

นิพนธ์ฉบับ

ปัจจัยด้านจิตสังคมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ศูนย์บริการปฐมภูมิ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (อุคต)

เพชรรัตน์ บุนนาค

บทคัดย่อ

- บทนำ:** ผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่งที่ไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้วยังควบคุมน้ำตาลไม่ได้ พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงในการรักษาหรือไม่มาตรวจตามนัด งานวิจัยจึงทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้
- วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาโดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ในผู้ป่วยเบาหวานจากศูนย์ปฐมภูมิอุคต ที่มีระดับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่า ๑๐ และมีความร่วมมือในการติดตามการรักษาไม่ดี (poor adherence patients) จำนวน ๑๐ ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาแบบอุปนัย (analytic induction) โดยวิเคราะห์จากทรรศนะของคนใน (emic view) เก็บข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคมในด้านต่างๆ
- ผลการศึกษา:** ผู้เข้าร่วมวิจัยที่การรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่ดี (poor self-efficacy) มักพบความเครียด (chronic stress) ภาวะซึมเศร้า (depression) และได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมน้อย (low social support) ร่วมด้วย ส่วนกลุ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเองดี (moderate to good self-efficacy) มักพบว่ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ (finance and occupation) และสถานการณ์เสี่ยงต่อการควบคุมโรคไม่ได้ (high risk situation) ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและความเครียดมักมีสาเหตุจากปัญหาเศรษฐกิจและความห่างเหินของครอบครัวในสังคมกึ่งเมือง ทำให้มีแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมน้อย ผู้ร่วมวิจัยส่วนมากจัดให้ เศรษฐฐานะ และการประกอบอาชีพ เป็นความสำคัญอันดับแรก (first priority) ในชีวิตก่อนการดูแลสุขภาพ ความรู้เรื่องสุขภาพ (diabetic knowledge) ที่ได้จากการเรียนรู้จากความเจ็บป่วยของคนใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อทัศนคติและการปฏิบัติตัวต่อโรคของผู้ร่วมวิจัยเป็นอย่างมาก
- วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา:** การค้นหาปัจจัยทางจิตสังคมของคนไข้เบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อาจพิจารณาการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นอันดับแรก เนื่องจากหากมีการรับรู้ที่ไม่ดีมักเชื่อมโยงกับการไม่ยอมควบคุมโรคโดยตรงและทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ควบคุมโรคด้วย ประเด็นสถานการณ์เสี่ยงต่อการควบคุมโรคไม่ได้ พบว่าสถานการณ์เสี่ยงแตกต่างกันไปจากงานวิจัยในต่างประเทศ คือเป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความสำคัญกับญาติพี่น้องมากกว่าตนเอง และมีผลมากกว่าการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และยังส่งผลต่อการดูแลตนเองด้านอื่นๆ จนขาดนัดขาดยา รวมถึงมีปัญหาการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ต้องทำงานนอกเหนือช่วงเวลากลางวันให้ข้อมูลว่า ในช่วงที่ทำงานหนักจะไม่ได้คิดถึงสุขภาพตนเอง บางครั้งเหนื่อย โหย จึงไม่ได้จดจ่อกับการควบคุมอาหาร สัมภาษณ์ตรงเวลา แนะนำให้มีการดูแลแบบเป็นค่านึงถึงปัจจัยจิตสังคมและบริบทเป็นรายบุคคล โดยพูดคุยการเชื่อมโยงประสบการณ์เจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเคยพบเจอซึ่งส่งผลต่อแนวทางการปฏิบัติตัวต่อโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: ปัจจัยทางจิตสังคม, ผู้ป่วยเบาหวาน, เบาหวานคุมไม่ได้, ปฐมภูมิ

วันที่รับบทความ: ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๕๘

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานของโลกในปัจจุบัน พบว่ามีผู้เป็นเบาหวานพบมากกว่า ๓๐๐ ล้านคน และพบว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีโอกาเป็นเบาหวานเร็วกว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ๔ ล้านคนต่อปี หรือเฉลี่ย ๘ วินาทีต่อ ๑ คน^{๑, ๒} สำหรับในประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ประมาณ ๗,๐๑๙ คน หรือประมาณวันละ ๑๙ คน^{๓, ๔} ส่วนสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดปทุมธานี มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณ ๘ - ๙ เท่าตัว คือจาก ๘๑๘ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ และเพิ่มขึ้นเป็น ๗,๐๗๕ คนในปี พ.ศ. ๒๕๕๓^๕ โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจ ไต ตา ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมอง และทำให้ทุพพลภาพและเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร จากข้อมูลในไทยและต่างประเทศพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี คือระดับฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่าร้อยละ ๙ สูงถึงร้อยละ ๒๕ - ๔๘^{๖, ๗, ๘}

จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจำนวนหนึ่งซึ่งได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้ว แต่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือข้อตกลงระหว่างกัน ไม่มาตรวจตามนัด ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และสาเหตุสำคัญส่วนใหญ่เป็นปัจจัยทางจิตสังคม โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการประกอบอาชีพ เศรษฐกิจ ครอบครัว^{๙, ๑๐} ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาชีพที่ต้องทำงานเป็นกะ หรือทำงานนอกเหนือไปจากช่วงเวลากลางวัน มีระดับน้ำตาลสูงกว่ากลุ่มที่ทำงานช่วงกลางวันตามปกติ^{๑๑} ทั้งนี้การศึกษาอื่นๆ ทั้งในไทยและต่างประเทศพบว่านอกจากปัจจัยทางด้านตัวโรคแล้ว ยังมีปัจจัยทางจิตสังคมหลายด้าน เช่น การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความเครียด ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การได้รับความรู้เรื่องสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ปัจจัยจากสภาพแวดล้อม เช่น สถานการณ์เสี่ยงต่อการควบคุมโรคไม่ได้ รวมถึงการประกอบอาชีพและช่วงเวลาการทำงานที่ส่งผลต่อการติดตามการรักษา การดูแลตัวเองของผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้น^{๑๒ - ๑๖} โดยบางงานวิจัยกล่าวว่า มีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยเบาหวาน แต่ยังไม่ทราบว่าส่งผลทางใดและอย่างไร^{๑๖, ๑๗, ๑๘}

