์.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2539). แผนพัฒนาการสาธารณสุขช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). ใน จริญญา วงษ์พรหม และชนะจักร เอ็นบำรุง. เอกสารสรุปการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง แรงงานอพยพภาคอีสานในกระแสโลกาภิวัตน์. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา งามวิทยาพงษ์. (2531). กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาเมื่อเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ป่วยอุจจาระร่วงในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิมา ถกย์เลื่อนฤทธิ์. (2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชลิด รัตตสาร. (2541). Intensive Therapy of type 2 diabetes. ใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), โรคต่อมไร้ท่อ และเมตาบอลิซึม สำหรับเวชปฏิบัติ 3. (หน้า 18-19) กรุงเทพมหานคร: ยูนิติ.

- ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2541). New Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. ใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), โรคต่อมไร้ท่อ และเมตาบอลิซึม สำหรับเวชปฏิบัติ 3. (หน้า 1-13) กรุงเทพมหานคร: ชูนิดี.
- ทิพย์สุตา เฌรทอง. (2534). การเลือกใช้บริการรักษาโรคแผนพื้นบ้านและปัจจุบัน : กรณีศึกษา เฉพาะวัดโพธิ์ทองบน และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เทพินทร์ พัชรนารักษ์. (2533). แนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเย็บยาแบบพื้นบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ศิลปบุตร. (2536). รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพวรรณ อัครรัตน์. (2536). แบบแผนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นริสา ศรีลาชัย. (2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤชล จรุงเรือง. (2540). การพยาบาลกับการวิภาคศาสตร์สรีรวิทยาและพยาธิสรีรวิทยา ของระบบต่อมไร้ท่อ. ภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์.
- นุปผา ดำรงกิตติกุล. (2533). พฤติกรรมรักษาและปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคฟิลาเรีย (โรคเท้าช้าง) : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด นครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุศรา เกิดพึงบุญประชา. (2534). แนวคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปริญญญา พรรณราช.(2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์. (2535). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน : การศึกษาเชิงมานุษยวิทยาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชามานุษยวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะพรรณ เทียนทอง. (2540). ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2534). การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (หน้า 141-182). กรุงเทพฯ: วิเจพรีนติ้ง.
- พกามาศ นามประดิษฐ์กุล. (2536). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิตและมนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพิศ ชีวะคำนวน. (2535). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และอรัญญา ปุณณัน. (2535). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง : กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในภาคอีสาน ใน ลือชัย ศรีเงินขวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ), ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (หน้า164-202). นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบาย นโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ. (2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2532). มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้สมุนไพรในชุมชน : ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านหนึ่งในจังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2534). สังคมวัฒนธรรมของการใช้สมุนไพร. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ ลือชัย ศรีเงินขวง. (2537). สถานการณ์ชีวิตและพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2 (ตุลาคม-ธันวาคม): 272-280.
- เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ. (2540). การแพทย์แผนไทย สายใยแห่งชีวิตและวัฒนธรรม (รวมบทความวิชาการ เล่ม 1). กรุงเทพมหานคร : องค์การทหารผ่านศึก.
- _____. (2542). การแพทย์แผนไทย สายใยแห่งชีวิตและวัฒนธรรม (รวมบทความวิชาการ เล่ม 2). กรุงเทพมหานคร : องค์การทหารผ่านศึก.
- ไพบุลย์ จาตุรปัญญา. (2536). เบาหวานกับการรักษาตนเอง. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : รวมพรรณ.
- ภาวนา กิริติชุดวงศ์. (2537). การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะเภสัชศาสตร์. ภาควิชาเภสัชพฤกษศาสตร์. (2538). สยามไภษัชยพิภพ : ภูมิปัญญาของชาติ. กรุงเทพมหานคร : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิต ชีระตันติกานนท์ และ คำธณ ไชยศิริ. (2541). การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัย จังหวัดขอนแก่น ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 7 (1) : 30.
- มารีสา ไกรฤกษ์ และคนอื่น ๆ. (2536). พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีนครินทร์. รายงานการวิจัย.
- รัชตะ รัชตะนาวิน, วิลลา ตันตโยทัย, ปองทิพย์ โพธิวาระ, ลออ ชัยลือกิจ และกนกพร ชีระสังสกุล. (2530). ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลรามารับดี ข้อมูลทางคลินิกและผลการรักษาเปรียบเทียบระหว่างคลินิกอายุรศาสตร์และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน. วารสารรามารับดี 10(4), 183-189
- รุ่งระวี เต็มศิริฤทธิกุล. (2536). สมุนไพรรักษาโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และ เถลิ้มพล ตันสกุล. (2540). พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 27(1), 20-32.
- ลือชัย ศรีเงินขวง, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, พิมลพรรณ อุโฆษกิจ และกัญญารัตน์ กล้าถนอม. (2536). รายงานเบื้องต้นผลงานวิจัย การรับรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบาย นโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลือชัย ศรีเงินขวง และปรีชา อุปโยคิน. (2533). พฤติลักษณะของระบบการแพทย์ในภาคกลาง และการเปลี่ยนแปลง. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และจริยา สุทธิสุนทร (บรรณาธิการ), พฤติกรรมสุขภาพ (หน้า 65-68). นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลือชัย ศรีเงินขวง และรุจิราถ อรรถดิษฐ์. (2535). ศักยภาพหมอพื้นบ้านกับสาธารณสุขมูลฐาน : ภาพรวม. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วิทย์ เทียงบุญธรรม. (2536). พจนานุกรม สมุนไพรไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สุริยบรรณ.
- วิทยา ศรีดามา, วชิรา ธนาประทุม และ วิศิษฐ์ ภาสุรปัญญา. (2540). การวินิจฉัยและแบ่งประเภทของโรคเบาหวาน. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม (หน้า 360-375). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ 21 เซ็นจูรี.
- วนิดา มะระขงค์, อัมพิกา พจนสุนทร และวรรณิ วรวัฒน์ชัย. (2534). การศึกษาผลการควบคุมโรคเบาหวานและความไม่สามาถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 6, 5 (2), 203-211.
- วินิต พัวประดิษฐ์ และกอบชัย พัววิไล. (2537). เบาหวานขณะตั้งครรภ์. ใน วินิต พัวประดิษฐ์ (บรรณาธิการ), การบริบาลครรภ์เสี่ยงสูง (หน้า 144-147). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- วรรณิ นิธิยานันท์, อภิชาติ วิชญารัตน์ และสาธิต วรรณแสง. (2530). Diabetes in Practice. กรุงเทพมหานคร : มหานครออฟเซตเพรส.
- วรรณภา ศรีธีธรรัตน์. (2540). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน: a grounded theory study. วารสารวิจัยทางพยาบาล, 1 (1), 71-91.

