

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

องค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยนำหลักการทางทฤษฎี และการประยุกต์ บางส่วนของทฤษฎีหรือโมเดลปรับใช้ให้เหมาะสมในระดับบุคคล รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ โรคเบาหวาน ความแตกฉานด้านสุขภาพ และ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีทฤษฎี และหลักการเกี่ยวข้อง ดังนี้

- 1) แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- 2) ทฤษฎีและหลักการเกี่ยวกับ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy)
- 3) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการหลั่งหรือออกฤทธิ์ของอินซูลิน มีผลทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง สามารถแบ่งตามพยาธิสภาพของโรคได้ 4 ชนิด ได้แก่เบาหวานชนิดที่1 เบาหวานชนิดที่2 เบาหวานที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ และ เบาหวานที่เกิดขึ้นจากสาเหตุอื่นๆ (American Diabetes Association [ADA], 2007) สำหรับโรคเบาหวานชนิดที่2 นั้น เกิดจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ ร่วมกับมีภาวะดื้อต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน(insulin resistance) โดยผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความผิดปกติด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าได้

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั่วโลกจำนวนมาก ในปี 2556 มีการประมาณการว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วทั้งโลก ประมาณ 382 ล้านคน และมีผู้ที่มีสภาพเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดูดซึมน้ำตาลในเลือด ประมาณ 316 ล้านคน (International Diabetes Federation [IDF], 2013) จำนวนผู้ป่วยเบาหวานยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี มีการคาดการณ์ไว้ว่า ประมาณปี พ.ศ. 2578 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 592 ล้านคน ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในประเทศที่มีสภาพเศรษฐกิจที่ไม่ค่อยดี การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีฐานะการเงินไม่ค่อยดีทำให้การดูแลรักษาโรคประสบปัญหา ช่วงปลายปี 2556 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการตาย ประมาณ 5.1 ล้านราย และ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย ประมาณ 548,000 ล้านเหรียญสหรัฐ (IDF, 2013) สำหรับในประเทศไทยนั้น จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2553 พบว่า ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 888,580 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,394.91 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงเป็นอันดับที่สองรองลงมาจาก โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การรักษาโรคเบาหวานนั้นสามารถใช้วิธีการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ร่วมกับการใช้ยา รับประทาน แต่จากระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานที่นานขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีการทำงานของเบต้า เซลล์เสื่อมลงไปเรื่อยๆ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงจำเป็นต้องใช้ยาอินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลแทน โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 นั้นมักพบในผู้มีอายุมากกว่า 40 ปี ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้ได้แก่ อายุมาก มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ การไม่ออกกำลังกาย และมีกรรมพันธุ์ของโรคเบาหวาน (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และ กอบชัย พัววิไล , 2546) การเป็นโรคเบาหวานมานาน และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานได้ง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ในผู้ป่วยเบาหวานอาจพบภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เมื่อเริ่มวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยอาจเป็นโรคเบาหวานมานานโดยไม่มีอาการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) เป้าหมายการรักษาโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด (วีรพันธ์ โขวิฑูรกิจ, 2549) โดยการควบคุมระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 8- 12 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose: FPG) ให้อยู่ในระดับ 90-130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ การควบคุมระดับเบาหวานสะสมให้มีค่า น้อยกว่าร้อยละ 7 (ADA, 2007) ซึ่ง ค่าเบาหวานสะสมนั้นสามารถหาได้จากการตรวจ ฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A_{1c} [HbA_{1c}]) ซึ่งฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีน้ำตาลจับอยู่อย่างถาวร สามารถบ่งบอกถึงค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมาได้ มีประโยชน์ในการติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และ บ่งบอกถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานได้

2.2. ทฤษฎีและหลักการเกี่ยวกับ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy)

2.2.1 Health Literacy

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เป็นประจำเพื่อรับยาและคำแนะนำจากแพทย์ในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นมากกว่าปกติ ในการพบปะแพทย์แต่ละครั้ง ผู้ป่วยต้องบอกเล่าอาการและปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้อง กับโรคเบาหวานของตนเอง ส่วนแพทย์นั้นก็จะให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยพร้อมกับจัดยาให้และอธิบายวิธีการใช้ยา การที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่แพทย์แนะนำมาและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องนั้น การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ต้องมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยและแพทย์สื่อสารกันได้ดีและมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน นั่นก็คือ ทั้งสองฝ่ายต้องเข้าใจภาษาที่อีกฝ่ายสื่อออกมา และ ทั้งสองฝ่ายต้องเข้าใจมุมมองเกี่ยวกับเรื่องที่กำลังพูดคุยกันของอีกฝ่ายหนึ่ง สิ่งหนึ่งที่เป็นตัวขัดขวางทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจสิ่งที่แพทย์แนะนำ นั่นคือ การที่ผู้ป่วยไม่ค่อยเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ หรือไม่ค่อยมีความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) นั่นเอง Health Literacy ก็คือความสามารถของคนๆหนึ่ง ในการรับรู้ข้อมูลทางด้านสุขภาพโดยผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ และสามารถเข้าใจและจดจำ เนื้อหาสาระของข้อมูลดังกล่าวได้ จนนำไปสู่การนำข้อมูลไปใช้ เพื่อส่งเสริม

และบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา (Ad Hoc, 1999; Gazmararian et al., 1999; Schillinger et al., 2002; Williams et al., 1998) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Low health literacy จะมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า เพราะผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพในคำแนะนำจากแพทย์ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เป็นสาเหตุทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ดังนั้นการช่วยทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับ health literacy ที่ดีขึ้น น่าจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำจากแพทย์และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้ดีขึ้น

2.2.2. คำนิยามและความหมาย

แนวคิดเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษาในปี ค.ศ. 1974 (Mancuso J.M., 2009) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้หลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความแตกฉานด้านสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า Health literacy ปรากฏในบทความวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน (Smith et al., 2004) แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีการอธิบายความหมายในมุมมองที่แตก ต่างกันอยู่บ้างตามประสบการณ์และทัศนคติของนักวิชาการ คำนิยามที่ปรากฏในรายงานการศึกษาและบทความที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

2.2.2.1. องค์การอนามัยโลก (WHO,1998) นิยามว่า “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้แปลความว่า คือ “ทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (สสว,2541)”

2.2.2.2. คณะกรรมการด้านความแตกฉานด้านสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association: AMA (1999: 553) ให้คำจำกัดความว่า “ทักษะทั้งหมดซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลขเพื่อปฏิบัติตามในการดูแลรักษาสุขภาพ”

2.2.2.3. สำนักยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ หรือ The Center for Health Care Strategies Inc. (2000 อ้างใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร , 2554) นิยาม

Health literacy ว่า “ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการกระทำเมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ”

2.2.2.4. โครงการประชาชนสุขภาพดีของประเทศสหรัฐอเมริกา (The US Healthy People 2010) ซึ่งประกาศใช้ในปี ค.ศ. 2000 นิยามไว้ว่า “ระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหาตีความ หรือทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ”