โดยสรุปงานวิจัยข้างต้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ ไม่ได้อธิบายถึงปรากฏการณ์หรือรายละเอียดระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมจนนำไปสู่การดูแลตนเองที่ไม่ดีและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ดังนั้นงานวิจัยนี้ จึงเกิดขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยทางจิตสังคม ด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) ความเครียด (chronic stress) ภาวะซึมเศร้า (depression) แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม (social support) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (doctor-patient relationship) เศรษฐฐานะและการประกอบอาชีพ (finance and occupation) สถานการณ์เสี่ยงต่อการควบคุมโรคไม่ได้ (high risk situation) และความรู้เรื่องสุขภาพ (diabetic knowledge) ในเชิงลึก ที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ซึ่งควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ต้องเผชิญ ซึ่งอาจเชื่อมโยงและทราบที่มาของการควบคุมโรคที่ไม่ดี และมีแนวทางจัดการดูแลรักษาที่เหมาะสมแก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ต่อไป

วิธีการศึกษา

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย:

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (poorly controlled diabetic patients) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มาติดตามการรักษาแล้วพบว่า มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่า ๑๐ และมีความร่วมมือในการติดตามรักษาไม่ดี

ผู้ป่วยเบาหวานที่ความร่วมมือในการติดตามการรักษาไม่ดี (poor adherence patients) คือ ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น ไม่ควบคุมอาหาร ไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง หรือไม่มาตรวจตามนัดเป็นเวลา ๖ เดือนขึ้นไป

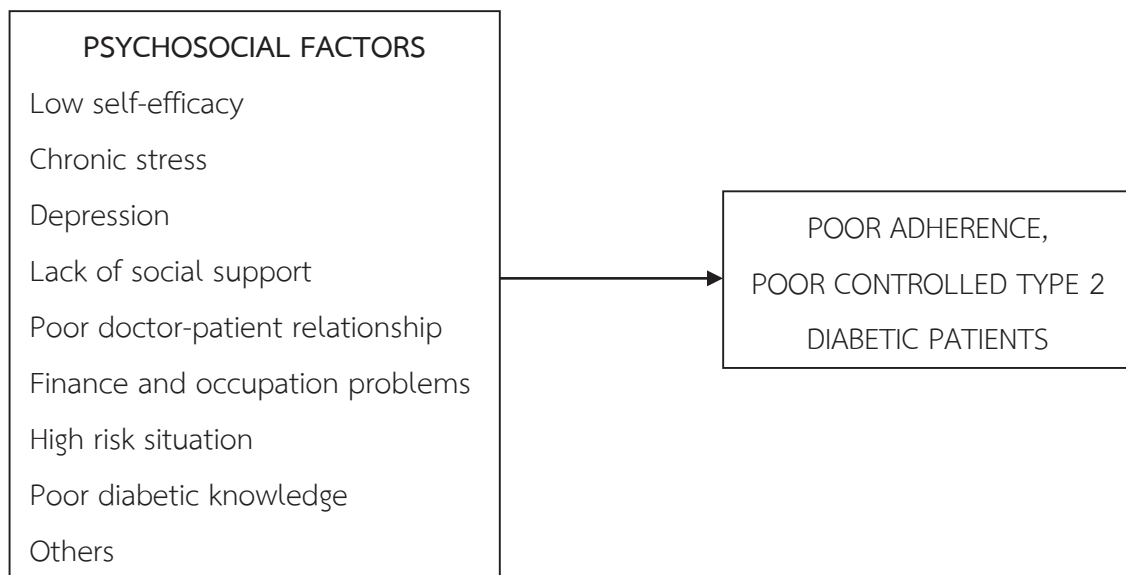
สถานการณ์เสี่ยงต่อการควบคุมโรคไม่ได้ (high risk situation) ที่งานวิจัยนี้ต้องการศึกษา คือ สถานการณ์ที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการควบคุมโรคไม่ได้ อันเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ไม่ได้เกิดเป็นกิจวัตร และทำให้วิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมเป็นเวลานานจนส่งผลต่อการควบคุมโรค

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (in-depth interview) ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่า ๑๐ และการติดตามการรักษาไม่ดี จากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบ

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยทีมสหสาขาวิชาโดยใช้โปรแกรมการจัดการโรคที่ศูนย์แพทย์ชุมชนคูคต โดยมีทั้งผู้ป่วยที่มาจากศูนย์ปฐมภูมิคูคตและศูนย์ปฐมภูมิเครือข่าย ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยมีอายุระหว่าง ๒๕ - ๗๕ ปี ที่สามารถติดต่อได้และสามารถเดินทางมารับการสัมภาษณ์ที่ศูนย์ปฐมภูมิคูคต เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน ๑๐ ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคำถาม (interview guide) ที่ได้รับการตรวจทานจากผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์ ใช้ผู้วิจัยเพียงคนเดียวทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดทุกคน

ส่วนใหญ่เป็นคำถามปลายเปิด หรือปลายปิดผสม ปลายเปิด ทั้งหมด ๕๕ ข้อ แบ่งเป็นการดูแลตัวเองด้านต่างๆ คือ อาหาร ๑๒ ข้อ การออกกำลังกาย ๕ ข้อ การใช้ยา ๑๑ ข้อ ความเครียดและภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นคำถามกว้างๆ ๓ ข้อ การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ๒ ข้อ และหมวดอื่นๆ อันประกอบด้วย เรื่องครอบครัว มุมมองที่มีต่อโรค การทำงานที่ส่งผลต่อโรค การมาพบแพทย์ตามนัด ๒๒ ข้อ โดยแต่ละข้ออาจนำมาซึ่งคำตอบของปัจจัยใดก็ได้ที่ผู้เข้าร่วมจะให้ข้อมูล ไม่ได้กำหนดตายตัว

ว่าแนวคำถามข้อใดจะต้องได้ข้อมูลถึงปัจจัยเฉพาะข้อใด เช่น ข้อมูลด้านความเครียด ภาวะซึมเศร้าอาจได้คำตอบมาจากหมวดอื่นๆ เรื่องครอบครัวมุมมองต่อโรค เป็นต้น ส่วนการแปลผลเรื่องการรับรู้สมรรถนะตนเองจะแบ่งเป็น ๑. ไม่ดี ๒. ปานกลางถึงดี โดยใช้คำถามหลัก ๑ ข้อ คือ “ท่านมีความสามารถในการดูแลตัวเองจากโรคเบาหวานได้ดี มากน้อยแค่ไหน ลองให้คะแนน (๐ - ๑๐) และเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น” แปลผลทั้งจากคะแนนที่ผู้เข้าร่วมให้ตนเองร่วมกับเหตุผลที่ให้ มีการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องบันทึกเสียงและถอดความแบบคำต่อคำ ร่วมกับการจดบันทึกและสังเกตระหว่างสัมภาษณ์ ทำการตรวจสอบข้อมูลเป็นระยะโดยวิธี ๓ เสา่ โดยใช้การถามคำถามที่มีเนื้อความเดิมแต่ต่างเวลา รวมถึงทบทวนข้อมูลในเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction) งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ แล้ว รหัสโครงการ MTU-EC-CF-1-076/54