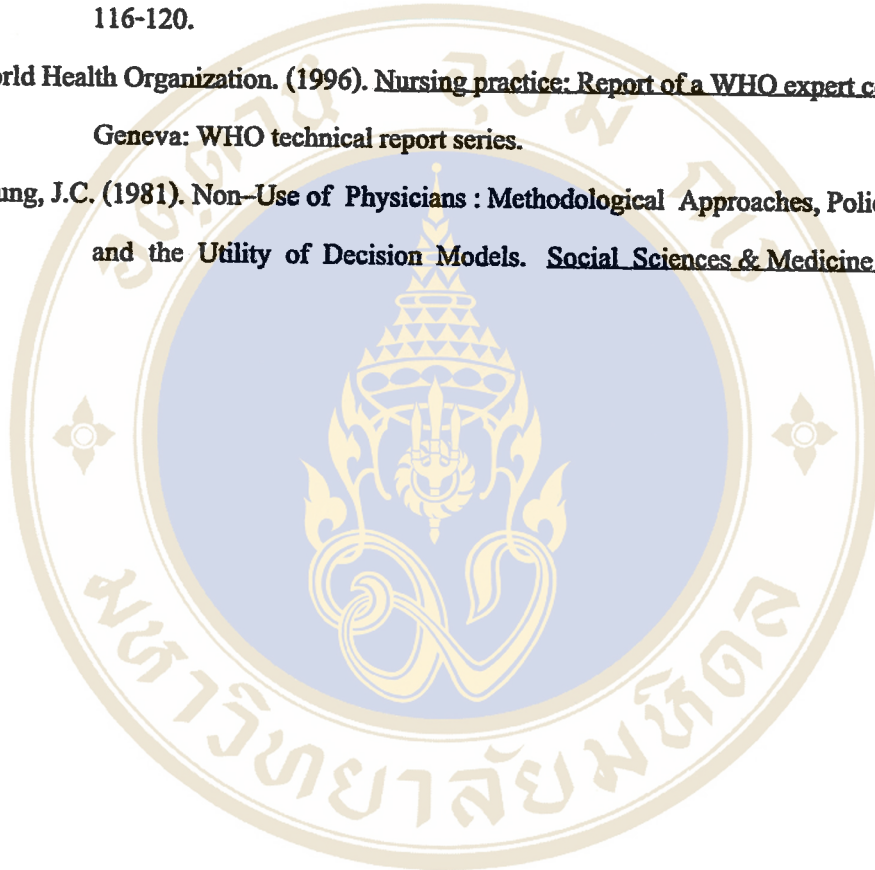
- วไลยพรหม ชลสุข. (2540). การศึกษาการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี กฤษณพันธ์. (2537). สมุนไพรรักษา (หน้า 238). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลา ตันตโยทัย และ อติสัย สงติ. (2534). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ (เล่ม4, พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 241-268). กรุงเทพมหานคร: วีเจ พรินติ้ง.
- วิลาวัล ผลพลอย, อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, วิมลรัตน์ จงเจริญ และ สุวิมา รัตนชัยวงศ์. (2539). การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 16 (2), 18-34.
- ศุภรัตน์ ไพศาลตันตวงศ์. (2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกเสริญ น้อยศรี. (2531). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขตพัฒนาสมุนไพร อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดนครราชสีมา. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธรรณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วีเจพรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล; กาวนา กิริติขุวงศ์; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ; วิรัตน์ โพคะรัตน์ศิริ และ อนงค์ สุขอึ้ง. (2539). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 1 (1): 115-137.
- สมทรง ณ นคร. (2528). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคของชาวนชนบทและบุคลากรสาธรรณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ในรายงานการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชุมาล ธนาเศรษฐอังกฤษ และคนอื่น ๆ. (2537). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนชนบทเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 16 (2), 30-37.

- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, อำพาพร พัววิไล และวลัยพร นันท์สุภวัฒน์. (2536). ปัญหาความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์. 16, 20-25.
- สุริย์ จันทรโมลี. (2535). ประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลรพชวดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสวภา พรศิริพงษ์. (2533). การแพทย์พื้นบ้านกับสมุนไพร. รายงานการสัมมนาวิชาการเรื่องการแพทย์แผนไทยกับสังคมไทย. โครงการจัดงานทศวรรษการแพทย์แผนไทย วันที่ 10-12 ธันวาคม 2528, 33-35
- อภิชาติ วิษณุรัตน์. (2537). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิด NIDDM. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป 2 (หน้า 1-10). กรุงเทพฯ: ภูมิ.
- อรุณศรี มงคลชาติ. (2535). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรของประชากรไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาทร รวีไพบูลย์ และคนอื่น ๆ. (2533). การศึกษาการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานที่บริการที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ), รายงานการวิจัย โดยการสอนขององค์การอนามัยโลก. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบาย นโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2534). กระบวนการบริหารการพยาบาล. เชียงใหม่ : ภาควิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมา จันทวิเศษ. (2539). การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โอภาส เชษฐากุล และพัชรี ดังตุลยางกูร (บรรณาธิการ). (2540). สมุนไพรด้านเบาหวาน : รวมสมุนไพรที่มีรายงานการทดลองและประสบการณ์ที่ใช้ได้ผล. กรุงเทพฯ: โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง.

