

เหตุผลของความไม่ร่วมมือในการกินยาในมุมมองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: กรณีศึกษาโรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

มัจฉินท์ เรืองไพศาล¹, กรแก้ว จันทภาษา²

¹นักศึกษาปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาถึงเหตุผลของการไม่ร่วมมือในการกินยาในมุมมองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วิธีการ: การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 16 คนที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2560 – ธันวาคม 2561 การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา **ผลการวิจัย:** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 3 คน จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 16 คน เป็นผู้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอีก 13 คนไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง โดยมีการปรับลดขนาดยา มีการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาที่ได้รับจากแพทย์ และไม่รับประทานยาบางรายการ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ จำนวนรายการยาที่มาก วิธีการกินยาที่ซับซ้อนเกินไป การเกิดอาการผื่นจากการกินยาหรือมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับยา การติดธุระหรือลืม รวมถึงการมีทัศนคติเชิงบวกกับยาสมุนไพร นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่แตกต่างกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินยาตามแนวคิดของตนเอง **สรุป:** ความเชื่อและการรับรู้ต่อยาของผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา บุคลากรทางการแพทย์ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในฐานะที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลการรักษา และหาวิธีการสร้างแนวทางเพิ่มความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: ความเชื่อเกี่ยวกับยา ความร่วมมือในการรักษา เบาหวาน แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย

รับต้นฉบับ: 25 พ.ค. 2562, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 30 ส.ค. 2562, รับลงตีพิมพ์: 13 ก.ย. 2562

ผู้ประสานงานบทความ: กรแก้ว จันทภาษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 E-mail: korcha@kku.ac.th

Reasons for Medication Non-adherence from the Perspective of Type 2 Diabetic Patients: a Case Study of Warit-Chaphum Hospital, Sakon Nakorn

Mootchalin Ruangphaisan¹, Kornkaew Chanthapasa²

¹Master Degree Student, Faculty of Pharmacy, Khon Kaen University

²Faculty of Pharmacy, Khon Kaen University

Abstract

Objective: To study the reasons of medication non-adherence from the perspective of type 2 diabetic patients.

Method: This study was a qualitative study collecting the data by in-depth interview with 16 diabetic patients receiving medication treatment at Warit-Chaphum Hospital, Sakon Nakhon during May 2017 - December 2018. Data analysis was done by content analysis. **Results:** Three out of 16 key informants were medication adherent patients, while 13 key informants were medication non-adherent by reducing the dose, using herbal drugs concomitantly with medications prescribed by physicians, and not taking certain drugs. The main reasons leading key informants to become medication non-adherent were the many drugs items to be taken, complicated instruction for taking medications, occurrence of adverse reactions from medications or having negative experience with medications, hectic schedules or forgetfulness, and positive attitude towards herbal medicines. In addition, key informants had models explaining illnesses of diabetes that were different from those of health professionals. As a result, they modified drug taking behaviors according to ones' own concepts. **Conclusion:** Key informants' beliefs and perceptions greatly affected medication adherence. Health personnel should understand the phenomena that are important factors affecting treatment outcomes, and develop intervention for increasing medication adherence.

Keywords: beliefs about medication, medication adherence, diabetes, explanatory model of illness

บทนำ

โรคเบาหวาน คือโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาในการรักษาเป็นหลัก ร่วมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย หัวใจสำคัญที่จะส่งผลให้การรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยต้องมีความร่วมมือในการใช้ยา (1) หากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของการรักษาได้ (2) เกิดภาวะโรคแทรกซ้อน และส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลเสียทางด้านเศรษฐศาสตร์ของประเทศจากการเพิ่มต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจากการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาเมื่อการรักษาเดิมไม่ได้ผลหรือใช้ยาที่มีราคาสูงขึ้น (1)

สาเหตุความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาแบบไม่ตั้งใจ ซึ่งเกิดได้หลายสาเหตุ ได้แก่ การหลงลืมเกี่ยวกับขนาดยา เวลาในการบริหารยา การขาดความเข้าใจเรื่องโรคที่เป็น และ 2) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาแบบตั้งใจ เกิดจากการปรับเปลี่ยน/ลดขนาดยาเองโดยตั้งใจ เนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หรือการขาดความเชื่อถือในคำแนะนำของแพทย์ (3)

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) กล่าวว่า ความเชื่อมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาที่ทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความเชื่อที่ว่า แพทย์พยาบาล และคนในครอบครัวคาดหวังให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ มีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (4) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเชื่อว่า ยานั้นมีความจำเป็นและมีประโยชน์ในการรักษา แต่มีความเชื่อในระดับปานกลางถึงระดับมาก ว่ายาจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ เช่น ไตเสื่อม ข้อเข่าเสื่อมได้ (5) การศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับยาต่อความร่วมมือในการกินยาในโรคเรื้อรังอื่น ๆ พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับยาเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด (6) การศึกษาในต่างประเทศในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญโรคเรื้อรัง 4 กลุ่ม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ยอมรับการใช้ยามีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เชื่อว่ายาจะสามารถช่วยในการรักษาได้ (7) นอกจากนี้มีการศึกษาถึงผลกระทบจากปัญหาจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 18.2 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพราะเกิดปัญหาจากการใช้ยา และผู้ป่วยกลุ่มนี้นอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยทั่วไป 3-5 วัน

สาเหตุเกิดจากการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา (3) การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 25 เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพราะไม่ร่วมมือในการใช้ยา (8) ซึ่งปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาส่วนใหญ่มักพบในผู้ให้ข้อป่วยที่สูงอายุ (3)

เมื่อพิจารณาการใช้ยาของผู้ป่วยในมิติทางสังคมวัฒนธรรมชุมชนตามแบบจำลองการอธิบายเจ็บป่วย (explanatory model) ของโคลน์แมน (9) พบว่า การใช้ยาในการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยจะเป็นไปตามความเชื่อ วิถีชีวิต และบริบททางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ผู้ป่วยพิจารณาใช้ยาในการรักษาตนเองจากความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อต่าง ๆ ที่เคยมีมาใช้ในการประเมินความแรงและประสิทธิภาพของยา ส่งผลให้การรักษาตนเองในขณะที่เจ็บป่วยไม่เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (10) ผลดังกล่าวเกิดจากการประเมินในมุมมองของผู้ป่วยเอง ซึ่งหากผู้ป่วยรู้สึกอาการดีขึ้น จะทำให้เลือกใช้ยาต่อ แต่ถ้าหากอาการไม่ดีขึ้น ก็จะหยุดใช้ยาและเริ่มแสวงหาการรักษาแบบใหม่ (11) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยาและแบบจำลองการอธิบายเจ็บป่วยนั้นมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาล 30 เตียง มีผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาจำนวน 2,223 คน จากการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยบางรายมารักษาไม่ต่อเนื่อง บางรายขาดนัดหลังได้รับการวินิจฉัย และจากการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ถึงแม้จะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่เมื่ออยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยก็ไม่กินยา หรือกินยาไม่สม่ำเสมอ หรือขาดยา ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึง เหตุผลของความไม่ร่วมมือในการกินยาเบาหวานในมุมมองของผู้ป่วยเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจถึงเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่กินยาตามคำสั่งแพทย์