รูปที่ ๑ กรอบแนวคิด

ผลการศึกษา

ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์เป็นรายบุคคล (key informant) สุขภาพถ้วนหน้าในการเข้ารับการรักษาที่ศูนย์ปฐมภูมิคูคตหรือ
จาก A - J เรียงตามลำดับอายุ โดยทุกคนใช้สิทธิประกัน ศูนย์ปฐมภูมิเครือข่าย

ตารางที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้สัมภาษณ์รายบุคคล

ผู้ให้ สัมภาษณ์	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ สมรส	การศึกษา	อาชีพ	ระยะเวลาตั้งแต่ วินิจฉัยเบาหวาน (ปี)	โรคร่วม
A	หญิง	๓๒	สมรส	ม. ๖	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๔	ไม่มี
B	ชาย	๓๕	สมรส	ม. ๖	ขับรถตู้ส่งนักเรียน ขับจักรยานยนต์รับจ้าง เกษตรกร	๓	หลอดเลือดหัวใจตีบ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง
C	ชาย	๔๒	สมรส	ปวส.	ประกอบอาหารและขาย	๗	ไขมันในเลือดสูง
D	ชาย	๕๕	สมรส	ป. ๔	จักรยานยนต์รับจ้าง ค้าขาย เกษตรกร	๘	ไขมันในเลือดสูง
E	หญิง	๔๙	สมรส	ป. ๔	ทำและขายขนม	๑๓	ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง
F	หญิง	๕๘	สมรส	ป. ๔	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๒๓	ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง
G	หญิง	๕๘	สมรส	ป. ๔	ขายของชำ อสม.*	๕	เบาหวานขึ้นตา ความดันโลหิตสูง
H	หญิง	๕๙	หม้าย	ป. ๔	ขายของชำ เครื่องดื่ม และขนมหวาน	๖	ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง
I	หญิง	๖๙	หม้าย	ป. ๔	-	๒๐	ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง
J	หญิง	๗๕	หม้าย	ป. ๔	-	๓	ไตวาย เบาหวานขึ้นตา ไขมันในเลือดสูง เบาหวานขึ้นตา

* อสม. ย่อมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม แบ่งเป็น ๘ ด้าน พร้อมตัวอย่างประโยคในทัศนะของผู้ให้ข้อมูล (emic views)

๑. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy)

- ผู้เข้าร่วมวิจัยมี self-efficacy ปานกลางถึงดี ๗ ราย (B C D E F G H) โดยมีปัจจัยสนับสนุนจากการคิดในแง่ดีให้กำลังใจตนเอง อยากเห็นตนเองมีสุขภาพแข็งแรง มีแรงจูงใจจากการไม่ยอมเป็นภาระของครอบครัวโดยเฉพาะลูกที่เพิ่งคลอด และกลัวว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนเหมือนญาติ

ที่เคยเห็นในอดีต “...ดูแลตัวเองได้ดีซัก ๘ คะแนนก็พอ...บางทีป้ามาคิดว่าเราทำให้มันกระชุ่มกระชวยดีกว่า เรายังไปอ่อนแอกับมัน มันก็ยิ่งจะทำให้เราท้อหนัก...เราอย่าไปท้อตัวอ่อนแอ ยิ่งอ่อนแอกับมันมันยิ่งเอาเรา” (F) “.....เชื่อมั่นค่ะ... ทำอารมณ์ให้ดี ทานยาตรงเวลา..ความคิดที่อยากดูดีมีกำลังใจ...” (H) “...คิดว่าดูแลตัวเองได้ ๗ คะแนน....คิดตั้งแต่ลูกใกล้คลอด เราจะต้องปรับปรุงตัวเองแล้ว เพราะห่วงลูก...นึกเสมอว่าต้องทานยา...ถ้าไม่ทานจะทำให้ลำบากตัวเอง และทำให้ครอบครัวลำบากมากกว่า...”

(B) “...มีความเชื่อ (ในการดูแลตัวเองจากโรค).. ประมาณ ๘ - ๙ คะแนน...เรากลัวว่าเราจะเป็น...มีลูกพี่ลูกน้องเขย เป็นเบาหวานแล้วตาม เค้าทานสารพัดเลยแบบไม่เลือกทานเลย เช่น เาะ ทุเรียน มาเสียบเมื่อตอนประมาณเดือนธันวาคม...” (D)

- self-efficacy ไม่ดี มี ๓ ราย (A I J) ส่วนใหญ่รู้สึก ว่าตนเองแปลกแยก กลัวถูกคนอื่นรังเกียจที่เป็นโรคเบาหวาน สุขภาพของตนเองขึ้นอยู่กับยาเป็นหลัก ไม่ตั้งเป้าหมายของการรักษา บางทีสื่อถึงอารมณ์เศร้า “...ให้ ๕ คะแนนเชื่อว่าดูแลตัวเองได้เพราะอาศัยยา ...ควบคุมไปเรื่อยๆ ได้เท่าไรก็เท่านั้น ถ้าน้ำตาลขึ้นมากก็ไม่ทำอะไร จะตายก็ตาย ...ไม่อยากไปยุ่งกับเขา กลัวเขารังเกียจว่าเป็นโรคเบาหวาน ...” (J) “...ให้คะแนน ศูนย์ดีกว่า ...ช่วงที่ผ่านมาไม่อยากกินยา ไม่อยากฉีดยา ไม่ค่อยจะคุมอะไรเท่าไรรู้สึกเบื่ที่ต้องมาดูแลตัวเอง ไปไหนก็ต้องหอบหิ้วยาไปด้วย ต้องมานั่งฉีดยา ไม่กล้าบอกใครว่าเป็นเบาหวานเพราะคนอื่นเขาไม่เป็น รู้สึกอาย ...” (A)

- โดยทั้งกลุ่มที่มี self-efficacy ดี และไม่ดี ให้ข้อมูล ที่เกี่ยวกับการมองตัวเอง เกี่ยวข้องกับความเชื่อตามหลักศาสนา อยู่ด้วย “....ก็ต่างกันนะ เค้า (คนที่ไม่เป็นเบาหวาน) แข็งแรง ไปไหนมาไหนได้สบาย แต่นี่บ้าไปไหนคนเดียวไม่ค่อยได้ ก็ยอมรับได้ คิดว่าเค้าทำบุญมาดี คิดว่าเรามีกรรม...” (F)

ทั้งนี้ จากข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์เป็นรายบุคคล พบว่า ผู้เข้าร่วม I และ J เป็นผู้สู้อยู่ มีสถานสมรสเป็นหม้าย ไม่มีอาชีพที่ทำให้เกิดรายได้ของตนเอง มีเบาหวานขึ้นตา อาจเป็นปัจจัยให้มี self-efficacy ต่ำโดยตรง หรือเชื่อมโยงกับ chronic stress จนส่งผลต่อ self-efficacy ก็เป็นไปได้ รวมถึง A ที่เป็นเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย และไม่ได้ประกอบอาชีพ อาจอธิบายได้ในลักษณะเดียวกัน