- American Diabetes Association . (1996). Screening for Diabetes. Diabetes Care, 19 (1), S4.
- _____. (1997). Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 20 (1), 1187-1197.
- _____. (1998). Tests of Glycemia in Diabetes. Diabetes Care, 21(1), S69-S71.
- Becker,M.H. (1974). The health belief model and sick role behavior. Health Education Monography, 2 (4), 409-417.
- Carpenito,L.J. (1993). Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. Philadelphia : J.B.Lippincott.
- Carter, J.S., et al. (1996). Rapid HbA_{1c} Testing in a Community Setting. Diabetes Care, 20 (4), 764-767.
- Chrisman,N.I. (1977). The Health Seeking Process : An Approach to the Natural History of Illness. Culture, Medicine and Psychiatry, 1: 351-377.
- Criddle,L. (1993). Healing from surgery : A phenomenology study. Image: Journey of Nursing Scholarship, 25 (23), 208-213.
- Cunningham-Burley, S., Allbutt H., Garraway, W.M., Lee, A.J. & Russell, E.B. (1996). Perceptions of urinary symptoms and health care-seeking behaviour amongst men aged 40-70 years. British Journal of General Practice, 46, 349-352.
- Danesi, M.A., & Adetunji, J.B. (1994). Use of alternative medicine by patients with epilepsy : A survey of 265 epileptic patients in a developing country . Epilepsy, 35 (2), 344-351 .
- Delgado,E., Sorensen,S.C. & Stuyft,P. (1996). Health seeking behavior and self-treatment for common children symptoms in rural Guatemala. Annales. Societe Belge de Medecine Tropicale, 74 (2), 161-168.
- Eastman, et al. (1997). Model of Complications of NIDDM. Diabetes Care, 20 (5), 735-744.
- Farr, I., & Waltkinson, M. (1993) Diabetes : a guide to patient management for practice nurse. (2nd ed.) Great Britain : Radcliffe Medical Press.
- Geary,P.A. & Hawkins,J.W. (1991). To cure, to care, to heal. Nursing Forum, 25 (2), 5-13.
- Hunte, P.A., & Sultana, F. (1992). Health-seeking behavior and the meaning of medications in Balochiston, Pakistan. Social Science Medicine, 34 (12), 1385-1397.

- Jeppsson, J.O., Jerntorp, P., Almer, L.O., Persson, R., Ekberg, G., & Sundkvist, G. (1996). Capillary Blood on Filter Paper for Determination of HbA_{1c} by Ion Exchange Chromatography. Diabetes Care, 19 (2), 142-145.
- Josse, R.G. (1995). Acarbose for the treatment of type II diabetes : the results of a Canadian multi-centre trial. Diabetes Research and Clinical Practice, 28 Suppl., 167-172.
- Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture. London : University of California Press.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care. Annals of Internal medicine, 88 (2), 251-258.
- Lundman, B. & Engstrom, L. (1998). Diabetes and it's complications in a Swedish county. Diabetes Research and Clinical Practice, 39 (2), 157-164.
- Luyus., G.T. (1991). An Explanatory Model of Diabetes. Western Journal of Nursing Research, 13 (6), 681-692.
- Mayfield, J. (1998). Diagnosis and classification of diabetes mellitus: new criteria. American Family Physician, 58 (6). 1355-1362.
- Nakagami, T., Kawahara, R., Hori, S., & Omori, Y. (1997). Glycemic Control and Prevention of Retinopathy in Japanese NIDDM Patients. Diabetes Care, 20 (4), 621-622.
- Nathan, D.M. (1991) Monitoring diabetes mellitus. In : Lebovitz H.E., ed. Therapy for diabetes mellitus and related disorders. American Diabetes Association , 86-91.
- Rhi, B.Y., et al. (1995). The health care seeking behavior of schizophrenic patients in 6 East Asian areas. International Journal of social Psychiatry, 41 (3), 190-209.
- Roberts, R.O., et al. (1994). Natural History of Prostatism : Worry and Embarrassment From urinary symptoms and health care-seeking behavior. Urology, 43 (5), 621-628.
- Savage, S., Estacio, R.O., Jeffers, B., & Schrier, R.W. (199). Urinary Albumin Excretion as a Predictor of Diabetic Retinopathy, Neuropathy, and Cardiovascular Disease in NIDDM. Diabetes Care, 19 (11), 1243-1248.
- Schulz, R., & Johnson, A.C. (1990). Management of hospital and health service : Strategic issues And performance (3 rd ed., pp. 22). Toronto : C.V. Mosby Company.

- Strowig, S., & Raskin, P. (1992). Glycemic Control and Diabetic Complications. Diabetes Care, 15 (9), 1126-1136.
- Tamaka, Y., Atsumi, Y., Matsuoka, K., Onuma, T., Tohjima, T., & Kawamori, R. (1998). Role of Glycemic Control and Blood Pressure in the Development and Progression of Nephropathy in Elderly Japanese NIDDM Patients. Diabetes Care, 21 (1), 116-120.
- World Health Organization. (1996). Nursing practice: Report of a WHO expert committee. Geneva: WHO technical report series.
- Young, J.C. (1981). Non-Use of Physicians : Methodological Approaches, Policy Implications, and the Utility of Decision Models. Social Sciences & Medicine, 15, 499-507.