2.2.2.5. สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ Institute of Medicine: IOM (2004 อ้างใน ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และ นฤมล ตริเพชรศรีอุไร , 2554) นิยามว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม ” โดยอธิบายว่า Health literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้านที่ทำงาน และชุมชนอีกด้วย

2.2.2.6. ดอน นัทบีม (Nutbeam D.; 2000, 2008, 2009) นิยามไว้ดังนี้ (1) “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง” (ปี ค.ศ. 2000) (2) “สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ” (ปี พ.ศ. 2008) และ (3) “ทักษะทางสังคมและการวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ” (ปี ค.ศ. 2009)

2.2.2.7. ซาร์คาโดลาส พลีเซนต์ และเกียร์ (Zarcadoolas C., Pleasant A. and Greer D.S., 2005:96-97) นิยามว่า “ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต”

2.2.2.8. คิกบัสช์ และ แม็ก (Kickbusch and Maag อ้างใน Pleasant A. and Kuruvilla S., 2008) นิยามว่า “ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน และมีสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพด้วยตนเอง”

2.2.2.9. เพลียเซน และคुरुวิลลา (Pleasant A. and Kuruvilla S., 2008) นิยามว่า “ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพดี และ ลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ”

2.2.2.10. อิชิคาวา และคณะ (Ishikawa H. et al., 2008) นิยามว่า “ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม”

แนวความคิดเกี่ยวกับ Health literacy มีความชัดเจนมากขึ้นจากการจำแนกระดับของ Health literacy โดย ดอน นัทบีม (Nutbeam D.; 2000, 2008) คณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเขียนบทความวิจัยเรื่อง Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century จำแนกความแตกฉานด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ Functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดย คิกบุชซ์ (Kickbusch, 2001: 292) อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (numeracy skill) เช่น การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย”

ระดับ 2 ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ Communicative/interactive health literacy ได้แก่ การมีทักษะของความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการมีปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นวิจาร์ณญาณ หรือ Critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับวิจาร์ณญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual action) และ การมีส่วนร่วม ผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

2.2.3 เครื่องมือและการวัด (Tools and measures of health literacy) ของ Health Literacy

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ พบ ว่า เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความแตกฉาน ด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาขึ้นมาและนำเสนอในรายงานการวิจัยต่างๆ ยังมีการนำออกมาเผยแพร่ไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณลักษณะด้านความจำ การคำนวณตัวเลข การประเมินการรับสื่อ

และ เริ่มใช้การจำแนกระดับของ ดอน นัทปิม มาพัฒนาเครื่องมือ ตัวอย่างของเครื่องมือ ที่มีใช้กันแพร่หลาย สรุปได้ดังนี้

2.2.3.1. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine: REALM) พัฒนาขึ้นโดย เดวิส และคณะ (Davis et al. อ้างใน Mancuso J.M., 2009) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วยในหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิ การให้สุขศึกษา และหน่วยที่ศึกษาวิจัยทางการแพทย์ เครื่องมือนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยจำได้ ช่วยแพทย์ในการจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่ จำกัดเพื่อประเมินและปรับปรุงการใช้สื่อหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสม

ลักษณะและวิธีการใช้

แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ REALM ประกอบด้วยคำจำนวน 125 คำ ที่นำมาใช้ทดสอบโดยเป็นศัพท์ทางการแพทย์ที่ง่าย วางเรียงเป็น 4 คอลัมน์ตามจำนวนพยางค์และความยาก เวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบนี้ประมาณ 3-5 นาที ผู้ป่วยจะขอให้อ่านคำทั้งหมดดังๆโดยจะให้คะแนนตามการอ่านออกเสียงที่ถูกต้อง คะแนนจำแนกตามระดับการศึกษา ได้แก่ ต่ำกว่าระดับประถมปีที่3 ระดับประถมปีที่ 4-6 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และ ระดับที่สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น

ตารางที่ 2.1 US high school grade equivalents of REALM raw scores (เปรียบเทียบระดับคะแนนของREALM กับระดับมาตรฐานการศึกษา)

Raw score	Grade range
0–18	Third grade and below (UK reading age 8–9 yr) Will not be able to read most low-literacy materials; will need repeated oral instructions
19–44	Fourth to sixth grade (UK reading age 9–12 yr) Will need low-literacy materials; may not be able to read prescription labels
45–60	Seventh to eighth grade (UK reading age 12–13 yr) Will struggle with most patient education materials; will not be offended by low-literacy materials
61–66	High school (UK reading age 16 yr) Will be able to read most patient education materials

ที่มา : (Gordon et al, 2002, pp. 751)

2.2.3.2. แบบประเมินการอ่านศัพท์ทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (Shortened version of the Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine: S-REALM) พัฒนาขึ้นโดย เดวิส และคณะ (Davis et al., 1993 .อ้างใน Mancuso J.M., 2009)

ลักษณะและวิธีการใช้

ใช้การลดจำนวนข้อให้มีความกระชับขึ้นเพื่อลดระยะเวลาในการทดสอบ โดยจัดเรียงเป็น 3 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์และความยาก- ง่าย การลดจำนวนคำเหลือเพียง 66 คำ เวลาที่ใช้ทดสอบประมาณ 1-2 นาทีเกณฑ์การวัดจะเหมือนกับการวัดของ REALM

2.2.3.3. แบบประเมินการอ่านศัพท์ทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (Shortened version of the Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine: REALM-R) พัฒนาขึ้นโดย เบสส์ และคณะ (Bass et al., 1993 .อ้างใน Mancuso J.M., 2009)

ลักษณะและวิธีการใช้

ใช้การลดจำนวนข้อให้มีความกระชับขึ้นเพื่อลดระยะเวลาในการทดสอบ โดยใช้ คำศัพท์ 8 คำ แทนการใช้คำศัพท์ 66 คำ ในแบบ S-REALM ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนลงมา จะถือว่ามีความเสี่ยงที่จะมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ

2.2.3.4. แบบทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร และความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่ม ผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA) พัฒนาโดย ปาร์เกอร์และคณะ (Parker et al., 1995) เพื่อใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านข้อความ หรือวลีที่มีตัวเลขโดยใช้สื่อสิ่งพิมพ์จากหน่วยที่ให้บริการสุขภาพ

ลักษณะและวิธีการใช้

แบบทดสอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่าน ประกอบด้วย สิทธิของ ผู้ป่วยและหน้าที่รับผิดชอบ รูปแบบการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ และ ส่วนการทดสอบด้านตัวเลข ประกอบด้วยรายละเอียดของฉลากยา การควบคุมระดับน้ำตาล การนัดหมาย และการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อความที่ใช้ในการทดสอบการอ่านและทำความเข้าใจ เป็นข้อความที่มีช่องว่าง ให้เติมคำประมาณ 5-7 คำ ผู้ถูกทดสอบจะอ่านและเลือกคำจากตัวเลือก 4 ตัว รวมจำนวน 50 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 12 นาที ส่วนที่ทดสอบด้านตัวเลขมีจำนวน 17 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวม เวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบประมาณ 22 นาที (Mancuso J.M., 2009)