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น (หมายเลข HE602244) ในการศึกษาว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง การที่ไม่กินยาหรือไม่ใช้ยาตามคำสั่งของแพทย์ อันได้แก่ การปรับเพิ่มยาเอง การปรับลดขนาดยาเอง หรือการหยุดยาเอง

โดยปราศจากการขอความเห็นจากแพทย์หรือบุคลากรทาง การแพทย์ก่อนกระทำ รวมถึงการแสวงหาพืชหรือสมุนไพร และการรักษาอื่นนอกเหนือคำแนะนำของแพทย์มาเพื่อใช้ รักษาตนเองร่วมด้วย

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาที่ โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร จำนวน 16 คนโดย อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจัว จำนวน 9 คนและหมู่บ้านหนองท่ม จำนวน 7 คน ซึ่งทั้ง 2 หมู่บ้านตั้งอยู่ติดกันและอยู่ในเขต เทศบาลตำบลปลาไหล อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร การศึกษาได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เกณฑ์ในการคัด เข้า คือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาล HbA1C มากกว่า 7 ซึ่งบันทึกไว้ในสมุดประจำตัวผู้ป่วยในช่วง ระยะเวลา (มกราคม 2560-ธันวาคม 2560) 1 ปีย้อนหลัง มี ประวัติการรับการรักษาเบาหวานที่โรงพยาบาลวาริชภูมิ และยินยอมให้ข้อมูลตลอดงานวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถให้การสัมภาษณ์กับผู้วิจัยจนจบสั นกระบวนการ หลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 16 คน พบว่า ข้อมูลถึงจุดอิ่มตัวหรือไม่มีประเด็นใหม่เพิ่มเติม จึงยุติการสัมภาษณ์

เครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) ตัวผู้วิจัยเป็นผู้ เก็บข้อมูลเอง โดยผ่านการเรียนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อมี ความเข้าใจและฝึกฝนทักษะในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลวาริ ชภูมิโดยตลอด 3 ปี และก่อนหน้านั้นเคยปฏิบัติงานในคลินิก โรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชนอีก 1 แห่ง เป็นเวลา 5 ปี ผู้วิจัยยังได้มีโอกาสลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ให้ข้อมูลสำคัญกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหา เกี่ยวกับการใช้ยาในโรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมถึงโรคเบาหวาน ด้วย จึงมีประสบการณ์และความเข้าใจเรื่องการใช้ยาใน ผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างดี 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการเป็นเบาหวาน และส่วนที่ 2 เป็น คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับยาใน มุมมองของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ ของยาที่ได้รับ ความซับซ้อนของแผนการรักษา และการใช้ สมุนไพร 2) เหตุผลที่ทำให้ไม่ร่วมมือในการกินยา ผู้วิจัยได้ ร่างแบบสัมภาษณ์จากแนวคิดทฤษฎีที่ได้จากการทบทวน

วรรณกรรม และตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความ ชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมวัตถุประสงค์ รวมถึง ประเด็นความอ่อนไหว โดยอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้น ได้แก้ไข ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิง ลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 16 คน โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม 2560 – ธันวาคม 2561 เริ่มเก็บข้อมูลโดย การประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อวางแผนการลงพื้นที่ เก็บข้อมูล หลังจากนั้น ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยมี อสม. เป็นผู้ประสานงานพาลงพื้นที่ในครั้งแรก เพื่อให้เกิด ความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ที่บ้านของ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่เต็มใจให้ข้อมูล ใน การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการ สทนา หากไม่ได้รับอนุญาต ผู้วิจัยใช้การจดบันทึกแทน ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 30- 60 นาทีต่อคน ผู้วิจัยประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยนับปริมาณยาเหลือที่บ้านของผู้ให้ ข้อมูลสำคัญเปรียบเทียบกับจำนวนยาที่แพทย์จ่ายจนถึงวัน นัดถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลใช้สถิติเชิง พรรณนา การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มี 2 ขั้นตอนคือ การ วิเคราะห์ระหว่างการเก็บข้อมูล คือการนำประเด็นสำคัญที่ พบไปปรับปรุงดัชนีข้อมูล และสอบถามผู้ให้ข้อมูลสำคัญคน ถัดไปจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ส่วนขั้นตอนหลัง คือการ วิเคราะห์หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด โดยนำมาจัด เรียบของข้อมูลแล้วปรับปรุงดัชนีอีกครั้ง จากนั้นกำหนด รหัสเพื่อจัดหมวดหมู่ข้อมูล จัดทำข้อสรุปชั่วคราวและการ กำจัดข้อมูลจนได้ข้อสรุป

ผลการวิจัย

บริบทของพื้นที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ทำในโรงพยาบาลวาริชภูมิ อำเภอ วาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงมีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบประมาณ 50,000 คน ประชากรเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ ประชากรร้อยละ 90

ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มี รพ.สต. 8 แห่ง ผู้ป่วยเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลวชิรภูมิโดยรถส่วนตัวหรือรถรับจ้างไม่ประจำทางเท่านั้น ไม่มีรถโดยสารประจำทางให้บริการ ผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่อำเภอวชิรภูมิมีจำนวน 2,223 คน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคที่มีผู้ป่วยมารับบริการมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด ทางโรงพยาบาลจัดคลินิกเบาหวานทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ของสัปดาห์ การให้บริการอยู่ในช่วงเวลา 08.00-12.00 น. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 130 คน/วัน โรงพยาบาลวชิรภูมิคัดกรองความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดตรวจ HbA1C ปีละ 1 ครั้ง ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2558-2560 พบว่า มีผู้ป่วยมีระดับ HbA1C มากกว่า 7 คิดเป็นร้อยละ 25, 28 และ 32 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นทุกปีจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลวชิรภูมิ จะนำยาเดิมที่เหลือมาหย่อนลงกล่องรับยาที่ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ ซึ่งมีทั้งของยาเบาหวานที่ไม่มีร่องรอยการแกะห่อยาเพื่อรับประทานเลย แต่ผู้ป่วยจะลอกสติ๊กเกอร์หน้าของยาออกเพื่อไม่ให้เภสัชกรทราบว่าเป็นยาของใคร หรือบางครั้งจะพบยาฉีดอินซูลินหลายสิบกกล่องที่ยังไม่เปิดใช้งานมาหย่อนคืนตู้ยาหรือพบห่อยาในถุงพลาสติกขนาดใหญ่ซึ่งมียาเบาหวานหลายรายการ รวมถึงยาอื่น ๆ ที่ใช้ในการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ซึ่งแต่ละชนิดมีจำนวนแฉะมากน้อยแตกต่างกัน ปะปนกันทั้งยาเก่าและยาใหม่ซึ่งรวมกันในถุงใหญ่ ทุกวันที่มีบริการคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาล ตู้ยาจะเต็มทุกครั้ง ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ปรากฏซ้ำให้เห็นตลอดว่า ผู้ป่วยบางส่วนไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจากโรงพยาบาลจ่ายยาให้ผู้ป่วยในจำนวนที่พอติดจนถึงวันนัดรับบริการถัดไป