๒. ความเครียด (Chronic stress)

ส่วนใหญ่ของผู้เข้าร่วมวิจัยมีหรือเคยมี chronic stress โดย ๕ ราย (A E F I J) สาเหตุของ stress คือ ปัญหาการเงินหรือสถานะหนี้สินในครอบครัว การไม่ได้รับการสนับสนุน และการดูแลที่ดีจากครอบครัว และภาวะความไม่พอใจหรือทุกข์ใจจากโรคเรื้อรังที่เป็น “...บางทีคิดๆ ไปก็ปลง อะไรก็ช่างมันละอะ.....ปัญหาเกี่ยวกับเงินทอง ลูกใช้ไม่พอกิน เค้าก็เที่ยวมาขอเรา.....เมื่อก่อนบามีเงินฝาก เดือนนี้ไม่ฝากแล้ว บัตรเอทีเอ็ม บ้าโยนให้มันเลยหมดแล้ว เดือนนี้ไม่มีแล้ว....” (F) “...ส่วนมากเค้า (ลูก) ก็ไม่ช่างพูด เค้าก็เฉยๆ ไปทำงาน กลางคืนกลับมา ก็ต่างคนต่างอยู่วันๆ ก็ไม่ได้คุยกับใคร ...เค้าบอกว่าไม่รู้จะช่วยเหลืออะไร ก็แม่ต้องดูแลตัวเอง เค้าว่าฉัน (เสียงสั่นเครือ)...” (I) “.....รู้สึกเบื่ที่ต้องมาดูแลตัวเอง ไปไหนก็ต้องหอบหิ้วยาไปด้วย ต้อง

มานั่งฉีดยา ไม่กล้าบอกใครว่าเป็นเบาหวานเพราะคนอื่นเขาไม่เป็น รู้สึกอาย...เห็นเพื่อนรุ่นเดียวกันที่เขาไม่ได้เป็นอะไร แต่เราต้องมานั่งกินยา อยากจะเป็นแบบเขา เลยคิดว่าเรื่องกินยา ไม่สำคัญกับตัวเอง เขาไม่กิน เราก็ไม่กินบ้าง...” (A)

๓. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

พบว่า มีผู้ร่วมวิจัยที่อาจมีภาวะนี้ ๓ ราย (E I J) โดย ทั้ง ๓ รายพบว่ามีภาวะ chronic stress ร่วมด้วย “....(ถามถึงการคุมน้ำตาลให้ดี) ส่วนมากคิดว่าให้ตายๆ ไปเหอะ ชี้แจงอยู่แล้ว..... (ถามเรื่องความลำบากเรื่องค่าใช้จ่าย) เปื่อเหมือนกันหมด อยากจะตายๆ ไปสักที.....(ถามความถี่ของอารมณ์ เบื่อหน่าย) เป็นบ่อยเหมือนกันคะ....” (I) “...อยากทานก็ทานไม่ได้ เขาไม่ได้ให้ทาน ทนเอา บางครั้งก็ไม่อยากอยู่ อยากจะผูกคอตาย...เบื่อชีวิตตัวเองเบื่อ หลายเรื่องในบ้าน เรื่องลูกเป็นหลัก..” (E)

๔. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

- การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว: ๘ ใน ๑๐ รายของผู้เข้าร่วมวิจัยมี social support เป็นสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่มีผู้สนับสนุนเป็นคู่สมรสหรือลูก “.....ลูกก็ถามทุกวัน แม่เป็นไงบ้าง เหนื่อยไหมวันนี้ ...ถ้าพ่อไม่อยู่เค้าก็ฉีดยาให้...ถ้าพ่อเค้าไปต่างจังหวัด พ่อเค้าจะสั่งไว้ ดูแลแม่จะฉีดยาให้แม่ด้วย....” (F) “...แม่จะกะ (ยา) ใส่ของเล็กๆ ไว้ให้...แม่ฉีดยาให้ทุกครั้ง...พอกับแม่ก็เบื่ห้ว จะคอยเตือนให้กินยา ให้ไปหาหมอสม่ำเสมอ บางครั้งเห็นยาเหลือเยอะก็จะบ่น โกรธว่าทำไมไม่ค่อยกินยา...” (A)

ทั้งนี้การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวอาจมีผลให้ self-efficacy ดีด้วย ดังเช่น F ที่ถึงแม้ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีเบาหวานขึ้นตา แต่มีการดูแลจากคนในครอบครัวที่ดี ก็อาจเป็นผลให้มี self-efficacy ดีได้

- การได้รับการสนับสนุนจากคนนอกครอบครัว: ๓ ราย ที่ได้รับ social support จากคนนอกครอบครัวเช่น กลุ่มเพื่อน ที่ทำงานหรือในชุมชน “.....คนในชุมชน ก็มีมาเป็นกลุ่มๆ ชวนกันไปออกกำลังกาย...” (H) “...ออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิค ดีเบด เล่นกับเพื่อนที่ขับวินมอเตอร์ไซด์ด้วยกันทุกวัน เย็นมาก็รวมกลุ่มกัน ทำให้ได้ออกกำลังกาย ...” (B)

- การเป็นผู้ให้การสนับสนุนคนอื่น: มี ๒ รายให้ข้อมูล ว่าตนเองมีบทบาทในการ support คนในครอบครัวและคนในชุมชนเรื่องสุขภาพด้วย “.....คนในชุมชนก็ช่วยเหลือเราได้ แต่เราช่วยเขามากกว่า วัดความดัน ทุก ๑๕ วัน ถามเรื่องสุขภาพในชุมชน ผู้สูงอายุเป็นอย่างไรบ้างความเป็นจริง อยากให้เพื่อนบ้าน คนในชุมชน ช่วยเหลือให้ตัวเองดีขึ้น เพราะเขาเป็นมากกว่าเรา....” (G)

๕. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Doctor-patient relationship)

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับแพทย์ที่ตรวจประจำในด้านดี มีความละเอียดถี่ถ้วน เอาใจใส่สนใจ ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเอง “.....อาจารย์หมอจะคอยให้คำแนะนำอยู่ตลอด เรื่องการทานอาหาร....” (H) “...อย่างอาจารย์หมอ ท่านดีมาก ๆ วันนั้นท่านดูอาการป่วย ให้ป้ายกมื่อทำแบบนี้ แล้วก็ให้ไปเดินจะดูที่เท้าว่าบวมหรือเปล่า...” (F)

ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ทำการปรับยาเบาหวานชนิดฉีดเอง แต่ไม่ได้บอกแพทย์ และไม่ไปตรวจตามนัด “.....หมอให้ลิบหัว แต่บ้ำลดลง เหลือลิบสาม ลิบสองครึ่ง....ลดยาฉีดแล้วอาการดีขึ้น...” (H) “....บางครั้งที่เราไม่ได้กินยาตามที่หมอสั่ง พอถึงเวลานัดก็รู้ตัวเองว่าน้ำตาลขึ้นแน่ๆ เลยไม่ไปดีกว่า...” (D)

๖. เศรษฐฐานะและการประกอบอาชีพ (Finance and occupation)

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งทำงานหลายชนิด และมีชั่วโมงการทำงานในแต่ละวันมากกว่าปกติ “...ตื่นตีสามครึ่ง มาทำกับข้าวขาย ไปตลาดขายโม่งครึ่ง กลับมาสามโมงเย็น เตรียมของทำของถึงสองทุ่ม ได้นอนก็สี่ห้าทุ่ม และก็ตื่นตีสาม เป็นแบบนี้ทุกวัน บางทีได้นอนช่วงสิบเอ็ดโมงถึงบ่ายโมงเพราะสลั้ให้แฟนขาย...” (C)

กลุ่มที่เศรษฐกิจไม่ดี ยังมีหนี้สิน มักให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพมากกว่าสุขภาพหรือการดูแลตัวเองจากโรค “....ส่วนใหญ่จะเน้น เรื่องงานมากกว่า เพราะเราทำอยู่กับงานตลอด ไม่ได้คิดถึงเรื่องร่างกาย...” (C) “...ขายของชำ.... อาทิตย์นี้ลืมกินยาไป ๒ วันแล้ว ตอนเย็นลูกค้าเยอะหน่อยก็เลยลืม...” (G) “.....ส่วนใหญ่ถ้าไม่มีอะไรก็กินข้าวกับน้ำปลาไม่ค่อยมีเวลาทำ กินเสร็จก็กินยา...ถ้าวันไหนทำของ ตื่นตี ๑ ก็จะทำน้ำหวานเลย ๑ แก้ว บางวัน ๒ - ๓ แก้วเพราะเหนื่อย ไม่มีแรงและง่วง...” (E)

๗. สถานการณ์เสี่ยงต่อการควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ (High risk situation)

มี ๓ รายของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ high risk situation ๒ รายแรก อธิบายว่ามีช่วงที่ต้องไปช่วยญาติ

ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่ต่างจังหวัดกะทันหันจนขาดยาและขาดนัดแพทย์ “.....ช่วงที่ไม่ได้กินยาเป็นช่วงที่กลับต่างจังหวัดไปช่วยญาติภรรยาทำไร่ข้าวโพดบ้าง มันบ้าง...น้ำตาลในเลือดมันเยอะตั้ง ๓๒๐ ผมไม่ได้ไปหาหมอตั้ง ๕ - ๖ เดือน ยาก็ไม่ได้ทาน....” (D) “...จะย้ายบัตรทองไปที่จังหวัดกำแพงฯ มันจะทำให้เกิดความยุ่งยาก กว่าจะได้ใช้สิทธิ์... เลยไม่ได้ไปหาหมอเพราะไม่มีอาการอะไรเกิดขึ้น ...” (B)

อีก ๑ ราย ขาดยาและขาดนัด อธิบายว่ามีเหตุการณ์ที่บิดามารดาป่วยกะทันหัน “....ช่วงปี ๕๒ ที่ต้องดูแลคุณพ่อคุณแม่ที่ทั้งช่วง ไม่มีเวลากินยาเพราะต้องไปเฝ้าแม่นอนที่โรงพยาบาล ขาดหายไป ๑ ปี มันหายไปพักหนึ่ง ไม่ได้คุมอาหาร ไม่มีเวลาดูแลตัวเอง....” (G)

๘. ความรู้เรื่องการดูแลจากโรคเบาหวาน (Diabetic knowledge)

ส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องอาหารที่ต้องควบคุม การช้ำยา และระดับน้ำตาลที่เหมาะสม “.....ผลไม้ที่ห้ามทาน เช่น ละมุด ลำไย ทุเรียน..คุณน้ำตาลได้ดีคือคุมให้ได้ลดน้อยลง เหลือ ๑๐๕ - ๑๑๐.....” (G)

ส่วนภาชนะน้ำตาลต่ำและวิธีการจัดการ อาจยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องทั้งหมด “....บางครั้งมันก็หิวๆ กินข้าวมือเดียวเพราะตอนเย็นง่วงมากๆ ก็นอนเลยไม่ทาน กลางคืนถ้าหิวจัดๆ มือสั่นก็ลุกมากินนมมา ๑ ของ ตอนดึก.....” (E)

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนหนึ่งเล่าถึงประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับญาติหรือคนรู้จักของตนเอง และแสดงถึงความเชื่อความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคตามประสบการณ์นั้น “.....เห็นพ่อเป็นแผลนิดหนึ่ง ก็เหวอะหวะไป แต่ของเขาน้ำตาลขึ้นตั้ง ๖๐๐ ไม่ได้กินยาดังแต่แรก เป็นจนซอกถึงได้มากิน ก็เลยคิดว่าถ้ากินยาดังแต่แรกน่าจะมีส่วนช่วย....” (G) “.....มีเพื่อนบ้าน (เป็นเบาหวาน) ไม่ค่อยกินอะไร ทานทุเรียนนิดหนึ่งก็ไม่กล้า อะไรนิดอะไรหน่อยก็ไม่กล้า ไม่ทานสักอย่าง เลยเดินไม่ได้ขาไม่มีแรง... การจำกัดอาหารมันจะช่วยอะไรได้ ทำให้เดินไม่ได้ซะอีก...” (I) “....พี่สาวเขาบอกว่า บางทีเขาก็ฉีด (ยาเบาหวาน) บ้าง ไม่ฉีดบ้าง ไม่เห็นเป็นอะไรเลย เป็นปีแล้ว เขาบอกเขาแข็งแรงดี เดินได้ดี...” (I)

วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลประเมินความสามารถของตน ในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จ ด้วยทักษะและศักยภาพในตนเอง^{๓๔}