2.2.3.5 แบบทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและ ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่ม ผู้ใหญ่แบบสั้น (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA) พัฒนาโดย บาเกอร์และคณะ (Baker et al., 1995) โดยเป็น แบบทดสอบที่มีการวัดในด้านการอ่านและสร้างความเข้าใจเท่านั้นเพื่อลดเวลาในการเก็บข้อมูล

ลักษณะและวิธีการใช้

ทำการทดสอบ 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่านและส่วนการสร้างความเข้าใจ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 7 นาที รวมทั้งสิ้น 36 รายการ (Federman A.D. et al., 2009)

ตารางที่ 2.2 The abbreviated s-TOFHLA score and health literacy level (เปรียบเทียบคะแนน ของs-TOFHLA และ ระดับความแตกฉานทางด้านสุขภาพ)

S-TOFHLA score	Health literacy level
0 – 16	Inadequate
17 – 22	Marginal
23 - 36	Adequate

ที่มา : (Schillinger et al, 2002, p.477)

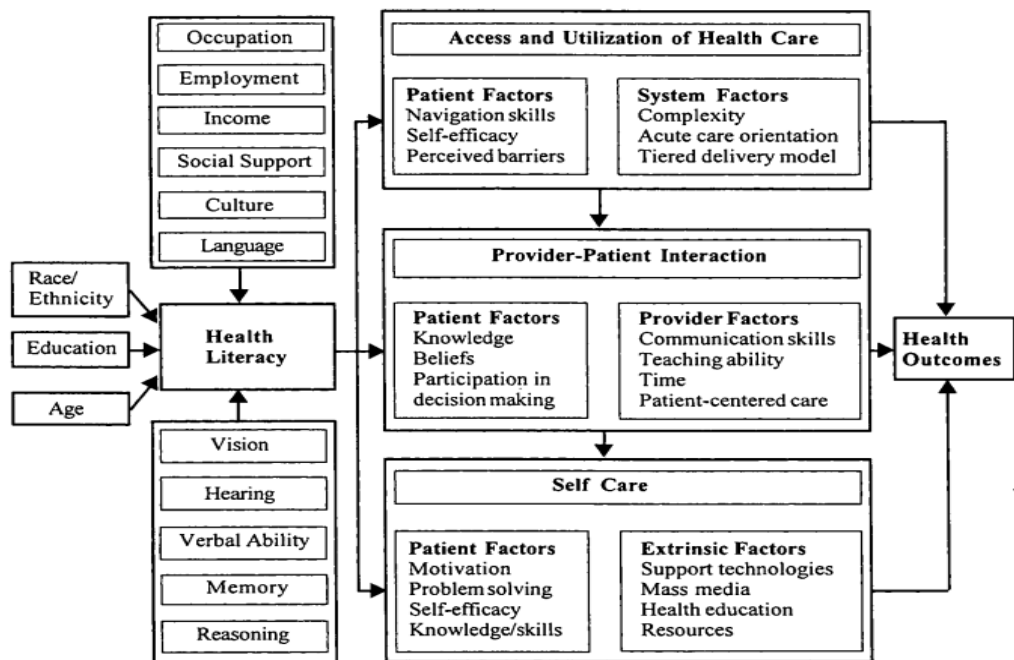
2.2.3.6. แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความแตกฉานด้านสุขภาพแบบ 3 ระดับ (3-level Health Literacy scale) พัฒนาโดย อิชิกาวา และ คณะ (Ishikawa et al., 2008) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินระดับความแตกฉานด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ (Functional, Communicative, and Critical Health Literacy) ประกอบไปด้วย 14 คำถาม ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เกี่ยวกับ ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน มี 5 คำถาม กลุ่มที่เกี่ยวกับ ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ มี 5 คำถาม และ กลุ่มที่เกี่ยวกับ ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ มี 4 คำถาม

ลักษณะและวิธีการใช้

ผู้ป่วยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามเองหรือให้ผู้อื่นอ่านให้ฟัง ผู้ป่วยให้คะแนนแก่คำถามแต่ละข้อ โดยมีช่วงตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เคย ถึง 4 หมายถึง บ่อย คะแนนที่ได้จากแต่ละคำถามนำมารวมกันตามกลุ่มแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามในแต่ละกลุ่มมี จะได้ค่า ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ซึ่งคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงว่าผู้ป่วยมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพยิ่งสูง ยกเว้นแต่ในกลุ่มที่เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ผลแปลคะแนนจะกลับกันคือ ยิ่งคะแนนสูงยิ่งมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพยิ่งต่ำ

2.2.4 Health literacy กับ การควบคุมโรคเบาหวาน (Association of Health Literacy with Diabetes Outcomes)

Passche-Orlow and Wolf (2007) ได้เสนอ โมเดลที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง limited health literacy กับ health outcome (Figure 4.) จากการศึกษ สิ่งนี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด limited health literacy ได้แก่ socioeconomics, social support, culture, language, race/ethnicity, education, age, individual capacity, และ physical condition การมี limited health literacy นั้น จะทำให้มีสุขภาพแย่ลง ซึ่งผลที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากการที่ คนที่มี limited health literacy เข้าไปรับบริการในสถานพยาบาลแล้วไม่ค่อยเข้าใจข้อมูลที่สถานพยาบาล นั้นๆมีไว้ให้ พอเข้าไปพบแพทย์ก็เกิดปัญหาในการสื่อสารหรือการสร้างปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ พอกลับมาที่บ้านจะต้องดูแลตนเองก็ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร ทำอะไรอย่างไร ดูแลรักษาตนเองอย่างไม่ถูกต้องผลสุดท้ายก็ทำให้สุขภาพแย่ลง



ภาพ 2.2 Causal Pathways between limited health literacy and health outcomes

(ปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกฉานทางด้านสุขภาพและผลของความแตกฉานทางด้าน

สุขภาพ) ที่มา: (Passche-Orlow and Wolf (2007), p. s21)

จากการศึกษาของ Schillinger et al. (2002) พบว่า inadequate health literacy ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี ซึ่งผลดังกล่าวนี้เกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้ป่วย ที่มี low health literacy นั้นมักจะประสบปัญหาเกี่ยวกับ การอ่านฉลากยา การแปลผล