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 16 คนเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 65.0±9.0 ปี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอาศัยอยู่ใน หมู่บ้านจัวและหมู่บ้านหนองท่ม ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.หนองท่ม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 11 คน ยังคงทำมาหาเลี้ยงชีพอยู่ เช่น ทำนา ค่าขาย ทำสวน รับจ้าง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 5 คน ไม่ได้ทำงานเนื่องจากอยู่ในวัยชรา ต้อง

อาศัยรายได้จุนเจือจากเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุและเงินที่ลูกส่งมาให้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในฐานะยากจน รายได้ไม่แน่นอน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4-7

ความไม่ร่วมมือในการรักษา

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน 12±6.7 ปี ระดับ HbA1C เฉลี่ย 8.8 ± 1.6 และจำนวนยาที่ได้รับเฉลี่ย 5±2 รายการ มีโรคร่วมได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 13 คน โรคไตเรื้อรังจำนวน 8 คน และภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 13 คน และปวดท้องโรคกระเพาะอาหารจำนวน 1 คน มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 คนเท่านั้น ที่ให้ความร่วมมือในการกินยา ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 13 คน ไม่ให้ความร่วมมือในการกินยา ลักษณะของความไม่ร่วมมือในการกินยา แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การหยุดยาบางรายการหรือปรับลดขนาดยาบางรายการ และการหยุดยาทุกรายการแต่หยุดเป็นครั้งคราว รายละเอียดตามตารางที่ 1

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 10 คน หยุดยาบางรายการหรือปรับลดขนาดยาบางรายการ ได้แก่ ยา metformin, glibenclamide และยารักษาโรคอื่น เช่น simvastatin, enalapril และพบว่ามีการหยุดรับประทานยา amlodipine, aspirin และ simvastatin จำนวน 1 คน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 3 คนหยุดยาทุกรายการ แต่จะหยุดเป็นครั้งคราว เนื่องจากลืม มีกิจธุระสำคัญ และมี 1 คน ที่รู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่ายการกินยา

เหตุผลที่ไม่ร่วมมือกินยาตามแพทย์สั่ง

จากการศึกษาพบว่า มีเหตุผลหลายประการที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญไม่กินยาตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. จำนวนรายการยาและวิธีการกินยาที่ซับซ้อน: จากการศึกษพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญต้องกินยาเฉลี่ย 5.0±2.0 รายการ ผู้ที่ได้รับยามากที่สุด คือ 8 รายการ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญรู้สึกว่ายุงยาก รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และทำให้ลืมกินยา ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 65.0±9.0 ปี ซึ่งจัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการกินยาตามที่แพทย์สั่ง

“...มันยากคือให้กินหลาย กินดูแล ลังเทือกะคิดยาคิดในใจ...” (ป้าสม, อายุ 61 ปี) (แปล “...รู้สึกว่ายุงยาก เพราะว่าหมอให้กินยาเยอะ กินหลายครั้ง บางครั้งก็รู้สึกตะหงิดในใจอยู่”)

ตารางที่ 1. ลักษณะพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ชื่อ สมมุติ	ระยะเวลาเป็น เบาหวาน (ปี)	ค่า HbA1C ปี 2560	โรคร่วม ¹	จำนวนรายการ ยาที่ได้รับ	ลักษณะความร่วมมือในการกินยา
ป้าไพ	20	8.8	-	3	กินยาตามตามแพทย์สั่งทุกวัน
ป้าแวง	10	7.2	-	4	กินยาตามตามแพทย์สั่งทุกวัน
ป้าณิ	3 เดือน	8	HT, DLD	4	กินยาตามตามแพทย์สั่งทุกวัน
ป้าวิ	7	7.3	CKD,DLD	5	ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง -ไม่กิน simvastatin ในวันพระ เนื่องจากมีการถือศีลแปด ซึ่งต้องงดการกินอาหารหลังจาก 11.00 น. เป็นต้นไป -ลืมกินยาลดไขมันเป็นครั้งคราวเพราะอยู่กับรายการทีวีที่สนใจในช่วงเวลานั้น
ป้าอิน	12	7	HT,CKD	5	-ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง -ไม่กินยาบางมื้อเวลาที่ต้องไปธุระนอกบ้าน
ป้าผา	4	7.5	DLD, Dyspepsia	3	ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง - ไม่กินยา glibenclamide เนื่องจากเคยเกิดอาการข้างเคียงจากยา กินแล้วใจสั่น มือสั่น จะเป็นลม จึงหยุดยาเองและไม่ได้บอกหมอ
ป้าคำ	11	11	CKD, DLD	6	ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง -เลือกกินยาแค่ 2 ตัว คือ ยา aspirin กับ simvastatin เพราะว่ายานาเม็ดเล็ก และรู้สึกว่ายาที่ต้องกินตามหมอบอกทั้งหมดเยอะเกินไป - ไม่กินยา metformin และ calcium เพราะกินยาแล้ว มีอาการท้องอืด และอาเจียน เนื่องจากยาเม็ดใหญ่ กลัวว่ายานาเม็ดใหญ่จะไม่ย่อยในกระเพาะอาหาร
ป้าทม	7	9.7	HT,CKD, DLD	4	ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง -ลืมเวลากินยา โดยเฉพาะมื้อหลังอาหารเช้า ซึ่งหากลืมกินยาในมือนั้นแล้ว จะรอไปกินมื้อถัดไป
ป้าน้อ	10	12	HT,CKD, DLD	6	ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง -ลืมกินยา โดยเฉพาะยาก่อนอาหารเย็น (glipizide) และเมื่อลืมแล้วจะแล้วไปรอกินวันถัดไป - หยุดฉีดยาอินซูลิน เนื่องจากช่วงนี้เกิดอุบัติเหตุหน้าอกกระแทกมอเตอร์ไซด์ เกรงว่าจะทำให้กล้ามเนื้อที่ท้องอักเสบมากขึ้นและไม่หาย