ภาคผนวก ก

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉัน เรือเอกหญิงนุสรา นิ่มน้อย นักศึกษาพยาบาลปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ขณะนี้กำลังทำวิจัยเกี่ยวกับ “พฤติกรรมและการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน” เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาในแผนกอายุรกรรมต่อไป

ถ้าคุณ.....ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมและการแสวงหาสุขภาพ โดยขณะสัมภาษณ์จะขออนุญาตบันทึกแถบเสียง โดยจะใช้เวลาช่วงที่คุณ..... รอฟังผลเลือดหรือช่วงที่รอเข้ารับการรักษาจากแพทย์ และใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับ จะนำมาใช้เผยแพร่เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยไม่ระบุชื่อของผู้ให้สัมภาษณ์ พร้อมทั้งขอเลือดเพิ่ม 3 ซีซี. เพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยในระยะเวลา 2-3 เดือนที่ผ่านมา โดยท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม และขอติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์ถ้าข้อมูลที่ได้รับไม่ครบถ้วน

หากคุณมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีตอบให้คุณเข้าใจ คุณมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และถึงคุณจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว คุณก็ยังมีสิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ขณะสัมภาษณ์ โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการที่ท่านจะได้รับ คุณยินดีจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไหมคะ ขอบขอบคุณค่ะ

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์เรื่อง พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ผู้ป่วยรายที่..... ☐ ☐

เลขประจำตัวโรงพยาบาล.....

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์.....

ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน.....ปี ☐ ☐

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ ปี ☐ ☐
2. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง ☐ ☐
3. สถานภาพสมรส ☐ ☐
- ☐ 1) โสด ☐ 2) คู่
- ☐ 3) หม้าย ☐ 4) หย่า แยก
4. จำนวนบุตร ☐
- ☐ 1) ไม่มี
- ☐ 2) มี จำนวน คน
5. ระดับการศึกษา ☐
- ☐ 1) ไม่ได้รับการศึกษา ☐ 4) ประกาศนียบัตร
- ☐ 2) ประถมศึกษา ☐ 5) ปริญญาตรี
- ☐ 3) มัธยมศึกษา ☐ 6) สูงกว่าปริญญาตรี
6. ศาสนา ☐
- ☐ 1) พุทธ ☐ 3) อิสลาม
- ☐ 2) คริสต์

7. อาชีพ

☐

☐ 1) รับราชการ

☐ 5) เกษตรกรรม

☐ 2) พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ 6) ไม่ได้ทำงาน

☐ 3) ค้าขาย

☐ 7) อื่นๆ โปรดระบุ.....

☐ 4) รับจ้าง

8. ประวัติการเป็นโรคเบาหวานของคนในครอบครัว

☐

☐ 1) ไม่มี

☐ 3) ไม่ทราบ

☐ 2) มี ระบุ

9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว

☐

☐ 1) น้อยกว่า 3,000 บาท

☐ 4) 10,001-15,000 บาท

☐ 2) 3,000-5,000 บาท

☐ 5) มากกว่า 15,000 บาท

☐ 3) 5,001-10,000 บาท

10. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

☐

☐ 1) ไม่มี

☐ 3) มีปัญหปานกลาง

☐ 2) มีปัญหาเล็กน้อย

☐ 4) มีปัญหามาก

11. วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล

☐

☐ 1) เบิกค่ารักษาพยาบาลได้

☐ 3) มีประกันสังคม

☐ 2) จ่ายเอง เบิกไม่ได้

☐ 4) อื่น ๆ ระบุ.....

12. ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

☐

☐ 1) ไม่แข็งแรง

☐ 3) แข็งแรงมาก

☐ 2) แข็งแรงปานกลาง

☐ 4) อื่น ๆ ระบุ.....

เนื่องจาก.....

13. ความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาเบาหวาน

☐

☐ 1) สม่ำเสมอ

☐ 2) ไม่สม่ำเสมอ ระบุเหตุผล.....

14. การเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า.....กิโลเมตรหรือชั่วโมง

15. ระยะเวลาที่ใช้ในการมารับบริการแต่ละครั้ง.....ชั่วโมง

16. ภูมิลำเนา

จังหวัดที่เกิด.....

17. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) 2 ครั้งล่าสุดก่อนวันสัมภาษณ์

ครั้งที่ 1 วันที่ = ... mg. %

ครั้งที่ 2 วันที่ = ... mg. %

18 วันสัมภาษณ์ วันที่

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) mg. %

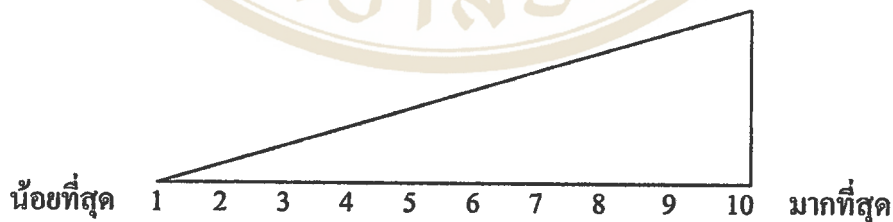
ค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) %



ภาคผนวก ก

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

1. การรับรู้อาการที่เกิดขึ้น
 - คุณทราบได้อย่างไรว่าเป็นโรคเบาหวาน เริ่มมีอาการอย่างไร
 - คุณมีความคิดปกติอะไร ถึงไปตรวจว่าเป็นเบาหวาน
2. การให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น
 - อาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกคุณคิดว่าเป็นอะไร ทำไมถึงคิดเช่นนั้น
 - คุณทำอย่างไรกับอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าว
 - ปรีกษาใครบ้างหรือเปล่า ทำไมจึงขอคำปรึกษาจากบุคคลดังกล่าว
 - บุคคลดังกล่าวแนะนำคุณอย่างไร
 - คุณปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นหรือไม่ เพราะเหตุใด
 - คุณมีอาการอยู่นานแค่ไหน จึงมารับการตรวจรักษา ทำไมจึงตัดสินใจมา
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (สาเหตุ / ความรุนแรง)
 - คิดว่าเบาหวานเกิดจากอะไร มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด (จาก1-10)



4. ผลกระทบต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ต่อตัวผู้ป่วย/บุคคลอื่น/ครอบครัว)
 - เมื่อคุณเป็นเบาหวานมีผลกระทบต่อตัวคุณอย่างไรบ้าง
 - ด้านกิจวัตรประจำวัน (ทำกิจกรรมได้เหมือนเดิมหรือไม่ อย่างไร)
 - ด้านอาชีพการงาน (เมื่อคุณเป็นเบาหวานอาชีพการงานเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร)
 - ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา / การเดินทาง (ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาและการเดินทางมารับการรักษาเป็นอย่างไร)

- ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว สังคม (เมื่อคุณเป็นโรคเบาหวาน มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นหรือบุคคลในครอบครัวของคุณหรือไม่ อย่างไร)

5. พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ

- คุณเริ่มรักษาเบาหวานครั้งแรกด้วยวิธีใด/ที่ไหน/กับใคร
- ใครเป็นผู้แนะนำคุณ
- ทำไมจึงตัดสินใจเลือกใช้วิธีดังกล่าว
- รักษาอยู่นานแค่ไหน คิดว่าการรักษาได้ผลดีหรือไม่ อย่างไร
- ควบคุมเบาหวานได้ดีเป็นที่พอใจมากน้อยเพียงใด (จาก1-10) ทำไมจึงคิดเช่นนั้น

น้อยที่สุด 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 มากที่สุด

- นอกจากรักษาด้วยวิธีนี้ คุณรักษาเบาหวานด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วยไหม ทำอย่างไรบ้าง (เช่นการใช้ยาสมุนไพร / ซื้อมารับประทานเอง / ไปพบแพทย์แผนโบราณ)
- ใครเป็นผู้แนะนำคุณ ทำไมจึงตัดสินใจใช้วิธีดังกล่าว
- รักษาอยู่นานแค่ไหน คิดว่าได้ผลดีหรือไม่ อย่างไร
- ปัจจุบันคุณรักษาเบาหวานด้วยวิธีใดบ้าง ทำไมถึงเลือกรักษาด้วยวิธีดังกล่าว (ร่วมกัน)

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์
พฤติกรรมและการแสวงหาคูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริอร สีนรุ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลลา ตันตโยทัย
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลือชัย ศรีเงินขวง
สำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ เรือเอกหญิงนุสรา นิ่มน้อย
วัน เดือน ปีเกิด 17 มกราคม 2513
สถานที่เกิด จังหวัดกรุงเทพฯ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ, พ.ศ. 2530-2534
ประกาศนียบัตรการพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย
(เทียบเท่าปริญญาตรี)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2537-2542
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
พ.ศ. 2534 – ปัจจุบัน
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ
กองการศึกษา กรมแพทยทหารเรือ
ตำแหน่ง : ครูพยาบาล