ค่าน้ำตาลในเลือดไม่ถูก ไม่ค่อยเข้าใจใบนัดจากแพทย์ หรือ ไม่เข้าใจในเนื้อหาในเอกสารที่สถานพยาบาลมอบให้ ถึงแม้ว่าเราอาจจะไม่รู้แน่ชัดว่า low health literacy นั้นมีผลต่อการดูแลโรคเบาหวานขนาดไหน แต่จากงานวิจัยที่ผ่านมาก็มีเหตุผลหลายอย่างที่ทำให้เราเชื่อว่า low health literacy ทำให้ผลการควบคุมโรคเบาหวานไม่ค่อยดี อย่างเช่น ผู้ป่วยที่มี low health literacy มักจะไม่ค่อยรู้จักชื่อยา และวิธีการใช้ยา (Williams et al., 1995) และไม่ค่อยเข้าใจว่าสภาพร่างกายของตนเองเป็นอย่างไร และจะจัดการกับตัวเองอย่างไร (Kalichman and Rompa, 2000; Williams et al., 1998) นอกจากนี้ หลายการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มี low health literacy ไม่ค่อยเข้าใจแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง และมักจะพึ่งพาให้ คนในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ที่ให้การรักษายาบาลเป็นผู้ทำการตัดสินใจให้ (Mancuso and Rincon, 2006; Collins et al., 2004; Barragan et al, 2005) ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยที่มี low health literacy มักมีปัญหาเรื่องการจดจำและเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ ซึ่งสิ่งนี้ เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยควรให้ความสนใจอย่างมาก เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะไม่ว่าจะหาข้อมูลเพิ่มเติมจากไหนในกรณีที่ยังไม่ค่อยเข้าใจข้อมูลที่เจ้าหน้าที่เขาให้มา เพราะการสื่อสารกันไม่ค่อยดี (Williams et al., 1998) ในการศึกษาของ Schillinger และคณะ (2004) พบว่า ในการสื่อสารกับแพทย์นั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มี adequate health literacy แล้ว ผู้ป่วยเบาหวานที่มี low health literacy มักมองว่า แพทย์ไม่ค่อยอธิบาย ว่าสภาพร่างกายเขาเป็นอย่างไร และขั้นตอนการดูแลรักษาอาการของเขาจะต้องทำอย่างไรบ้าง ผู้ป่วยที่มี low health literacy มักจะประสบปัญหาเรื่องการสื่อสารเมื่อต้องมาอยู่ในสถานพยาบาล ดังนั้น ผู้ที่ให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์ และ พยาบาล ต้องพยายามปรับรูปแบบการสื่อสารของตนเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อที่จะทำ ให้ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่แพทย์และพยาบาลพยายามอธิบายให้ผู้ป่วยฟังได้ดียิ่งขึ้น และสามารถชักจูงให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น การที่จะทำ ให้แพทย์และพยาบาลสามารถที่จะชักจูงให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น พวกเขาต้องรู้ว่า ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะรับฟังคำแนะนำและนำไปปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากน้อยแค่ไหน ซึ่งการรู้ว่า ผู้ป่วยอยู่ระยะใดของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม (Stage of behavior change) จะช่วยทำ ให้ แพทย์และพยาบาล สามารถเลือกใช้กลยุทธ์ในการให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้ดีขึ้น

2.3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากการศึกษาเอกสารพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อสำรวจ/บรรยายถึง ปรากฏการณ์ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการวิจัยกึ่งทดลองโดยใช้โปรแกรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ โปรแกรมการสอน สุขศึกษา โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน

การพยาบาลระบบสนับสนุนตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem) กรีน (Green) การสอน รายละเอียดประเด็นข้อค้นพบสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย พบว่ามีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเรื่องการดูแลตนเองด้านร่างกายดังนี้

1.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ทุกการศึกษาที่ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเชื่อว่าการควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นหลัก จึงมีการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือหาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมโดยการควบคุมชนิดของอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมันรวมทั้งการควบคุมปริมาณการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโรคและการรักษาผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้ว่าควรดูแลตนเองเรื่องอาหารอย่างไรและพยายามควบคุมอาหาร ประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน แต่ในบางรายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้เป็นบางช่วงเวลา ซึ่งเป็นเพราะสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ช่วงของเทศกาลต่างๆ หรือ ช่วงฤดูกาลผลไม้ที่ชื่นชอบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ และในผู้ป่วยบางรายเกิดจากความเคยชินในการเคยรับประทานอาหารมาก จึงไม่สามารถหักห้ามใจตนเองได้โดยเฉพาะเมื่อเห็นอาหารที่เคยชื่นชอบทั้งๆที่รู้ว่าตนเองควรรับประทาน

1.2 พฤติกรรมการลดหรืองดเว้นสิ่งเสพติด การศึกษาหลายเรื่องสะท้อนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีการงดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งเสพติดจำพวกการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการสูบบุหรี่ การศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ค่อยมีการใช้สิ่งเสพติดและพยายามหลีกเลี่ยง แต่มีบางส่วนที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราวซึ่งมักเป็นช่วงของเทศกาล หรือมีการใช้ผสมยาต่อเหล้าเพื่อให้เลือดลมดี

1.3 พฤติกรรมการพักผ่อนและการออกกำลังกาย การศึกษาทุกเรื่องสะท้อนถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานว่า จะเน้นการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายได้น้ำตาลไปใช้ได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาพบว่าคนไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย หรือออกกำลังกายบ้างแต่ไม่ได้ปฏิบัติสม่ำเสมอโดยให้เหตุผลว่าคิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกายไปในตัวอยู่แล้ว ไม่มีเวลา ต้องทำงานนอกบ้าน ไม่อยากออกกำลังกายไม่มีสถานที่ อาย ขี้เกียจ และสุขภาพไม่ดี เหนื่อย

1.4 พฤติกรรมการดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป การศึกษาสะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องความสะอาดของช่องปาก การดูแลความสะอาดของผิวหนัง การดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ และการดูแลความสะอาดของเท้า เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง พบว่าส่วนใหญ่มีการดูแลความสะอาดร่างกายได้ดีอยู่แล้ว

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม จากการวิเคราะห์เอกสาร และรายงานพบว่า ผู้ศึกษามองว่าการป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นภาวะเครียดที่ผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะโรค มีการศึกษาการปรับบทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้ป่วยกรณีตนเองเป็นโรคเบาหวาน และเป็นผู้ให้การดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีการศึกษาพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดซึ่งพบว่าในบางรายไม่มีทักษะในการจัดการกับความเครียด ในบางการศึกษาที่มีการจัดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการหลีกเลี่ยงความเครียด ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ค่อยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรว่าการลดความเครียดมีผลต่อการควบคุมเบาหวานอย่างไร แต่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะพยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและพยายามเรียนรู้วิธีการคลายความเครียดด้วยตนเอง

เช่น หาทางผ่อนคลายด้วยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ระบายความรู้สึกกับผู้ใกล้ชิด และใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อลดความเครียดด้วยการสวดมนต์ไหว้พระ ทำบุญ ใส่บาตร ไปวัด นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้หญิงมีความคิดที่ไม่ค่อยกล้าระบายความเครียดหรือความรู้สึกไม่สบายใจกับบุคคลอื่นเนื่องจากวัฒนธรรมไทยไม่ยอมนำเรื่องส่วนตัวมาเปิดเผยกับคนอื่น บางรายจึงเก็บไว้ในใจและครุ่นคิดอยู่คนเดียวมีการศึกษาที่ทดลองในลักษณะการจัดโปรแกรมการสอนให้กับญาติเพื่อทำบทบาทใน