ตารางที่ 1. ลักษณะพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (ต่อ)

ชื่อ สมมุติ	ระยะเวลาเป็น เบาหวาน (ปี)	ค่า HbA1C ปี 2560	โรคร่วม ¹	จำนวนรายการ ยาที่ได้รับ	ลักษณะความร่วมมือในการกินยา
ป้าสม	10	8.2	HT, DLD	6	ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง -ลดขนาดยา metformin จากที่แพทย์สั่ง 2 เม็ด เป็น 1 เม็ดหลังอาหารเช้า เนื่องจากกลัวจะเกิดโรคไตจากยา
ป้าสี	9	7	HT,CKD, DLD	7	ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง -ไม่กินยา calcium เพราะกินไปแล้วเกิดอาการแน่นหน้าอก หัวใจเต้นแรง
ป้าแดง	5	8.1	HT, DLD	6	ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง -ไม่กินยา amlodipine เนื่องจากเกิดอาการปวดศีรษะรุนแรง ไม่กินยา aspirin และยา simvastatin เพราะมีประสบการณ์ถ่ายเป็นเลือดนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลจังหวัด -กินแต่ยา glipizide เท่านั้น และกินผิดทำให้ยานี้หมดก่อนถึงวันนัดพบหมอครั้งต่อไป
ป้าทอง	16	10	HT,CKD, DLD	8	ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง - เพราะยาหมอให้กินมีจำนวนมาก และกินวันละหลายครั้ง เมื่อรู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่ายก็จะหยุดกินยาทุกตัว ซึ่งในแต่ละครั้งจะหยุดยานานต่อเนื่อง 1-2 วัน
ป้าอ้อ	7	9.52	HT	6	ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง - ผู้ป่วยเลือกกินยาลดความดันโลหิตสูงเพียง 1 ชนิด คือยา amlodipine โดยปฏิเสธกินยาตัวอื่นที่หมอให้ คือ ยา enalapril เพราะเชื่อว่าเพียงพอต่อการรักษาแล้ว
ป้าบรร	27	11.03	HT, DLD	5	ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง - ลดขนาดยา metformin จากวิธีกิน 1x3 เหลือ 1x2 โดยเลือกไม่กินยาในมื้อหลังอาหารเที่ยง เพราะรู้สึกว่าร่างกายปกติ จึงไม่กินยามื้อเที่ยง
ป้าไพโร	18	8.3	HT	2	ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง - ผู้ป่วยไม่กินยา metformin เลือกกินแต่ ยา glibenclamide เพราะเชื่อว่าเพียงพอต่อการรักษาแล้ว จึงไม่กินยา metformin

1: HT = โรคความดันโลหิตสูง, DLD = โรคไขมันในเลือดสูง, CKD = โรคไตเรื้อรัง, Dyspepsia = อาการปวดท้องโรคกระเพาะอาหาร

นอกจากนี้ยังพบว่า การกินยาจำนวนมากทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการกินยา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1 คน ตั้งใจหยุดยาเพราะรู้สึกเบื่อหน่ายที่ยาที่ต้องกินจำนวนมาก เนื่องจากป่วยเป็นเบาหวานมานานและต้องฟอกไต ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ได้รับยาในการรักษาทั้งสิ้น 8 รายการ ต้องกินยารวันละ 6 มื้อ ทำให้ท้อแท้ และรู้สึกว่า การกินยาไม่ทำให้อาการที่ป่วยดีขึ้น ดังที่กล่าวว่า

“เราบ่กินตลอด ก็มีตอนที่พัก...กินหลายมันเบื่อนะ...กินหลาย มันก็ช้าคือเก่า...ใจเราถ้ากินก็คือเก่า บ่กินก็เฮงขึ้น...หยุดบ่ปานดอก มือสองมือก็กลับไปกินคือเก่า” (ป้าเหรียญ, อายุ 55 ปี) (แปล “จะไม่กินยาตลอด ก็จะมีช่วงที่หยุดกิน...กินมานานมันก็เบื่อนะ...กินยาเยอะ อาการก็เท่าเดิม...คิดในใจว่าถ้าเรากินอาการก็เท่าเดิม ถ้าไม่กินอาการก็คงรุนแรงขึ้น...จะหยุดยาไม่นาน วันหรือสองวันก็จะกลับไปเริ่มกินเหมือนเดิม”)

2. แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (explanatory model) ที่แตกต่างกับบุคลากรทางการแพทย์: การอธิบายความเจ็บป่วยที่แตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน: จากการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคนไม่รู้จักรว่าโรคเบาหวานเป็นอย่างไร รู้ว่าเป็นแล้วไม่หายขาด และแพทย์แจ้งเพียงว่า วันนี้น้ำตาลในเลือดจะขึ้นหรือลง ดังผู้ให้ข้อมูลสำคัญรายหนึ่ง กล่าวว่า

“กะบ่จึกแหลว มีแต่ว่ามันเป็นเบาหวาน เผิ่นว่าเป็นเบาหวานกะซำนั้น จักมันเป็นอีหยัง บ่จึก...เผิ่นว่าให้กินยาอะกินไปน้ำซ้อจ จักหม่นหยัง จักมันเป็นจั่งได้” (ป้าผา, อายุ 68 ปี) (แปล “ก็ไม่รู้จักโรคนี้เหมือนกัน ได้ยินคนอื่นพูดว่าเป็นเบาหวาน หมอบอกว่าตนเองเป็นเบาหวาน ซึ่งก็รู้เพียงเท่านั้น ไม่เคยรู้จักว่าโรคนี้เป็นอย่างไร หมอให้กินยารักษา ก็กินไปตามหมอบอกเฉย ๆ ไม่รู้เหมือนกัน ไม่รู้ว่ามันเป็นโรคยังงี้”)

2.2 การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 11 คน ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดเบาหวานของตนเอง ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 คนทราบว่าเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากพันธุกรรม เนื่องจากคนในครอบครัว พี่น้อง ก็เป็นเบาหวานเช่นเดียวกับตน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอีก 2 คน รับรู้ว่าเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังโรคกรรม ซึ่ง

บอกไม่ได้ว่าจะเกิดโรคนี้กับใครได้บ้าง แต่ถ้าเป็นแล้วก็จะไม่มีทางรักษาหาย จึงถือว่าเป็นโรคที่เกิดมาจากกรรมกรรมดังผู้ให้ข้อมูลสำคัญรายหนึ่ง กล่าวว่า