จากงานวิจัยนี้ กลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ปานกลางถึงดี ส่วนใหญ่ให้คะแนนตนเอง ในช่วง ๖ - ๙ คะแนน และให้เหตุผลดังกล่าวไว้ในผลการศึกษา เมื่อวิเคราะห์เหตุผลของผู้เข้าร่วมวิจัยแล้ว พบว่าตรงตามเงื่อนไขที่กำหนดการรับรู้สมรรถนะตนเองเช่น การได้รับกำลังใจหรือการโน้มน้าว (verbal persuasion)^{๓๔, ๒๐} ในงานวิจัยนี้พบรายละเอียดย่อยคือ กำลังใจที่ได้รับ เกิดจากการให้กำลังใจตนเองก็ได้ และเงื่อนไข กำหนดการรับรู้สมรรถนะตนเองอีกข้อหนึ่ง เรื่องการได้เห็น บุคคลที่มีศักยภาพใกล้เคียงกับตนในการทำสิ่งนั้น (vicarious experience) ในงานวิจัยนี้พบว่าประสบการณ์การเห็นญาติที่เป็นเบาหวานและดูแลตัวเองไม่ดี ผู้เข้าร่วมนำมาใช้เป็นเหตุผล ในการอธิบาย การรับรู้สมรรถนะของตนเองที่ดี ในกลุ่มที่มีรับรู้สมรรถนะของตนเองดี บางช่วงก็มีการติดตามการรักษา ไม่สม่ำเสมอรวมถึงควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{๓๓} อันน่าจะเป็นผลจากการที่ปัจจัยทางจิตสังคม อื่นมีอิทธิพลต่อผู้ร่วมวิจัยเหนือกว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เช่น มีสถานการณ์เสี่ยงต่อการควบคุมโรคเบาหวาน ไม่ได้ มีปัญหาเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ สำหรับการรับรู้สมรรถนะตนเองที่ไม่ดี มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อย่างเด่นชัด กลุ่มนี้ให้คะแนนตนเอง ๐ และ ๕ คะแนน มักมีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย และมีปัจจัยทางจิตสังคมด้านอื่นๆ และปัจจัยพื้นฐานแต่ละบุคคลไม่ดีด้วย เช่น เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคนานานมีโรคร่วมหลายอย่าง มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีรายได้ ต้องพึ่งพิงคนอื่น ไม่มีความสุขจากครอบครัว ทำให้การดูแลตนเองไม่ดีจนทำให้การร่วมมือในการติดตามรักษาไม่ดี โดยพบในรายที่อายุมากที่สุดและอายุน้อยที่สุดของการศึกษา ซึ่งไม่ตรงกับงานวิจัยที่พบว่าอายุที่มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมี compliance ต่อการรักษาดีขึ้น^{๓๔} อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่ดี

สถานการณ์เสี่ยงต่อการควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ นอกจากจะมีผลต่อการเลือกและควบคุมอาหารตามทำงานวิจัย^{๒๑ - ๒๓} กล่าวถึงแล้วงานวิจัยนี้ยังพบว่า สถานการณ์เสี่ยงต่อการควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ มีผลต่อการดูแลตัวเองจากโรคในด้านอื่นๆ ด้วย เช่น ทำให้ขาดยา ขาดตรวจติดตาม หรือปัญหาเรื่องการใช้สิทธิ์การรักษาข้ามเขตจนตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษา ในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยพบว่า สถานการณ์เสี่ยงต่อการควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยและไม่ได้เกิดในผู้ป่วยทุกราย แต่หากเกิดขึ้นแล้วจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมาก ทำให้การดูแลตัวเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแย่ลง แม้ผู้ป่วยรายนั้นจะมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะของตนเอง หรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี หรือเป็นผู้ดูแลสุขภาพแก่คนในชุมชนเองก็ตาม เหตุผลโดยรวมที่ผู้ร่วมวิจัยให้ในเรื่อง สถานการณ์เสี่ยงต่อการควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้นี้ คือการให้ความสำคัญกับการดูแลคนอื่นในครอบครัวมากกว่าการดูแลตนเอง และเป็นอาจสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการตัดสินใจเฉพาะกลุ่มคน เฉพาะวัฒนธรรม เช่น กลุ่มคนชาวเอเชียหรือคนไทยที่เติบโตในครอบครัวขยาย การดูแลแบบองค์รวมจะทำให้ผู้ให้บริการตระหนักรู้เมื่อผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเกิดสถานการณ์เสี่ยงต่อการควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ และวางแผนร่วมกันก่อนเกิดเหตุการณ์ การให้ความรู้เรื่องการดูแลตัวเองในประเด็นนี้ควรคำนึงถึงความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม^{๒๔}

เศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ (finance and occupation) จากข้อมูลอนุมานได้ว่าเป็นความสำคัญ (priorities) ลำดับต้นๆ ในชีวิตของผู้เข้าร่วมวิจัย มักมาก่อนการดูแลตัวเองจากโรค การให้ความสำคัญเศรษฐกิจในครัวเรือนและภาวะหนี้สินนี้ ทำให้ต้องทำงานหลายชนิดและมีชั่วโมงการทำงานมากในแต่ละวัน จึงขาดการพักผ่อนและการดูแลตัวเองที่ดีและคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการทำงานเป็นกะในผู้ป่วยโรคเบาหวาน^{๓๑} โดยผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลว่าในช่วงที่ทำงานหนักจะไม่ได้คิดถึงสุขภาพตนเอง ณ ขณะนั้น จึงไม่ได้จัดจกกับการควบคุมอาหารและการกินยาตรงเวลาเพราะทำงานจนเหนื่อย โหย หรือลืมน ปัจจัยเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่ม