การเป็นผู้ให้การสนับสนุนกับผู้ป่วยด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และการให้ความช่วยเหลือมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมในระดับปานกลาง (อินทราพร, 2541:87) โดยเฉพาะในเรื่องของการเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคคลในครอบครัว อาจเนื่องมาจากความเกรงใจว่าอาจทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สบายใจ แต่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานยังคงไปร่วมงานที่เป็นประเพณีต่างๆในหมู่บ้าน และมีความรู้สึกสบายใจที่ได้ไปทำบุญและได้พบปะผู้คนในหมู่บ้าน หากไม่มีข้อจำกัดในการเดินทาง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ดี ซึ่งมีข้อมูลว่ากลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้สม่ำเสมอเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากครอบครัวหรือคน

ใกล้ชิดขาดการรับรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงขาดการมีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบกับวัฒนธรรมไทยในเรื่องการรับประทานครองกันหลายๆคนในกลุ่มครอบครัวหรือเพื่อนฝูงทำให้เกิดความเพเลิดเพลิน เมื่อผู้ป่วยเห็นคนอื่นกินก็อยากกินบ้างและกินได้มากขึ้น ประกอบกับไม่มีใครทักท้วงเนื่องจากไม่รู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและต้องควบคุมอาหาร

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในเรื่องการดูแลความสะอาดของเท้า การป้องกันบาดแผลที่เท้า และการสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และจากการวิเคราะห์ข้อค้นพบจะเห็นได้ว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อพฤติกรรมดูแลเท้า จะพยายามดูแลตนเอง ตามคำแนะนำ และเห็นความสำคัญและสนใจดูแลเท้าเป็นพิเศษ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำ เรื่องนี้มาก่อนไม่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เช่น ไม่มีการเตรียมลูกอม ทอพี และบัตรประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานติดตัวไว้เวลาเดินทาง ซึ่งมีข้อมูลว่าการมารับบริการการตรวจรักษา มักจะไม่ค่อยได้รับคำแนะนำที่เพียงพอเนื่องจากผู้ให้การรักษาไม่มีเวลาให้ และเปลี่ยนผู้ให้บริการบ่อย จึงทำให้สัมพันธ์ภาพค่อนข้างห่างเหินและมักไม่ค่อยได้รับกำลังใจจากบุคลากรที่มสุขภาพ

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรักษา มีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรักษา ในประเด็นต่อไปนี้

4.1 พฤติกรรมการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาตามที่ได้รับคำแนะนำ บางส่วนมีพฤติกรรมการซื้อยามากินเอง โดยจะนำตัวอย่างยาไปซื้อตามร้านขายยาเนื่องจากยาหมดก่อนถึงเวลานัด และคิดว่าซื้อยามารับประทานเองได้

4.2 พฤติกรรมการมารับการรักษา พบว่าส่วนใหญ่รับการรักษาต่อเนื่อง

4.3 พฤติกรรมการแสวงหการรักษาอื่น พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรม แสวงหการรักษาทางอื่นร่วมด้วย ได้แก่การซื้อยามากินเอง การรักษาทางไสยศาสตร์ การใช้สมุนไพร ซึ่งพฤติกรรมการแสวงหการรักษาวิธีอื่นร่วมด้วยนี้ บางส่วนให้เหตุผลว่าอยากลอง เพราะเกิดความเบื่อหน่ายในการรักษาวิธีเดิม อยากหายเมื่อได้ข่าวว่ามีคนเคยรักษาแล้วได้ผลเป็นต้น มีข้อมูลที่น่าสนใจพบว่ากลุ่มผู้ใช้วิธีการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วยมักจะปกปิด ไม่เปิดเผยข้อมูลให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับรู้เพราะเกรงว่าจะถูกตำหนิหรือถูกปฏิเสธการรักษา

2.4 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ศึกษาวิจัย

2.4.1 ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอบางคนทีจังหวัดสมุทรสงคราม

ตั้งอยู่ในภาคกลางตอนล่างของประเทศไทย เป็นจังหวัดที่มีขนาดเล็ก มีจำนวนประชากรประมาณ 194,189 คน (สำนักทะเบียนกลาง , 2560) พื้นที่แบ่งออกเป็น 3 อำเภอ เป็นแหล่งเศรษฐกิจที่สำคัญของภาคกลาง เป็นแหล่งผลิตน้ำตาลสด ที่มีลักษณะอุตสาหกรรมในครัวเรือน ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมาวิถีชีวิตของชาวสมุทรสงครามได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จากสังคมชาวสวนที่มีชีวิตที่เรียบง่าย ชาวบ้านส่วนใหญ่จะทำงานในสวนของตนเอง ผลิตผลจากสวนก็นำมาใช้เองเหลือก็จะขาย กลายมาเป็น สังคมกึ่งอุตสาหกรรม ที่ต้องเพิ่มผลผลิตจากสวนเพื่อส่งให้โรงงานอุตสาหกรรม อีกทั้งชาวบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทำงานในสวน การทำงานในสวนก็มักมีการตีมน้ำหวานและเครื่องตีหมักจำนวนมากเพื่อที่จะทำให้รู้สึกสดชื่นมีแรงทำงานต่อไป วิถีชีวิตที่เร่งรีบ

ทำให้ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่มีเวลาใส่ใจเรื่องสุขภาพของตนเอง แต่ชอบเข้าร่วมสังสรรค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานเลี้ยงโต๊ะจีน ที่มักจะมีบ่อยครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาหารประเภทของมันๆ สิ่งเหล่านี้จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้จังหวัดสมุทรสงครามมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี

สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของจังหวัดสมุทรสงคราม ปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10,126 คน จากสถิติผู้ป่วย โรคเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 2.3 พบว่า ในช่วงปี 2556 – 2559 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสมุทรสงครามมีจำนวนเพิ่มขึ้น ประมาณ 9 เปอร์เซ็นต์ จาก 4,789.40 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ .ศ. 2556 เป็น 5,217.73 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ .ศ. 2559 ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัด ในจังหวัดเองก็มีจำนวนแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มาพบแพทย์ มีจำนวนมากในแต่ละวัน ทำให้แพทย์มีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ละรายน้อย อีกทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ จะเป็นผู้สูงอายุ มีการศึกษาต่ำ ทำให้มักมีปัญหาเรื่องการสื่อสารกับแพทย์

นอกเหนือจากนี้ การคมนาคมก็เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเดินทางไปพบแพทย์ไม่ค่อยสะดวกเนื่องจากสภาพพื้นที่โดยทั่วไปจะเป็นสวน บ้านเรือนแต่ละหลังอยู่ตามสวน และอยู่ห่างกัน ทำให้รถโดยสารประจำทางที่วิ่งตามหมู่บ้านต่างๆมีจำนวนน้อย การเดินทางไปพบแพทย์ของผู้ป่วยแต่ละครั้งจึงไม่ค่อยสะดวก และ ไม่สามารถที่จะอยู่รอพบแพทย์นานได้เพราะต้องรีบกลับบ้านและกลัวไม่ทันรถโดยสาร อีกทั้ง ในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพัง ไม่ค่อยมีใครดูแล เนื่องจากลูกหลานออกไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้ไม่มีใครพาไปพบแพทย์

ในระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดผู้ป่วยเบาหวานจะถูกนัดให้มารับยาและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เดือนละครั้ง ถ้าพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยก็จะถูกนัดให้มาพบแพทย์ในวันถัดไป ในวันที่มาพบแพทย์แต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะต้องพบกับพยาบาล ซึ่งจะเป็นผู้ที่คอยซักถามเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ จดบันทึกข้อมูลที่สำคัญลงในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย และให้คำแนะนำต่างๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยทำให้แพทย์สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วขึ้น ในการพบแพทย์แต่ละครั้ง โดยส่วนใหญ่แล้วแพทย์จะใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยประมาณ 2-3 นาที เนื่องจากมีผู้ป่วยมารอรับการรักษาเป็นจำนวนมาก

ตารางที่ 2.3 สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใน จังหวัดสมุทรสงคราม พ.ศ. 2556 - 2559

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ราย)	อัตราจำนวนผู้ป่วย ต่อ1 แสนประชากร
2556	194,116	9,297	4789.40
อำเภอเมือง	104990	4,934	4699.50
อำเภออัมพวา	56323	2,700	4793.78
อำเภอบางคนที	32803	1,663	5069.66
2557	194,189	9,352	4815.93
อำเภอเมือง	105389	4,984	4729.15
อำเภออัมพวา	56103	2,701	4814.36
อำเภอบางคนที	32697	1,667	5098.33
2558	194,376	9,438	4855.54
อำเภอเมือง	105839	5,010	4733.60
อำเภออัมพวา	55944	2,762	4937.08
อำเภอบางคนที	32593	1,666	5111.53
2559	194,069	10,126	5217.73
อำเภอเมือง	106001	5,348	5045.24
อำเภออัมพวา	55738	2,928	5253.15
อำเภอบางคนที	32330	1,850	5722.24

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม พ.ศ. 2560, สำนักทะเบียนกลาง (2560)

อำเภอบางคนที ประกอบไปด้วย 13 ตำบล มีจำนวนประชากรทั้งหมด 32,330 คน คิดเป็น 16.66% ของจังหวัด (สำนักทะเบียนกลาง , 2560) มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 1,850 ราย คิดเป็น 5.72%ของจำนวนประชากรของอำเภอ และ คิดเป็น 5,722 ต่อแสนประชากร

จากข้อมูลในตารางที่ 2.4 จะเห็นได้ว่า ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอบางคนที มีค่าสูงกว่า ค่าเฉลี่ยของจังหวัด และ พื้นที่อำเภออื่น และ จากตาราง ดังกล่าว ยังพบว่า อัตราส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อจำนวนประชากร 1 แสนคน ในอำเภอบางคนที จาก ปี 2556 – 2559 มีจำนวนเพิ่มขึ้น 12.87% ซึ่งสูงกว่าอัตราการเพิ่มขึ้นในอำเภอเมือง (7.35%) และในอำเภออัมพวา (9.58%) ดังนั้นในพื้นที่ อำเภอบางคนที นี้ น่าจะเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน ของจังหวัด อนึ่ง พื้นที่อำเภอบางคนทีโดยทั่วไป มีสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ วิถีชีวิตและความเป็นอยู่ที่คล้ายคลึงกันทั่วทั้งอำเภอ ชาวบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นชาวนาน มีวิถีชีวิตแบบชาวชนบท เมื่อ

เปรียบเทียบกับอีก 2 อำเภอ จะพบว่า อำเภอ อัมพวา พื้นที่บางส่วนของอำเภอเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญ ทำให้มีความเจริญและสภาพความเป็นสังคมเมือง ส่วนพื้นที่อื่นๆในอำเภอยังเป็นสวนมีวิถีชีวิตที่เป็นชนบท ดังนั้นพื้นที่อำเภออัมพวาจึงมีความแตกต่างทั้งวิถีชีวิตแบบในเมืองและในชนบท ส่วนอำเภอเมืองสมุทรนั้น มีทั้งเขตเทศบาลเมืองที่มีวิถีชีวิตแบบสังคมเมือง มีเขตโรงงานอุตสาหกรรม เขตพื้นที่ทำประมง และ พื้นที่สวน เหล่านี้ทำให้พื้นที่ของอำเภอเมืองสมุทร มีความแตกต่างและหลากหลายในสภาพสังคม เศรษฐกิจ และวิถีชีวิตและความเป็นอยู่

2.4.2 ระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอบางคนทีจังหวัดสมุทรสงคราม

ระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอบางคนทีนั้น จะมี รพ. นภลัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ มีขนาด 90 เตียง เป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก ดังนั้นเพื่อลดความแออัด ของผู้ป่วย รพ.นภลัย ได้มีการจัดการโดยให้ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีสุขภาพดี พอดูแลตนเองได้ ให้สมัครใจไปรักษาตัวต่อที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน โดยทางโรงพยาบาลจะจัดส่ง ทีมแพทย์ พยาบาล และ เภสัชกร ไปให้บริการ ตามโซนต่างๆเป็นประจำทุกๆเดือน ในการจัดการในรูปแบบนี้ได้เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 โดยก่อนหน้านั้น ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ จะต้องไปพบแพทย์และรับยาที่ รพ.นภลัยเท่านั้นจากการดำเนินงานในครั้งนั้นทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่จำเป็นต้องเดินทางไปพบแพทย์และรับยาที่ รพ. นภลัย สามารถไปพบแพทย์และรับยาที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยเบาหวานบางส่วนมารักษาตัวต่อที่ รพ.สต. ที่อยู่ใกล้บ้าน แต่ก็มีผู้ป่วยบางส่วนก็ยังคงรักษาตัวที่ รพ.นภลัย อย่างเดิม

ในอำเภอบางคนที มี 13 รพ.สต. ซึ่งจัดเป็นโซนทั้งหมด 3 โซนได้แก่ โซนมิตรภาพ โซนอัมรินทร์ โซนเกลียวสัมพันธ์ โดยแต่ละ โซน จะมีจะประกอบไปด้วย 4-5 รพ.สต. แต่ละโซนจะมี 1 รพ.สต. ที่เป็นศูนย์ประจำโซนโดยทุกๆเดือนทางโรงพยาบาลนภลัย จะจัดส่ง ทีมแพทย์ พยาบาล และ เภสัชกร มาให้บริการ เดือนละ 1 วัน ที่ศูนย์แห่งนี้ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำแนกตามโรงพยาบาลได้ดังนี้

ตารางที่ 2.4 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (ชนิดที่ 2) ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามจำแนกตามศูนย์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นศูนย์ประจำโซน	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมปลวก	67
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางยี่รงค์	31
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพรหม	24
รวม	122

ที่มา: โรงพยาบาลนภลัย (2560)