“มันมาจากเฮา โรคของเฮามาหา เฮาจึงมาเป็นผู้อื่นบ่มี มันจั่งบ่เป็น...มันเป็นนำบุญนำกรรมเฮาต๊ะจ๊ะ จั่งเป็นจั่งซัน...บ่ดเฮาเป็น เฮาจั่งมีกรรม จั่งบ่เอาบ่ได้” (ป้าอิน, อายุ 85 ปี) (แปล “มันเป็นโรคของเราที่ถือเอามาด้วยตั้งแต่ชาติที่แล้ว เราถึงมาเป็น แต่คนอื่นไม่ได้ถือเอามา เขาถึงไม่เป็น...มันเป็นกับบุญกับกรรมของเรา มันถึงเป็นอย่างนั้น...พอเราเป็น เราถึงมีกรรม มันถึงรักษาให้หายไม่หาย”)

2.3 อาการแสดงของโรคเบาหวาน: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญรับรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรคเบาหวานแตกต่างกัน ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และกลุ่มที่มีอาการผิดปกติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มที่ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ 8 คนทราบว่าตนเองป่วยเป็นเบาหวานจากการคัดกรองโรคในหมู่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1 คนพบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานโดยบังเอิญจากการไปรับการรักษาด้วยโรคอื่น คือ ไปผ่าตัดมดลูกแล้วได้รับการตรวจเลือดด้วยแพทย์จึงวินิจฉัยว่าป่วยเป็นเบาหวานอีกโรคด้วย

กลุ่มที่มีอาการผิดปกติ 6 คน ที่เกิดอาการผิดปกติและไปพบแพทย์ และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน อาการผิดปกติเริ่มต้นของแต่ละคนมีความแตกต่างกันเล็กน้อย แต่โดยภาพรวมมีอาการได้แก่ อาการบัสสวะบอย หิวน้ำบอย เหนื่อยเพลีย และวิงเวียน ซึ่งทำให้ต้องไปพบแพทย์

2.4 ความรุนแรงของโรคเบาหวาน: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 5 คน รู้จักรว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการผิดปกติใด ๆ ตนสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ แต่ต้องกินยาไปตลอดชีวิต ส่วนผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 7 คน สังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเองในทุกวัน และเมื่อมีบางสิ่งบางอย่างที่ตนเองสงสัยว่าเป็นความผิดปกติ ก็จะไปพบแพทย์หรือตนเองในสิ่งที่คิดว่าจะทำให้อาการนั้นหายไป เช่น การลดอาหารหวานหรือกินยาตามแพทย์สั่งให้ครบทุกมื้อ ดังผู้ให้ข้อมูลสำคัญรายหนึ่ง กล่าวว่า

“ถ้าเยี้ยวเป็นฟอง รู้จักรว่าน้ำตาลลิซัน ถ้าเยี้ยวเป็นฟองไปตรวจน้ำตาลจะปกติ...ถ้าเยี้ยวเป็นฟองจะหยุดกินของหวาน กล้วย มะขาม หุงข้าวจ้าวกิน...ทำอยู่ 2 มื้อ...เฮาจะมาปรับอาหารงดหวาน และกินยายามมือเที่ยง สิ

เขา” (บัวบร, อายุ 55 ปี) (แปล “ ถ้าปัสสาวะออกมาแล้วมีฟอง แสดงว่าน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ถ้าปัสสาวะไม่มีฟอง เวลาไปตรวจน้ำตาลที่โรงพยาบาลจะปกติ...เวลาปัสสาวะแล้วเป็นฟอง จะหยุดกินของหวาน กล้วย มะขาม และหุงข้าวสววกิน...ทำอย่างนี้อยู่ 2 วัน...ป้าจะมาปรับเรื่องการกินอาหาร งดของหวาน และกินยาเบาหวานหลังอาหารเที่ยง ปัสสาวะเป็นฟองจะหายไป”)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกรายรู้ว่า อาการรุนแรงของโรคเบาหวาน คือ “อาการช็อก” ซึ่งหมายถึง ภาวะอันตรายที่คนเป็นจะวูบหมดสติ และต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที ไม่เช่นนั้นจะเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกรายกลัวเกิดการช็อก ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1 คน กล่าวว่า เคยเห็นผู้ป่วยเบาหวานคนอื่น ๆ ที่อยู่ในหมู่บ้านหมดสติและเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และเชื่อว่าคนที่ได้กินยาจะมีโอกาสช็อกน้อยกว่าคนที่ควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว ดังนี้

“คนแถวบ้านยังบ่ทันได้กินยา ค่ะเจ้าจะช็อกได้ เพราะเขามีรายการควบคุมอาหาร แต่อันนี้ได้กินยา ค่ะเจ้าสิช็อก ยายจืด ช็อก 2 เดือนยังบ่ทันกินยานี้ (ชี้คนข้างบ้าน) เลากะได้กินแล้วป็นี” (บัวพร, อายุ 50 ปี) (แปล “ คนแถวบ้านยังไม่ทันได้กินยา เขาก็ช็อก เพราะแค่ออยู่ในกลุ่มที่ต้องควบคุมอาหาร บ้าได้กินยา แต่คนอื่นเขาก็ช็อก ยายจืดนี่ช็อกไป 2 ครั้ง ตอนที่ยังไม่ทันได้กินยา(ชี้คนข้างบ้าน) แต่ป็นีหมอกก็ให้แกกินยาแล้ว”)

2.5 การรับรู้เกี่ยวกับยา

ก. การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของยาเบาหวาน: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเรียกชื่อยาตามการรับรู้ของตนเอง โดยเรียกยา glipizide และ glibenclamide ว่า ยาเบาหวานก่อนกินข้าว หรือยาเม็ดน้อยก่อนข้าว และเรียกยา metformin ว่า ยาเบาหวานหลังข้าวหรือยาเม็ดใหญ่ ส่วนยาฉีดอินซูลินจะเรียกสั้น ๆ ว่า ยาฉีด ส่วนยาอื่น ๆ จะเรียกตามเวลาการกินยา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เชื่อว่า ยาเบาหวานเม็ดใหญ่ เม็ดยาจะแข็งและละลายยาก กลัวจะติดอยู่กระเพาะอาหารและลำไส้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจึงเคี้ยวยาก่อนกลืน เพราะเชื่อว่า จะช่วยให้ยาละลายได้ดีขึ้น มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 6 คน เชื่อว่าการดื่มน้ำมาก ๆ จะช่วยให้ยาละลายได้ดีขึ้นและไม่ตกค้างที่ไต ส่วนยาเบาหวานเม็ดเล็กเชื่อว่า จะละลายในกระเพาะอาหารได้ง่ายกว่ายาเบาหวานเม็ดใหญ่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดเชื่อว่า การกินยาเม็ดจะสะสมในร่างกาย และ

ทำให้เกิดโรคไตได้มากที่สุด ส่วนยารูปแบบฉีด ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดเชื่อว่าไม่ตกค้างในกระเพาะอาหารและลำไส้ เพราะมีลักษณะเป็นน้ำ และเหมาะสำหรับผู้ที่เป็โรคไต คนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก หรือผู้ที่มีอาการรุนแรง

“ผู้มันตาย บักยัน หย่าได้บ๊ะ ข่อยเป็นไตเพราะ ข่อยอินยา เม็ดใหญ่บดได้ ข่อยกะอินยาเคี้ยว เฮากะเคี้ยวแล้ว มันก็บละลาย ข่อยกะหย่าเลยแหละ หย่าส่ายไปจั่งซั้นพอให้มันละ” (บัวอิน, อายุ 85 ปี) (แปล “ คนที่ตายไปแล้ว ไ้ยัย ข่อยยานะ ฉันเป็นโรคไตเพราะฉันกลืนยา เม็ดใหญ่ ขนาดไหน ฉันก็กลืนเขาวา เราก็แก่แล้ว มันก็ไม่ละลาย ยายก็เลยเคี้ยว เคี้ยวไปอย่างงั้นแหละพอให้ยามันละ”)

จากการศึกษายังพบว่า ถึงแม้ว่าในบางครั้งโรงพยาบาลที่ศึกษาจะจ่ายยาที่มีลักษณะเม็ดยาแตกต่างจากเดิม เนื่องจากมีการเปลี่ยนบริษัทผู้ผลิตยา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดไม่มีความรู้สึกแปลกแยกกับลักษณะกายภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง เพราะเมื่อกินยาก็ลักษณะแตกต่างกันนี้ ไม่เกิดความผิดปกติกับร่างกายแต่อย่างใด

ข. การรับรู้ประสิทธิภาพของยาเบาหวาน: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 16 คน มีการรับรู้ในทางเดียวกันว่า การกินยารักษาเบาหวานนั้น เป็นการรักษาให้พอทุเลา ประคองอาการไม่ให้ทรุดหนักกว่าเดิม แต่รักษาไม่หายขาด

“ไ้ย ถ้ามันดี ก็คือเก่านั้นละ มันบ่ดีดอก โรคอันนั้นะ กินยาไป พออันนี้ซ้อ” (บัวน้อ, อายุ 66 ปี) (แปล “ไ้ย ถ้าจะว่าอาการดีขึ้น ก็เหมือนเดิมนั้นแหละ โรคนี้ไม่มีอาการดีขึ้นหรอก กินยาไปแค่อได้กินไปเฉย ๆ ”)

นอกจากนี้ มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1 คน รับรู้ว่า ยาที่ได้รับจากแพทย์เป็นยาอ่อน เนื่องจากยาไม่สามารถลดระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติได้ ถึงแม้ว่าจะควบคุมอาหารแล้วก็ตาม

“ยาต้องแข็งแรงกว่านี้อีกอะ ให้มันลด ต้องเก่งกว่านี้ ยาต้องลดเบาหวานได้ดีกว่านี้ ยายว่ามันอ่อนเต็นี่วันนี้เพื่อน ๆ เขาว่า กินไม่กินก็ขึ้น ร้อยสี่สิบห้า อีกคนหนึ่งก็ร้อยเจ็ดสิบ วันนี้ร้อยเก้าสิบ” (บัวณี, อายุ 63 ปี)

จะเห็นได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของยาเบาหวาน เช่น ยาเม็ดใหญ่ละลายยาก ทำให้เกิดความกลัวอันตรายจากการรับประทานยา ประกอบกับรับรู้ว่า การกินยาเป็นประจำจะทำให้ยาสะสมในร่างกายเป็นอันตรายต่อไต ทำให้เกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการกินยาดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูลสำคัญรายหนึ่ง

“คิดว่าบออยากกินหลายปานได้ อยากผ่อนลงฮั่น
หนา ย่านไต่บ่ผู้นี้กะเว่วากินยาหลายไต่มนสิเสียสิพัง กะ
เลยกินยาผ่อนลง กินยุกะกินผ่อนลง... โดนี่ (metformin)
ตอนเช้า 2 เม็ด ตอนเย็นเม็ดเดียวกะเลยกินเม็ดเดียวตอน
เช้า ตอนเย็นกะกินเม็ดเดียวฮั่นหนา กะลดเม็ดเดียว ส่วนตัว
นี้ (glipizide) ไม่ลดแล้ว เหลือเม็ดเดียวทุก ๆ วัน” (ป้าสม,
61 ปี)

ค. การเกิดอาการผิวดกจากการกินยา หรือมี
ประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับยา: จากการศึกษพบว่า ผู้ให้
ข้อมูลสำคัญ 4 คน หยุดรับประทานยา เพราะเกิดอาการ
ผิวดกกับร่างกาย โดยอาการที่พบคือ อาการเหนื่อย ใจสั่น
จากการกินยา glibenclamide อาการหวิว แขนหน้าอก
แน่นท้อง

“...มันกะเฮากินเข้าพอได้ มันกะเมื่อยพร้อม มัน
เมื่อยกะเลยวายุดยานี้กะหน้า...” (ป้าอ้อ, อายุ 66 ปี) (แปล
“... ก็กินข้าวเราก็กินได้ แต่มันมีอาการเหนื่อยด้วย มัน
เหนื่อยก็เลยหยุดยาตัวนี้ดีกว่า...”)

“...เหมีด 3 แผล ได้มา 5 แผล ยัง 2 นี้วไปเทือน่า
สิสังคินเพิ่นยุ กินมันเป็นอื้อลื้อๆในท้อง...” (ป้าคำ, อายุ 65
ปี) (แปล “..กินยาหมดไป 3 แผลจากที่ได้มา 5 แผล เหลือ 2
แผลนี้ คิดว่าจะเอาไปคั้นหม้อ เพราะกินแล้วแน่นในท้อง...”)

นอกจากนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 1 คน
ตัดสินใจหยุดฉีดยาเบาหวาน เนื่องจากเกิดอุบัติเหตุหน้าอก
กระแทก จึงเลือกที่จะใช้ยารักษาโรคที่กำลังแสดงอาการ
ผิวดกก่อน และเลือกหยุดฉีดยาเบาหวานเพราะกลัวว่า
การฉีดยาจะกระตุ้นการอักเสบของกล้ามเนื้อที่หน้าอก และ
เลือกวิธีกินยาเบาหวานเพียงอย่างเดียวจนกว่าร่างกายจะ
หายจากโรคนั้น

ง. การรับรู้เกี่ยวกับสมุนไพร: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
สำคัญ 5 คน มีการแสวงหาสมุนไพรมาใช้ควบคู่กับการใช้
ยาแผนปัจจุบัน เพราะเชื่อว่าช่วยให้ยาแผนปัจจุบันออก
ฤทธิ์ได้ดีขึ้น และเชื่อว่าสมุนไพรนั้นมาจากธรรมชาติไม่เป็น
อันตราย ซึ่งเป็นอิทธิพลของคณาจารย์ที่มีประสบการณ์ใน
การใช้สมุนไพรและนำมาบอกต่อ สมุนไพรที่มีเลือกใช้เป็น
สมุนไพรสดหรือตากแห้ง ไม่ใช่สมุนไพรแปรรูปหรือสกัด
เป็นขวด โดยจะนำไปหรือรากไปต้มกับน้ำร้อน ต้มวันละ 1-
2 แก้ว ผู้ให้ข้อมูลทดลองกินสมุนไพรและเปรียบเทียบกับ
อาการของตนเองในการพบแพทย์ครั้งก่อนกับครั้งถัดไป ถ้า
ดีขึ้นจะใช้ต่อ ถ้าไม่ดีขึ้นจะหยุดใช้ยา และแสวงหาสมุนไพร
ตัวอื่นมาทดลองใช้ต่อไป

“กินให้มันดีขึ้นฮั่นน้ำ ให้มันลดฮั่นน้ำ เบาหวาน ให้
มันปกติ บ่ให้มันขึ้น บ่ให้มันลงฮั่นน้ำ มันขึ้นหลายกะบ่ดี ลง
หลายกะบ่ดี ให้มันคงเป็นจิงซัน ให้หายขาดสะบ่หาย” (ป้า
อิน, 85 ปี) (“กินให้โรคมันดีขึ้น ให้มันลดระดับน้ำตาลใน
เลือด ให้เบาหวานมันปกติ ไม่ให้มันขึ้น ไม่ให้มันลง มันขึ้น
เยอะเกินไปก็ไม่ได้ ลงมากเกินไปก็ไม่ได้ ให้ระดับน้ำตาลใน
เลือดคงที่อย่างนั้น ให้หายขาดก็คงไม่หาย” (แปล)

“...เพราะมันเกิดกับธรรมชาติ เกิดตามป่า ตามโคก
ยาสมุนไพรป่าดอก...” (ป้าอี, อายุ 76 ปี) (“...เพราะ
สมุนไพรมันมีอยู่ในธรรมชาติ ในป่า ตามภูสูง สมุนไพรไม่
เป็นอันตรายหรอก” (แปล)”)

3. การติดเชื้อหรือลิ่ม: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนหยุด
ยาเป็นครั้งคราวเมื่อติดเชื้อสำคัญทำให้ไม่ได้กินยา
นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนลืมนกินยา
โดยเฉพาะยาก่อนอาหาร

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ (13 จาก 16 คน) ไม่
ร่วมมือในกินยาตามแพทย์สั่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ
อังกูร ภาวะสุทธิไพศิษฐ์ และคณะ (12) ที่พบว่า ร้อยละ
81.25 ของผู้ป่วยไม่ร่วมมือในกินยาตามแพทย์ มีเหตุผล
หลายประการที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญไม่กินยาตามที่แพทย์
สั่ง ได้แก่ จำนวนรายการยา และวิธีการกินยาที่สับสนซับซ้อน
เกินไป แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยที่แตกต่างกับ
บุคลากรทางการแพทย์ การเกิดอาการผิวดกจากการกินยา
หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยาที่ไม่ดี การรับรู้เกี่ยวกับ
สมุนไพร และการติดเชื้อหรือลิ่ม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมี
แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยโรคเบาหวานของ
ตนเองซึ่งแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ แบบจำลองที่
พบในงานวิจัยนี้ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิด
โรค อาการของโรค ความรุนแรงของโรค และการรักษา
โรคเบาหวาน ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญไม่สามารถอธิบายรายละเอียด
เกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพการเกิดโรคเบาหวานได้เหมือน
บุคลากรทางการแพทย์ แต่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทราบว่า โรคนี้
ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและลดต่ำ และรู้ว่าเป็นแล้วไม่
หายขาด ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้ได้จากคณาจารย์ที่ป่วย
เป็นเบาหวานและการรับรู้จากแพทย์ผู้ให้การรักษา และรู้ว่า
ระดับน้ำตาลในเลือดคือสิ่งที่แพทย์ให้ความสำคัญใน

ประเมินอาการ ดังนั้นเมื่อไปตรวจที่โรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจะจดจำระดับน้ำตาลในขณะที่แพทย์บอก ประกอบกับการพิจารณาอาการของตนเองในขณะนั้นว่าเป็นอย่างไร และนำเอาประสบการณ์นี้ไปเป็นเกณฑ์ในการเฝ้าระวังความผิดปกติของโรค เช่น ถ้าปัสสาวะออกมาแล้วมีฟอง แสดงว่าน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ถ้าปัสสาวะไม่มีฟองเวลาไปตรวจน้ำตาลที่โรงพยาบาลจะปกติ เวลาปัสสาวะเป็นฟองจะหยุดกินของหวาน กล้วย มะขาม ข้าวเหนียว ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ พัฒนรังสรรค์ (13) ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีการประเมินตนเองเช่นกัน เพียงแต่วิธีการนั้นจะแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์

ในประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนหนึ่งมีการรับรู้ในทิศทางเดียวกับบุคลากรทางแพทย์ว่า อาการปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย น้ำหนักลด คืออาการของโรคเบาหวาน จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ทราบว่าเป็นเบาหวานจากการตรวจคัดกรองของเจ้าหน้าที่ และได้เข้าสู่กระบวนการรักษา แสดงให้เห็นว่าการมีระบบการตรวจคัดกรองมีความสำคัญที่จะช่วยค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรกตั้งแต่ยังไม่มีอาการของโรค หากไม่มีระบบตรวจคัดกรอง อาจทำให้พบผู้ป่วยในระยะที่รุนแรงกว่าจะมาพบแพทย์ และอาจจะสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้นได้ สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญรับรู้ว่าเป็นเบาหวานจากการตรวจคัดกรองของเจ้าหน้าที่ และได้เข้าสู่กระบวนการรักษา แสดงให้เห็นว่าการมีระบบการตรวจคัดกรองมีความสำคัญที่จะช่วยค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรกตั้งแต่ยังไม่มีอาการของโรค หากไม่มีระบบตรวจคัดกรอง อาจทำให้พบผู้ป่วยในระยะที่รุนแรงกว่าจะมาพบแพทย์ และอาจจะสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้นได้ สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญรับรู้ว่าเป็นเบาหวานจากการตรวจคัดกรองของเจ้าหน้าที่ และได้เข้าสู่กระบวนการรักษา แสดงให้เห็นว่าการมีระบบการตรวจคัดกรองมีความสำคัญที่จะช่วยค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรกตั้งแต่ยังไม่มีอาการของโรค หากไม่มีระบบตรวจคัดกรอง อาจทำให้พบผู้ป่วยในระยะที่รุนแรงกว่าจะมาพบแพทย์ และอาจจะสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้นได้