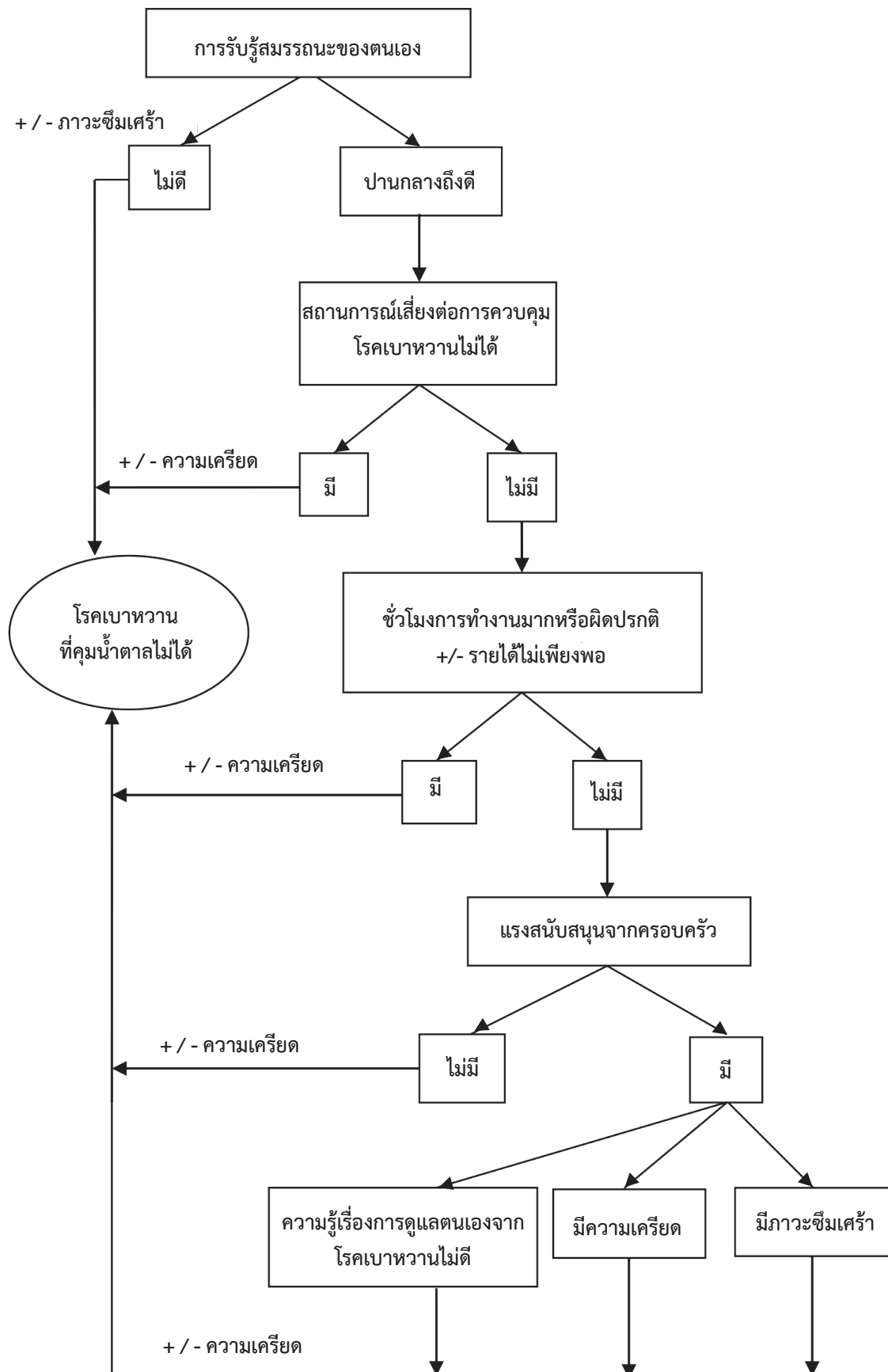
self-efficacy ปานกลางถึงดีควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยถ้าพิจารณาจากข้อมูลรายบุคคลร่วมด้วยจะพบว่าปัจจัยนี้มีผลมาก โดยเฉพาะในผู้ที่ประกอบอาชีพนอกระบบ (informal sector) เช่น ขายอาหาร ขายของชำ

chronic stress และ depression โดยรวมการมี stress จะทำให้ใช้ยาไม่สม่ำเสมอและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{๗, ๑๒} สาเหตุของ depression ของสมาชิกในครอบครัวในเขตกึ่งเมืองอาจเกิดจากความห่างเหินจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยนี้ ได้จากการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามของงานวิจัย หากต้องการวินิจฉัยให้แม่นยำขึ้นควรใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยตรง social support ที่ได้จากสมาชิกในครอบครัว ทำให้การดูแลโรคของผู้ร่วมวิจัยดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในด้านอารมณ์ความรู้สึกและด้านร่างกาย^{๑๓} ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังหรือให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวด้วย ก็น่าจะทำให้การควบคุมโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ^{๑๑, ๑๖} ผู้ร่วมวิจัยที่ทำงานทางสุขภาพให้ชุมชนหรือคอยดูแลสุขภาพให้สมาชิกในครอบครัวมักมีความภาคภูมิใจในตัวเองและส่งผลให้ดูแลตัวเองได้ดีด้วย ในงานวิจัยนี้พบว่า social support ในระดับทุติยภูมิที่ได้รับจากเพื่อน ชุมชนหรือองค์กรภาคภูมินั้นมีน้อยมาก การจัดตั้ง self-help group โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐหรือองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น น่าจะเป็นประโยชน์ในกรณีนี้ ส่วนการได้รับ social support ที่ไม่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีด้วย^{๑๓, ๑๖, ๒๕} ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในฐานะผู้ป่วยเบาหวาน (diabetic knowledge) ความรู้ที่ยังถูกต้องไม่หมดคือภาวะน้ำตาลต่ำและวิธีจัดการและการควบคุมอาหารพวกผลไม้ นอกจากนี้

นี้ ประสบการณ์การเจ็บป่วยหรือการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวานที่ผู้ร่วมวิจัยเคยพบเห็นหรือได้ฟังในอดีตโดยเฉพาะจากคนใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นถูกต้องตามหลักการแพทย์หรือไม่ก็ตาม มักมีอิทธิพลต่อทัศนคติและการปฏิบัติตัวของผู้ร่วมวิจัยเป็นอย่างมาก^{๒๖} แพทย์ผู้รักษาอาจนำประสบการณ์ในอดีตที่ผู้ป่วยได้พบ ยกเป็นกรณีศึกษาอภิปรายร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ทราบแนวคิดเข้าใจที่มาของความเชื่อและการปฏิบัติ เพื่อตั้งเป้าหมายการรักษาที่เหมาะสมร่วมกันและมีช่องทางอธิบายถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ควรมีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพเฉพาะสำหรับติดตามและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ตายเป็นองค์รวม โดยให้การดูแลแบบเฉพาะบุคคลและสามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาทางด้านจิตสังคม ทั้งนี้มีหลายประเด็นที่ผู้ร่วมวิจัยกล่าวถึงความเชื่อ ศาสนา อาจมีการประยุกต์ใช้หลักพุทธศาสนากับขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยและประคับประคองให้ผู้ป่วย เช่น การฝึกสติในการดำเนินชีวิต รับมือกับสถานการณ์สุ่มเสี่ยง มองโลกตามความเป็นจริง พัฒนาสู่การเห็นคุณค่าและศักยภาพในตัวเองแม้ขณะที่เป็นโรคเรื้อรัง นำสู่การพึ่งพาตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากผลการศึกษาพบว่าแต่ละปัจจัยล้วนเชื่อมโยงกัน ผู้วิจัยได้แยกแยะจัดลำดับแต่ละปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในผู้ร่วมวิจัย ทำให้ได้มาซึ่งแนวทางการค้นหาปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง (ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติที่ถูกต้องมาก่อนหน้าและมี doctor patient relationship ที่ดีอยู่แล้ว แต่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิดังแสดงในรูปที่ ๒



รูปที่ ๒ แผนภาพแสดงแนวทางการค้นหาปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิตยา ทนวงษ์ อาจารย์ แพทย์หญิงนิตมา ตีเยาว์ รองศาสตราจารย์ ดร.กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ คณาจารย์ในสถานเวชศาสตร์ ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการปฐมภูมิ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และครอบครัวของผู้วิจัยสำหรับคำปรึกษาและกำลังใจที่ดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

๑. International Diabetes Federation (IDF) Key message. [internet]. [cited 2012 Nov.16]. Available from: <http://www.idf.org/worlddiabetes-day/2009-2013/key-messages>.
๒. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๕ [เข้าถึงเมื่อ ๔ ธันวาคม ๒๕๕๕]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ddc.moph.go.th/advice/showimgpic.php?id=348>.
๓. สถิติสาธารณสุข ปี ๒๕๕๒ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๕๒.
๔. สถิติสาธารณสุข ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๕ [เข้าถึงเมื่อ ๔ ธันวาคม ๒๕๕๕]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.
๕. สถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๖ [เข้าถึงเมื่อ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
๖. U.S. Department of Health and Human Services. Diabetes HbA1c {POOR CONTROL} [internet]. 2012 [cited 2016 Oct 2]. Available from: <http://www.hrsa.gov/quality/toolbox/measures/diabetes/>
๗. Greenfield C, Gilles M, Porter C, Shaw P, Willis K. It's not just about the HbA1c, Doc! Understanding the psychosocial is also important in managing diabetes?. Aust J Rural Health 2011;19:15-9.
๘. รายงานผลการดำเนินงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครประจำปี ๒๕๕๕. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๕ [เข้าถึงเมื่อ ๔ กันยายน ๒๕๕๙]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ddc.moph.go.th/advice/showimgpic.php?id=348>.
๙. นิตยา ทนวงษ์, สวณีย์ เต็งรังสรรค์, ชดช้อย วัฒนะ, วิวัฒน์ พุทธธรรมไชย, วิศรี วายกุล, นิตมา ตีเยาว์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ศูนย์บริการปฐมภูมิคุคต: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. ธรรมศาสตร์เวชสาร ๒๕๕๓;๑๐:๑๕๐-๘.
๑๐. นิตยา ทนวงษ์, นิตมา ตีเยาว์, วราภรณ์ ผ่องสุวรรณ. ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ศูนย์บริการปฐมภูมิคุคต. ธรรมศาสตร์เวชสาร ๒๕๕๔;๑๑:๕๕๗-๖๖.
๑๑. Chalernvanichakorn T, Sithisarankul P, Hiran-suthikul N. Shift work and type 2 diabetic patients' health. J Med Assoc Thai 2008;91:1093-6.
๑๒. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; [internet]. 2003 [cited 2011 Mar 2]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>.
๑๓. Diane KK, Russell EG, Deborah JT, Lisa AS, Paul AE, Diego O, et al. Self-efficacy, problem solving, and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. Diabetic Care April 2010;33:751-3.
๑๔. Zihui C, Shukun P, Xudong Z, et al. A primary study of compliance and psychosocial factors in patients with diabetes mellitus. Chinese General Practice 2001;8:028.

๑๕. Chida Y, Hamer M. An association of adverse psychosocial factors with diabetes mellitus: a meta-analytic review of longitudinal cohort studies. *Diabetologia* 2008;51:2168-78.
๑๖. House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In Cohen S, Syme SL, Eds. *Social support & health*. New York: Academic Press; 1985:83-108.
๑๗. Glasgow RE, Anderson RA In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. *Diabetes Care* 1999;22:2090-2.
๑๘. Marmot MG. Improvement of social environment to improve health. *Lancet* 1998; 351:57-60.
๑๙. มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา ทิรัญเทพ, นิดา ลิ้มสุวรรณ. ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๕๕.
๒๐. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191-215.
๒๑. Schlundt DG, Stetson BA, Plant DD. Situation taxonomy and behavioral diagnosis using prospective self-monitoring data: application to dietary adherence in patients with type 1 diabetes. *J Psychopathol Behav Assess* 1999;21:19-36.
๒๒. Schlundt DG, Rea MR, Kline SS, Pichert JW. Situational obstacles to dietary adherence for adults with diabetes. *J Am Diet Assoc* 1994;94:874-9.
๒๓. Schlundt DG, Sbrocco T, Bell C. Identification of high risk situations in a behavioral weight loss program: Application of the relapse prevention model. *Int J Obes* 1989;13:223-34.
๒๔. Henry RR. Final results of the SHIELD study — Epidemiologic and public policy considerations from a five-year prospective diabetes mellitus study. American Diabetes Association's 71st Scientific Sessions; June 24-28, San Diego, California; 2011.
๒๕. Mehrotra R, Sarita Bajaj, Kumar D, Singh KJ. Title Influence of education and occupation on knowledge about diabetes control. *Natl Med J India* 2000;13:293-6.
๒๖. Klienman, A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press; 1980.

Abstract

Psychosocial factors relating to poorly controlled diabetic patients at primary medical center, faculty of Medicine, Thammasat university (Kukot)

Petcharat Bunnag

Unit of Family Medicine, Department of Community Medicine and Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University

Introduction: Even though a group of diabetic patients was treated with clinical practice guideline by medical professionals, it was perhaps poorly controlled. We found that they did not comply their treatments or lost to follow up. So we aimed to study psychosocial factors in poorly controlled diabetic patients in primary medical center.

Method: Qualitative study were done in 10 poor adherence patients who had HbA1c > 10 at Kukot primary medical center. We applied in-depth interviews to our participants for several psychosocial aspects and used analytic induction to analyze information from emic views.

Result: Poor self-efficacy participants often had chronic stress, depression and low social supports. Moderate to good self-efficacy participants mostly had financial & occupational problems or high risk situations. However, causes of depression and chronic stress were from financial problems, familial conflicts and low social supports. Finance & occupation may be a first priority in their life. Diabetic knowledges that derived from illness experience of family members always influence on attitudes and health behaviors of our participants.

Discussion and Conclusion: A psychosocial exploration, we should first consider perceiving self-efficacy of patient. If perceiving was poor, patients would not have willing to control their disease that affect their worse health behavior. High risk situations of this study were different from other studies. Situations were concerned with participant realization that their closed relative were important than themselves. Results were poor medication self-care, worse eating lifestyle, loss to follow up and difficulties in accessing healthcare. Participant who work overtime informed that they did not think of their health when they worked hard. Fatigue made them do not concentrate to taking medicines or picking up appropriate food. Suggestion is holistic individual diabetes mellitus approach by considering psychosocial aspects, respectively. Health care providers should discuss about illness experiences that can lead health behaviours of the patient.

Key words: Psychosocial factor, DM patients, Poorly controlled DM, Primary care