รพ.สต. จอมปลวก เป็น 1 ใน 3 ศูนย์ประจำโซน ของ CUPของอำเภอบางคนที่ ในโซนของ รพ.สต. จอมปลวก จะประกอบไปด้วย รพ.สต. จอมปลวก รพ.สต. ดอนมะโนรา รพ.สต. บ้านดอนมะโนรา รพ.สต. บางกระบือ และ รพ.สต.ยายแพง ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือน ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาจาก รพ.สต. ในกลุ่มนี้ จะต้องไปรับการตรวจวัดน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะปลายนิ้ว และรับยาที่ รพ.สต. ของตนเอง ถ้าพบว่าผู้ป่วยรายใดมีน้ำตาลสูงกว่า 140 ก็จะส่งตัวให้ไปพบแพทย์ที่ศูนย์ ซึ่ง ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 ของ ทุกเดือน จะมีแพทย์มาตรวจรักษาผู้ป่วยที่ศูนย์

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Michael S. Wolf,; Julie A. Gazmararian; and David W. Baker (2005) เรื่อง “Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults” เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (a cross-sectional survey) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับของ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับ สุขภาพทางกาย (Functional Health Status) ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง ของผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ใน 4 เมืองใหญ่ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Cleveland, Ohio; Houston, Texas; Tampa, Florida; and Fort Lauderdale–Miami, Florida) จำนวน 2923 คน วัดระดับ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ s-TOFHLA และ วัดสุขภาพทางกาย โดยใช้ แบบประเมินภาวะสุขภาพ (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey) พบว่า ผู้สูงอายุที่มี อายุ , เชื้อชาติ, รายได้, ระดับการศึกษา, การสูบบุหรี่, การดื่มสุรา และ ดัชนีมวลกาย (BMI) แตกต่างกัน จะมีระดับ Health Literacy ที่แตกต่างกัน และ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่มีระดับ Health Literacy ต่ำ มีสุขภาพทางกายแยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับ Health Literacy สูง

Mark V. Williams,; David W. Baker,; Ruth M. Parker; and Joanne R. Nurss (1998) เรื่อง “Relationship of Functional Health Literacy to Patients’ Knowledge of Their Chronic Disease” เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (a cross-sectional survey) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับของ Health Literacy กับ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 ราย จากผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคเบาหวานในคลินิก 2 แห่งที่ Harbor-UCLA Medical Center, California และ Grady Memorial Hospital, Georgia ประเทศ สหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดระดับ Health Literacy ด้วย s-TOFHLA และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุและระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับของ Health Literacy แตกต่างกัน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับของ Health

Literacy แตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันโดยผู้ป่วยที่มีระดับของ Health Literacy สูงมีความรู้มากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับ Health Literacy ต่ำ

CHANDRA Y. OSBORN, ; KERRI CAVANAUGH, ; KENNETH A. WALLSTON, ; SUNIL KRIPALANI, ; TOM A. ELASY,; RUSSELL L. ROTHMAN; and RICHARD O. WHITE (2011) เรื่อง “Health Literacy Explains Racial Disparities in Diabetes Medication Adherence” เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (a cross-sectional survey) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับ ของ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับ การทานยาเบาหวานตามคำแนะนำของแพทย์ (Medication adherence) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 ราย จากผู้ป่วยที่มารับการรักษารักษาโรคเบาหวานในคลินิก ที่ Tennessee ประเทศ สหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดระดับ Health Literacy ด้วย REALM และ แบบประเมินการทานยาเบาหวานตามคำแนะนำของแพทย์ (The Summary of Diabetes Self-Care Activities) จากการวิจัยพบว่า ระดับของ Health Literacy มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทานยาเบาหวานตามคำแนะนำของแพทย์ นั่นคือผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับของ Health Literacy สูง มีการทานยาเบาหวานตามคำแนะนำของแพทย์ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับ Health Literacy ต่ำ

Chandra Y. Osborn,; Kerri Cavanaugh,; Kenneth A. Wallston; and Russell L. Rothman (2010) เรื่อง “Self-Efficacy Links Health Literacy and Numeracy to Glycemic Control” เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (a cross-sectional survey) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับของ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy), การรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetic Self-efficacy) และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glycemic control) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 ราย จากผู้ป่วยที่มารับการรักษารักษาโรคเบาหวานในคลินิก ที่ Tennessee ประเทศ สหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดระดับ Health Literacy ด้วย REALM แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้ค่า HbA1c จากการวิจัยพบว่า ระดับของ Health Literacy มีความเกี่ยวพันทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยระดับของ Health Literacy มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วย และ ระดับ การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Ramon Edmundo D. Bautista,; E. Tannahill Glen,; Namrata K. Shetty; and Peter Wludyka (2009) เรื่อง “The association between health literacy and outcomes of care among epilepsy patients” เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (a cross-sectional survey) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับของ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก (Epilepsy) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 ราย จากผู้ป่วยที่มาการรักษา

โรคลมชักในคลินิก ที่ University of Florida HSC/Jacksonville-Comprehensive Epilepsy Program (UFHSJ-CEP), Florida ประเทศ สหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดระดับ Health Literacy ด้วย ข้อคำถามที่ดัดแปลงมาจาก s-TOFHLA และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก(QOLIE-10) จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อปีแตกต่างกันมีระดับ Health Literacy แตกต่างกัน และ ผู้ป่วยที่มีระดับ Health Literacy ต่ำ มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ

Hirono Ishikawa; and Eiji Yano (2011) เรื่อง “The relationship of patient participation and diabetes outcomes for patients with high vs. low health literacy” เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (a cross-sectional survey) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับของ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Diabetic Self-efficacy in diabetes control) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 ราย จากผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาโรคเบาหวานในคลินิก ที่ โตเกียว, ประเทศญี่ปุ่น เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินระดับความแตกฉานด้านสุขภาพโดย อธิกว่า และ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากการวิจัยพบว่า ระดับของ Health Literacy มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Dean Schillinger,; Kevin Grumbach,; John Piette,; Frances Wang,; Dennis Osmond,; Carolyn Daher,; Jorge Palacios,; Gabriela Diaz Sullivan; and Andrew B. Bindman (2002) เรื่อง “Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes” เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (a cross-sectional survey) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับของ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานในสหรัฐอเมริกา จำนวน 408 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดระดับ Health Literacy ด้วย ข้อคำถามที่ดัดแปลงมาจาก s-TOFHLA และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มี อายุ, ระดับการศึกษา, รายได้ และ ระยะเวลาที่เป็นโรค ที่แตกต่างกัน มีระดับ Health Literacy แตกต่างกัน และ ผู้ป่วยที่มีระดับ Health Literacy สูง มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับของ Health Literacy ต่ำ

อารักขา ใจธรรม (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ คือ ระดับการศึกษา และรายได้ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน นอกจากนี้ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับการศึกษา การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และรายได้ โดยร่วมกันทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 37.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เจนศวุตติ สายแสง (2555) ได้ทำการศึกษาเรื่องความฉลาดทางสุขภาพ ของ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการ สถานพยาบาลปฐมภูมิ จ. อุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 25 คน เข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างประมาณสองในสาม มีความฉลาดทางสุขภาพระดับต่ำ ประมาณครึ่งหนึ่งของตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ชีวิต ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นดี และมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยาอย่างสม่ำเสมอ และได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสม ตามแนวเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