สำหรับการรับรู้แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทราบว่าการรักษาด้วยยาไม่ได้ทำให้อาการดีขึ้น เป็นเพียงการประคองตัวไปเท่านั้น เมื่อมีการรับรู้เช่นนี้ จึงมีการแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่น คือ การใช้สมุนไพร เมื่อทดลองใช้แล้ว หากแพทย์ที่ตรวจรักษาตามนัดไม่ได้เพิ่มยาในการรักษาให้ ผู้ให้ข้อมูลดีคิดว่า สมุนไพรช่วยลดน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจึงเลือกใช้สมุนไพรต่อไป ถึงแม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ปฏิเสธการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานก็ตาม ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการแสวงหาการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยของสมใจ ผ่านภูวงษ์ (15) นอกจากนี้ความเชื่อเกี่ยวกับยาว่าเป็นสารเคมี จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลัวอันตรายจากการกินยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงลักษณะกายภาพของยาเม็ดว่า เม็ดแข็งละลายยากและจะสะสมในร่างกายและตกค้างที่ไต สอดคล้องกับการศึกษาของธนพงศ์ ภูผาลี (16) ความเชื่อนี้ส่งผลต่อการพฤติกรรมการหยุดยาหรือปรับลดขนาดยาและไม่กินยาตามแพทย์สั่ง

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีชุดความรู้ที่หล่อหลอมจากความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในการรักษาที่ผ่านมา นำไปสู่การประเมินและตัดสินใจตลอดจนทำให้เกิดพฤติกรรมการไม่ร่วมมือในการกินยาตามแพทย์สั่ง สอดคล้องกับการศึกษาของธัญลักษณ์ สติรเสถียร (17) และ นพวรรณ อัครวัฒน์ (18) เหตุผลที่ใช้ประเมินอาการและการตัดสินใจใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับที่พบในการศึกษาของอังกร ภาวะสุทธิไพศิษฐ์ และคณะ (12) ความแตกต่างดังกล่าวเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรทบทวนทำความเข้าใจ เพื่อหาวิธีสร้างแนวทางเพิ่มความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยต่อไป

การรับรู้เกี่ยวกับยาและความกลัวว่าจะเป็นโรคไต หากกินยาต่อเนื่อง เป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการกินยา ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่ควรศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการทำความเข้าใจ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ผู้เกี่ยวข้องทุกรายที่ผู้วิจัยขอข้อมูลเพิ่มเติม ตลอดจนคณาจารย์ในคณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำชี้แนะจนทำให้การวิจัยสำเร็จ
ลุล่วงไปได้ด้วยดี งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. Sthapornnanon N. Medication non adherence. Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences 2012; 7:1-18.
2. Chabanthom R. Effect of depression on medication adherence and glycemic control in patients with type 2 diabetes [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.
3. Raksapakdee O. The development of assessment tool for medication adherence in older persons with polypharmacy in Kae Dam Hospital Maha Sara kham [master thesis]. Khon Kaen : Khon Kaen University; 2013.
4. Chaisri K, Na Ayuthya S, Puwarawuttipanit W, Peerapatdit T, Factors predicting medication use behaviors of type 2 diabetic patients. J Nurs Sci 2013; 31: 67-75.
5. Supachaipanichpong P, Vatanasomboon P, Tansakul S, Chumchuen P. knowledge and beliefs in medication use among diabetic patients with medication non-adherence. Veridian E- Journal Science and Technology Silpakorn University. 2014; 1:1-12.
6. Puengdokmai P, Charoenkitkarn V, Pinyopasakul W, Sriprasong S, Dumavibhat C. Factors influencing medication adherence in hypertensive patients without complications. Princess of Naradhiwas University Journal. 2016; 8: 16-26.
7. Leungsomnapa Y, Promproh S, Leungsomnapa S, Sourthao Y. Influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2013; 30: 146-157.
8. Srisuwan N. Health behaviors for prediction blood glucose level of diabetic patients admitted at Samutprakarn hospital [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.
9. Kleiman A. Patient and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. London: University of California; 1980.
10. Maimon P. The explanatory model of asthma in perspective of patients and health care providers [master thesis]. Khon Kaen : Khon Kaen University; 2010.
11. Chantaphasa K. Analysis of explanatory models and therapeutic choices under patient-provider power relation context [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
12. Pavasudthipaisit A, Awiphan R, Niwatananan K, Taesothikul W, Achanannubhap S, Chansrisuriya wong A, et al. An integration of the explanatory model for caring diabetic patients by clinical pharmacist. Thai Journal of Hospital Pharmacy 2009; 19:28-42.
13. Pattanarungson S. Explanatory model for “Bao-whan” in the viewpoint of diabetic patients in Lamphun Hospital. [independent study]. Chiang Mai : Chiang Mai University; 2011.
14. Chaichanaruangrueng W. Symptom experiences, Symptom management strategies and symptom outcome of blood glucose level changes perceived by person with diabetes mellitus. [master thesis]. Khon Kaen : Khon Kaen University; 2003.
15. Phanphuwong S .Dietary supplement consumption behavior of diabetes mellitus patient in tambon Warit Cha-Phum, Warit Cha-Phum district, Sakon Nakhon province [master thesis]. Khon Kaen : Khon Kaen University; 2014.
16. Poophalee T, Koonsawat C, Phuradchaphon T, Srisaknok T. Explanations and handling of unused medicines in patients with type 2 diabetes and hypertension: a case of a community at Ubon Ratchathani. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2018; 10: 4-13.

17. Satirasatian T. Effectiveness of Individual counseling on medical compliance among diabetic patients in Kaeng Khoi hospital. [master thesis]. Nakhonphathom : Silpakorn University; 2002.
18. Asawarat N. Patterns of drug behaviors of diabetes mellitus patients. [master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1993.