จุฑามาศ ชัชวาลย์ (2552) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติในการดูแลตนเองกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการที่สถานีอนามัยทรัพย์น้อยอำเภอปากของจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.18 มีอายุอยู่ในช่วง 46-55 ปีร้อยละ 36.47 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 35-45 ปี ร้อยละ 25.88 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพคู้อยู่ 70.59 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 25.88 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 23.53 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.12 รองลงมาไม่ได้ศึกษาร้อยละ 25.88 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน 1.5 ปี ร้อยละ 43.53 ผลการศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวานพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด

สุชาติตา ดวงอุปมา (2548) ที่พบว่าเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการ ป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) ที่กล่าวว่า เพศหญิง มีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย ซึ่ง สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ในชนบท และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัว ขยายจึงมีบุตรหลานคอยดูแล ทำให้ผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลใน เลือดสูงไม่แตกต่าง ดังนั้นความแตกต่างทางด้านเพศ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือด สูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (อภาพพร พัววิไล, 2540 อ่างใน สุชาติตา ดวงอุปมา, 2548) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

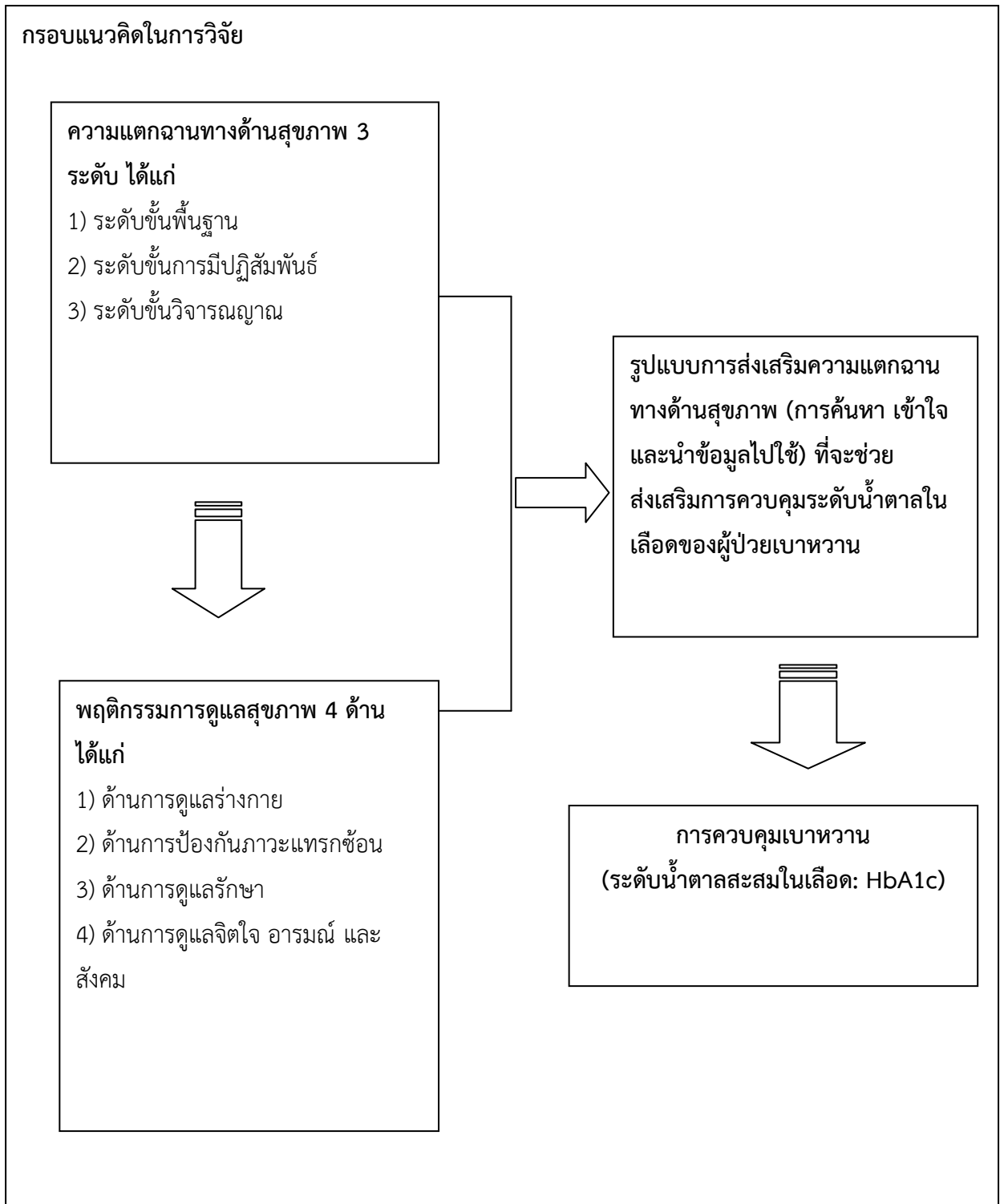
การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่เชื่อว่าสถานภาพ สมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยคู่สมรสจะช่วยเหลือแบ่งเบาภาระดู sóc ความเครียด และความวิตกกังวล ตลอดจนให้คำปรึกษาในการดูแล สุขภาพ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.6 ส่วนผู้ที่มีสถานภาพเดี่ยว เช่น ม่าย โสด หย่า/แยก ก็จะมีอาศัยอยู่กับลูกหลาน หรือญาติพี่น้อง ผลการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัย ด้านสถานภาพสมรส

สุชาติ ดวงอุปมา (2548) ที่พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 สำหรับระยะเวลาการป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่เป็นไปตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่เชื่อว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็น ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการรับรู้ปัญหาสุขภาพของบุคคล โดยผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานจะทำให้บุคคล เรียนรู้ และยอมรับสถานการณ์ต่างที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดี ทำให้มีพฤติกรรมในทางที่ดี ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบาย ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยเป็นเบาหวาน 5-10 ปี ร้อยละ 52.9 ซึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างนาน เมื่อมารับบริการ จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และเป็นเรื่องซ้ำๆ จึงอาจรู้สึกเบื่อหน่ายและละเลยการ ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรม การ ป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

ปัทมาพร ธรรมผล(2559) เรื่อง ความแตกต่างด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดผิดปกติและเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความแตกต่างด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดผิดปกติและเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกต่างด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและองค์ประกอบขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และชั้นวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ และความแตกต่างด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือด ค่าแอลดีแอลคอเลสเตอรอล และค่าเอชดีแอลคอเลสเตอรอล ผลการศึกษานี้มีต่อพยาบาล และทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพควรตระหนักในเรื่องความมีอายุน้อย ระดับการศึกษาน้อย ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้หรือรายได้น้อย

2.6. กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการส่งเสริม ความแตกฉานด้านสุขภาพ (การค้นหา เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (เบาหวานชนิดที่ 2) ใน อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการให้บริการ จากการทบทวนวรรณกรรม มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 2.3



ภาพ 2.3 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย