

บทความวิจัย

**ความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่:
ประสบการณ์ของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและมุมมอง
ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางสุขภาพ***

**Health Literacy in Diabetic Adult: Experience of
Diabetic Patient and Perspective on Health Literacy**

อารยา เชียงทอง (Araya Chiangkhong)**

พัชรี ดวงจันทร์ (Patcharee Duangchan)***

อังศินันท์ อินทรกำแหง (Ungsinun Intarakamhang)****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประสบการณ์และมุมมองของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 วัยผู้ใหญ่ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 5 ปี อายุระหว่าง 21 ปี – 59 ปี จำนวน 17 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย ส่วนที่ 1 ประสบการณ์ และมุมมองของการเป็นผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าประสบการณ์ทางลบที่รุนแรงที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และเป็นประสบการณ์ตรงมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การสูญเสียอวัยวะ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ครอบครัวเดือดร้อน และ ต้องสูญเสียชีวิตที่กำลังรุ่งเรืองของตนเอง ส่วนมุมมองของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าผู้ป่วยมีมุมมอง 3 ประเด็นคือ ประเด็นที่ 1 โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่รุนแรง ประเด็นที่ 2 โรคเบาหวานทำให้ชีวิตยุ่งยาก และประเด็นที่ 3 กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถ

*วิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของปริญญาโทหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

** นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

****รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้จะมีมุมมองว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต้องเกิดจากการพึ่งพาตนเอง

ส่วนที่ 2 มุมมองที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่ โดยพบข้อมูลที่อธิบายมุมมองมุมมองที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ ใน 2 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 มุมมองในการรับข้อมูลและการนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเองในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น ผู้ป่วยมีมุมมองว่าการนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลตนเอง ต้องผ่านการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเสียก่อน ตรงข้ามกับกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีมุมมองว่าข้อมูลสุขภาพจากคนที่เคยใช้แล้วเล่าว่าได้ผลดี หรือเป็นข้อมูลบุคคลที่มีชื่อเสียงสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพได้โดยไม่ต้องตรวจสอบ ทั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความเกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยเช่นกัน โดยผู้ป่วยที่มีความรู้ในการดูแลตนเองก็จะทำให้มีการคิดวิเคราะห์เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพเหล่านั้นก่อนนำมาใช้ในการปฏิบัติ ประเด็นที่ 2 การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่า 1) ต้องใช้เวลาในหึ่งตรวจอย่างคุ้มค่า 2) แพทย์มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีหน้าที่ดูแลตนเอง 3) การสื่อสารที่เป็นกันเองและไม่เร่งรีบทำให้กล้าพูดกล้าถาม สำหรับการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่า แพทย์เป็นผู้ที่มีระดับชั้นทางสังคมที่สูงกว่า และแพทย์เป็นบุคคลที่ต้องเกรงใจและน่ากลัว โดยลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์แบบลำดับชั้น จากมุมมองดังกล่าว ส่งผลต่อรูปแบบการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ คือสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยการปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ อันจะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: เบาหวานวัยผู้ใหญ่, ประสบการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน, ความรอบรู้ทางสุขภาพ

Abstract

This qualitative research aimed to study the learning process of self-management and perspective related to health literacy in adult diabetic patients. The population consisted of 17 adults who were diagnosed with type 2 diabetes Mellitus for at least 5 years, aged between 21 and 60. Data was collected through in-depth interviews using semi-structured questionnaires and group discussion. All data was analyzed by using thematic analysis method.

Major research findings indicated the following: Adult diabetic patients in terms of experiences and perspectives of being diabetic showed that severe negative experiences caused by diabetes mellitus related complications significantly impacts that led to changes in patient behaviors such as amputation, physical disability, Family trouble and unemployment. It also showed that patients' perspectives on diabetes mellitus could be divided into three primary ideas which were as follows: 1) Diabetes mellitus was not a serious disease. 2) Diabetes had mellitus made life difficult. 3) Diabetic patients who were able to control their blood sugar levels believed that the success of glycemic control relied on patients' sense of self-reliance and efficacy.

In regard to perspectives towards health literacy in adult diabetic patients, the research found that (1) Patients who could control their blood sugar levels believed that the ideal information obtained and used for diabetes self-care must be analyzed and evaluated before usage on the other hand, patients who couldn't do the same thing believed the health information from product reviews of well-known people must be effective and good for health without examination. It also suggested that the extent of patients' knowledge on diabetes also affected their decision-making regarding information analysis. If the patients had more knowledge about diabetes self-care, they would tend to assess information based on its credibility prior to practical uses. (2) In regard to communication among medication providers and the controlled patients, the patients thought.

1) They badly needed intensive care from doctors.

2) The doctors supposed to give advice to patients, and the patients must follow the advice for their own good health.

3) The effective communication with good relationship from the medication providers made patients feel free to ask questions. On the contrary, the uncontrolled patients felt doctors were very difficult to talk with because of the hierarchical relationship; the doctor's status seemed higher than the patients'. Patients perceived that, in hierarchical relationship, doctor had higher status than them. As doctors were respectful and formidable, this perception influenced. This perception influenced how information was communicated and transferred between medical providers and patients.

Suggestions for the implementation from research findings can be used as guidance for developing health literacy among chronically ill patients by changing their perspective which resulted in the sustainable development of health behavior.

Keywords: adult diabetic, experience of diabetic, health literacy

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 108 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 422 ล้านคน และยังพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 1 ใน 11 คน โรคเบาหวานเป็นโรคในกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตประจำวัน ซึ่งแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 - 2563 (Thailand lifestyle healthy strategic plan 2011-2020) ให้ความสำคัญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นการลดปัญหาโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค ซึ่งโรคเบาหวาน

เป็น 1 ใน 5 โรคดังกล่าว การป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาล ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการป่วย ซึ่งหมายถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ตั้งแต่วัยผู้ใหญ่เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดำรงชีวิตให้เหมาะสม และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ทั้งนี้แนวทางพื้นฐานที่สำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาล การจัดการความเครียด รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ (Warnecke et al., 2008) ซึ่งสะท้อนถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่แบบแผนในการดำเนินชีวิต และการจัดการกับอาการ

ในแต่ละขั้นตอนของโรคซึ่งจะส่งผลให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เนื่องจากสามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนได้ (Koenigsberg, Bartlett, & Cramer, 2004) เป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว สอดคล้องแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (transformative learning) ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางเนื่องจากเป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับบริบทสภาพแวดล้อม และการดูแลสุขภาพของบุคคล โดยช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการจัดการตนเอง ที่เป็นสิ่งสำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเน้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และการตัดสินใจในการรักษามากขึ้น (Rager, 2003) ซึ่งกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้วยการปรับเปลี่ยนมโนทัศน์โดยผลจากกระบวนการเรียนรู้นี้จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาทักษะการคิดด้วยตนเอง หลังจากเกิดการเรียนรู้แล้วบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Mezerow, 2003) ทั้งนี้องค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎีการเรียนรู้ดังกล่าวจะประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ของบุคคล (centrality of experience) 2) การมองย้อนอดีตอย่างวิพากษ์วิจารณ์ (critical reflection) และ 3) การเสวนาและอธิบายด้วยเหตุผล (rational critical discourse) โดยการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (transformative learning) จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีการปรับเปลี่ยนมุมมองหรือมโนทัศน์ (perspective) ผ่านการวิพากษ์วิเคราะห์ประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อหรือ

สมมุติฐานและมุมมองต่อสิ่งรอบตัวในแง่มุมมองใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม

มีรายงานวิจัยมากมายที่สนับสนุนว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Baker et al., 2002; Institute of Medicine Committee, 2004; Schillinger et al., 2002) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กับความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยควบคุมตัวแปรคุณลักษณะประชากร ผลการศึกษาหลังปรับอิทธิพลของตัวแปรลักษณะประชากร สถานทางเศรษฐกิจและสังคม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม จำนวนปีที่เป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสม HbA1C พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอ จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ 2.03 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ adjusted OR, 2.03; 95% CI, 1.11-3.73 นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็น 2.33 เท่า adjusted OR, 2.33; 95% CI, 1.19-4.57 และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (cerebral vascular disease) เป็น 2.71 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอ adjusted OR, 2.71; 95% CI, 1.06-6.97 (Schillinger et al., 2002) จากผลงานวิจัยเหล่านี้แสดง

ให้เห็นว่าความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลอันส่งผลให้ผู้ป่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ความแตกต่างของระดับความรอบรู้ทางสุขภาพมีสาเหตุจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้และ การเลือกบริการด้านสุขภาพ ที่ถูกต้อง (DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr, & Pignone, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ อิชิกาวา และคณะ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อธิบายว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ (communicative and critical health literacy) จะทำให้เกิดผลกระทบเชิงบวกต่อผลลัพธ์สุขภาพต่อผู้ป่วยในระยะยาว (Ishikawa et al. , 2008) ดังนั้น การพัฒนา ความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลให้ไปสู่ระดับ ปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณ จึงเป็นการพัฒนา ให้บุคคลมีพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น อันเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นวัยผู้ใหญ่ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ณ กรุงไนโรบีประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลก จึงได้สนับสนุนให้ประเทศสมาชิก หมายรวมถึง ประเทศไทยให้มุ่งพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ

ซึ่งองค์การอนามัยโลกอธิบายว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญา (cognitive skill) และ ทักษะทางสังคม (social skill) ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อย่างเสมอ (World Health Organization, 2009) ทั้งนี้ ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000; 2008) ได้ขยายความ และอธิบาย ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาที่ประกอบไปด้วยความรู้ ความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ ทักษะทางสังคมที่ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินข้อมูล และสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์และมุมมองเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นบริบทที่สำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยกระบวนการเรียนรู้สำคัญเพื่อการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนของการสร้างประสบการณ์ทางอารมณ์เชิงลบเพื่อให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับวิกฤติการณ์ เพื่อทำความเข้าใจกับการตั้งสมมติฐานเดิมของตนด้วยการสร้างสภาวะความไม่แน่ใจ (disorienting dilemma) และนำไปสู่การตีความประสบการณ์เพื่อทบทวนมุมมอง (perspective) ที่บุคคลยึดถือในบริบทหรือสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ซึ่งขั้นตอนการเรียนรู้ดังกล่าวเป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างมากของการเรียนรู้เนื่องจากส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมและตื่นตัวในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์และมุมมองของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษามุมมองที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษารายกรณี (case study) เป็นวิธีการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยได้พิจารณาตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งมีคุณลักษณะที่สำคัญตามประชากร โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 วัยผู้ใหญ่ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 5 ปี เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์การดูแลตนเอง การได้รับการรักษา และการแทรกซ้อนของโรค มีอายุระหว่าง 21-59 ปี จำนวน 17 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 2 คน และ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 15 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ทั้งนี้ในส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเลือกกรณีศึกษาโดยใช้วิธี instrumental cases เนื่องจากการเลือกตัวอย่างที่ทำการศึกษานั้นเป็นตัวแทนของกรณี (ชาย โพธิ์สิตา, 2554)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

- 1) นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity)

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

- 2) นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

- 3) นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่จำนวน 1 ราย เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาทักษะในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกของผู้วิจัย แล้วปรับแนวคำถามให้เหมาะสมก่อนที่จะไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่การสร้างความสัมพันธ์ (rapport) โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความประทับใจ ไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลตามที่ผู้วิจัยต้องการ หลังจากนั้นทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยการระดมกล่อมเกล่า (probe) เพื่อเอารายละเอียดเชิงลึกสำหรับทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) แบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview)

ทั้งนี้หลังจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆ และนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลหลักอีกครั้งเพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้อง

หรือความเชื่อมั่นของข้อมูล (reliability) ว่าข้อมูลตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลตอบมาหรือไม่

การจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) เมื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำเสียงที่บันทึกไว้มาถอดเทปตามคำพูดอย่างละเอียดแบบคำต่อคำ (transcription of data) โดยการบันทึกออกมาเป็นเอกสาร อันเป็นประโยชน์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยใช้การสังเกตทำการบันทึกข้อมูลอย่างละเอียดในทุกแง่มุมเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาทุกๆ ด้าน

2) หลักจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาประมวลรวบรวมเป็นหมวดหมู่ และนำมาจัดระบบระเบียบเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิด พร้อมให้ได้ข้อมูลเพื่อนำมาอธิบายกระบวนการเรียนรู้เพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ และทำความเข้าใจกับมุมมองที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่เพื่อนำไปใช้สร้างโปรแกรมในส่วนผลการวิจัยเชิงปริมาณ

3) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบและศึกษาวิเคราะห์ตามขอบเขตด้านเนื้อหาที่กำหนดเพื่อนำไปสู่การตีความ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

1) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล จากแหล่งผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก และ พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุข 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยร่วมสังเกตขณะผู้วิจัยสัมภาษณ์ และ 3) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีสังเกตควบคู่ไปกับการซักถาม

2) มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลซึ่งผู้วิจัยใช้การสอบทานข้อมูล โดยให้ผู้ให้ข้อมูล (key informant) เป็นผู้ตรวจสอบ (members check) ข้อมูลหลังการเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ว่าถูกต้องตามที่ผู้ให้ข้อมูลตอบมาหรือไม่ หากไม่ตรงหรือมีความบิดเบือนจากคำตอบผู้วิจัยจะปรับแก้ข้อมูลให้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC-032/59E เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2559 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงจริยธรรม และหลักจรรยาบรรณในการทำวิจัยรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง

โดยมีหลักการคือการเคารพสิทธิของผู้ เข้าร่วมวิจัยการรักษาความลับความยุติธรรม ความซื่อสัตย์ และความประพฤติดี ดังนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจ ด้วยตนเองว่าจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ โดยมีได้มีการบังคับ ชูเชิญหรือหลอกลวงใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การเรียนรู้เพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาในส่วนนี้ ผู้วิจัยมุ่งทำความเข้าใจในการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภทที่สองใน 2 ประเด็น คือ ประสบการณ์ของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน (centrality of experience) และมุมมองของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน (perspective) ผู้วิจัยนำเสนอคำพูดของผู้ป่วยด้วย Thai SarabunPSK Italic ดังนี้

1) ประสบการณ์ของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้วิจัยนำเสนอโดยแยกประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้

ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

ผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวใน 4 ประสบการณ์ คือ 1) การสูญเสียอวัยวะ 2) ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง 3) ครอบครัวเดือดร้อน และ 4) ต้องสูญเสียชีวิตที่กำลังรุ่งเรืองของตนเอง

รายชื่อ 1 ผู้ให้ข้อมูลสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เป็นเวลา 2 ปี ผู้ป่วยเคยมีภาวะแขนขาอ่อนแรงจากการความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเหตุการณ์นั้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จากการสูญเสียอวัยวะ ต้องลาออกจากงาน บุตรภรรยาเดือดร้อน ต้องสูญเสียชีวิตที่กำลังรุ่งเรืองของตนเอง คำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมเป็นเยอะ ขาไม่มีแรง เดินไม่ได้ เพราะไม่คุมอาหาร สูบบุหรี่ กินเปียร์ไม่หยุด สุดท้ายพอเป็นแบบนี้ ที่จะได้ไปประจำที่ญี่ปุ่นก็ต้องล้มเลิก สุดท้ายต้องออกจากงาน สุดท้ายชีวิตที่กำลังรุ่งเรืองของผมนั้นหายไป เพราะเป็นแบบนี้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ลูก เมียเดือดร้อน”

รายชื่อ 2 ผู้ให้ข้อมูลเป็นแม่บ้านสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่า 1 ปี มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยในบ้าน และรับส่งลูกไปโรงเรียน ซึ่งประสบการณ์ตรงที่รุนแรงของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตอนมันขึ้นหนักๆ ทั้งเวียนหัวบ้านหมุน คลื่นไส้อาเจียน ทำอะไรไม่ได้ ต้องเลิกหมดนี้ขนาดไม่เป็นเท่าพ่อนะ ตอนนั้นพ่อล้างไตเลย ก็กลัว แต่สักพักก็ลืม พอมาเจอกับตัวเอง ก็ต้องล้างไต ตัดขาเพราะเป็นแผลเยอะมาก ลูกก็ไม่มีใครไปส่ง แคมต้องมาดูแลแม่ เดือดร้อนกันทั้งบ้านเลย เช็ดมาก พยายามคุม แต่ก็ต้องอดทนมากๆ คิดอย่างเดียวเป็นอะไรไปลูกจะทำไง”

ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

เป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เคยได้รับข้อมูลจากผู้อื่นถึงความรุนแรงเกี่ยวกับ

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้เกิดความสูญเสียต่อตนเองและครอบครัวอย่างรุนแรง ดังนี้

“เคยมีอาการเวียนหัว บ้านหมุน เราเป็นก็พักแป๊บนึงดีขึ้น แต่ก็พยายามคุมน้ำตาลนะมันก็ขึ้นๆ ลงๆ นี่ละ กลัวว่าจะมีอาการรุนแรงมากขึ้นอาการรุนแรงก็พวกอัมพาต ตัดขา ตาบอดพวกนี้”

“รู้ว่ากินน้ำอัดลมมันไม่ดี กินแล้วก็จะเหมือนพ่อ แต่มันอดไม่ได้ หยุดกินแล้วโยย”

“คุณได้แค่แรกๆ พอเจาะเลือดแล้วมันสูง ก็คุมได้พักหนึ่ง พอเริ่มอยู่ตัวก็คุมไม่ได้อีกแล้ว” ...อยู่ตัวก็หมายถึง มันลื้มๆ นานเข้า ก็ทำแบบเดิม ลืมคิดเรื่องตาบอด ไตวายพวกนั้น”

จากตัวอย่างข้อมูลดังกล่าว สรุปได้ว่า ประสพการณ์ตรงที่ส่งผลทางลบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ 1) การสูญเสียอวัยวะ 2) ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง 3) ครอบครัวเดือดร้อน และ 4) ต้องสูญเสียชีวิตที่กำลังรุ่งเรืองของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำประสพการณ์ทางลบในแง่ผลกระทบจากการเป็นโรคเบาหวาน เช่น ความพิการ อาการของโรค หรือผลกระทบที่เกิดกับครอบครัวของผู้ป่วย มาสร้างเป็นบทเรียนเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ต่อไป

2) มุมมองของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองเรื่องโรคเบาหวานเป็นไปตามประสพการณ์ที่ตนเองได้รับ ได้แก่ การบอกเล่าจากผู้อื่น บุคลากรทางการแพทย์และ

จากคำบอกเล่าต่อกันมา จากการศึกษามุมมองของการเป็นผู้ป่วยเบาหวานทั้งสอง กลุ่มนั้น มีความสอดคล้อง 2 ประเด็นคือ โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่รุนแรง โรคเบาหวานทำให้ชีวิตยุ่งยาก ดังตัวอย่างข้อความดังนี้

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่รุนแรง

“เบาหวานไม่ใช่มะเร็งที่เป็นแล้วส่วนมากก็ไม่รอด หรือโรคเอดส์ที่สังคมรังเกียจเป็นเบาหวานก็กินยาให้ครบ มันไม่ต้องตายทันที”

“การเป็นคนไข้เบาหวานไม่ใช่เรื่องน่ากลัวนะ เราก็พยายามไม่ทานอาหารที่หวานมากๆ กินยาเป็นประจำ ก็อยู่กับมันได้”

โรคเบาหวานทำให้ชีวิตยุ่งยาก

“เพื่อตรงที่การเป็นโรคนี้ต้องระวังทุกอย่างในชีวิต กินอะไรก็ได้ กินมากกินน้อยก็ไม่ว่าจะทำตัวยังไง”

“เบาหวานสำหรับพี่มันคือการคุมระดับน้ำตาลเพื่อให้เราไม่เกิดโรคแทรกซ้อน ถ้าน้ำตาลไม่สูง เบาหวานก็จะไม่น่ากลัว แต่การควบคุมอาหารมันคือความยุ่งยาก มันไม่ใช่ความปกติของชีวิต ต้องอยู่แบบอดๆ อยากรๆ”

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลของทั้งสองกลุ่มที่มีข้อขัดแย้งเกี่ยวกับมุมมองในการควบคุมระดับน้ำตาล ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น มีมุมมองว่าการควบคุมระดับน้ำตาลต้องพึ่งพาตนเอง การควบคุมด้วยยาเป็นเพียงส่วนหนึ่งแต่การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายนั้นเป็นเรื่องสำคัญเช่นกัน ดังตัวอย่างข้อมูล

“หมอบอกว่าการใช้นานๆ จะทำให้

ร่างกายดีอย่า ถ้าเราใช้ยาปริมาณที่สูง ต่อไปยา ก็จะควบคุมไม่ได้ เพราะฉะนั้นการที่เราจะต้องใส่ใจกับการคุมอาหาร ออกกำลังกายมันถึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากๆพอกับการกินยาเลย”

“เมื่อก่อนผมเคยพึ่งพาแต่ยา ให้หมอช่วยปรับยา พอเป็นหนักถึงขั้นเกือบตาย ผมก็เข้าใจแล้วว่า เราจะต้องรับผิดชอบตัวเองไม่ควรปล่อย ให้หมอเหนื่อยคนเดียว เพราะร่างกายเป็นของเรา เราต้องดูแลเอง.....การเลือกกินมันยุ่งยาก การออกกำลังกายมันก็เหนื่อย แต่เราก็ต้องทำ เพื่อสุขภาพของเราเอง”

ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้นั้น มีมุมมองว่าการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญที่สุด หากกระดับ น้ำตาลในเลือดสูง แพทย์จะปรับยาให้ตามระดับ น้ำตาลในเลือด แต่หากปริมาณยาเพียงพอก็จะ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ส่วนการควบคุมอาหาร และออกกำลังกายก็สำคัญเช่นกันแต่เป็นเรื่อง ที่ทำได้ยาก ดังตัวอย่างข้อมูล

“มันทำยากจะเลือกอาหาร กะเวลา ไปออกกำลังกาย ก็ทำได้คือกินยาให้ตรงเวลา ห้ามลืม มันก็พอไวนะ น้ำตาลมันก็ไม่ขึ้นไปมาก แต่มันก็ไม่ค่อยลง”

“กินยาเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะชีวิต มันเลือกอะไรไม่ได้ ใครจะมาทำอาหารคนไข้ เบาหวานให้เรา เราทำได้แค่เลี้ยงอาหารหวานๆ ก็เท่านั้น ไม่ได้ก็ต้องพึ่งยานี้ละ”

ส่วนที่ 2 มุมมองที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่ในระดับ ปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณ

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น ได้แก่ มุมมองของการใช้ข้อมูลทาง สุขภาพ และมุมมองของการสื่อสารทางสุขภาพ ดังนี้

มุมมองของการใช้ข้อมูลทางสุขภาพ

ข้อมูลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เบาหวาน นอกจากการใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเสริมหรือสมุนไพรที่ช่วย ลดระดับน้ำตาลอีกด้วย ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวจัดเป็น ประเด็นสำคัญที่นำมาใช้ในการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานอีกด้วย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลได้

กลุ่มนี้มีการใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่มาจาก แหล่งที่เชื่อถือได้และต้องผ่านการวิเคราะห์ก่อน นำข้อมูลไปใช้

โดยจะเลือกรับข้อมูลที่มาจากผู้ให้บริการ ทางสุขภาพ สื่อที่มาจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ หรือหนังสือที่มีขายตามร้านหนังสือเท่านั้น กรณี ข้อมูลที่มาจากเพื่อน หรือบุคคลอื่นๆ ผู้ป่วยจะ วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของข้อมูล และจะไม่ลอง ปฏิบัติกับตนเอง แต่จะนำข้อมูลนั้นไปสอบถาม ความถูกต้องจากแพทย์ทุกครั้ง ดังตัวอย่าง

“พวกนี้ทำเป็นเรื่องเป็นราวเลย ผมเคย เจอ เข้ามาคุยให้กินโน่นนี่ แล้วก็เสนอขาย ทำ เหมือนมารอตราช ผมไม่ซื้อหรอก มันจะลดได้ยัง ไง เห็นหลินจือไม่ใช่อินซูลิน”

“ข้อมูลมันเยอะแยะ ต้องเลือกเสพตาม โลกที่ส่งมา บางทีเกินจริง ผมเชื่อเฉพาะที่หมอ หรือพยาบาลบอก พวกมาหลอกขายยานี้ไม่เชื่อเลย

โดยเฉพาะพวกอาหารเสริม ที่เขาอ้างสรรพคุณว่า ทำให้น้ำตาลลง ไม่ต้องกินยา เราต้องไปซื้อมากินหรือ ทั้งๆที่ราคาแพง ยาเราได้ฟรี คนอื่นๆ ที่ผมเคยเห็น พอกินอาหารเสริม จะรู้สึกว่ามันบำรุงร่างกาย ทุกอย่างดีหมด เหมือนวิตามิน บางทีก็ไม่ได้ทำให้ ร่างกายดีมากมาย แต่ใจคิดว่าดี ร่างกายมันก็ดี ลองคิดดูบางคนเชื่ออาหารเสริม ไม่ยอมกินยา ไปกันใหญ่”

“พี่ไม่เชื่อคนที่มาบอกว่ากินโน่นนั่นแล้วดี เวลาเราสงสัยว่าจะจริงไม่จริง เราก็หาความจริง หาความจริงจากไหน เราก็หาจาก หมอ พยาบาล ไม่ก็อ่านหนังสือเอา มีหนังสือขายเยอะแยะ พี่ก็หาซื้อที่ร้านนายอินทร์ ซีอี๊ด”

“พี่ก็อ่านหนังสือ ทำความเข้าใจกับ โรคเบาหวาน ว่าน้ำตาลมันสูงจากอะไร พี่รู้ว่าพอ เราเป็นนานๆ เป็นเรื่องปกติที่มันจะคุมระดับ น้ำตาลได้ยาก เพราะมีความเสื่อมของร่างกาย พอพี่รู้เรื่องโรคของพี่ พี่ก็จะเข้าใจมัน อยู่กับโรค มันก็ง่ายขึ้น เวลาเรื่องเหลือเชื่อที่คนมาบอก เกี่ยวกับโรค มันก็ทำให้พี่สงสัย ไม่เชื่ออะไรง่ายๆ”

ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลไม่ได้

กลุ่มนี้มีการใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่เคยใช้ แล้วเล่าว่าได้ผลดี หรือเป็นข้อมูลบุคคลที่มีชื่อเสียง สามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพได้โดยไม่ต้อง ตรวจสอบ ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่าหากเป็นคนที่ มีชื่อเสียงเช่นดารา หรือผู้ป่วยที่ใช้แล้วบอกเล่าว่า ระดับน้ำตาลลด ก็น่าจะลองนำมาใช้ได้ โดยไม่ จำเป็นต้องตรวจสอบข้อมูล ดังตัวอย่าง

“ข้อมูลเขาก็ส่งมาให้อ่านทางไลน์ มากัน ทุกวัน เพื่อนๆในกลุ่ม เจออะไรดีก็ส่งมาให้อ่าน กันเป็นความรู้ เขาบอกว่าลองแล้วดี เรามาลองทำดู มันเป็นของเย็นไม่น่าจะอันตรายนะ” (ของเย็น หมายถึงสมุนไพร)

“จะตรวจสอบว่าจริงไม่จริงจากที่ไหน ยังไง ไม่รู้เหมือนกัน แต่ทุกครั้งที่ถามหมอ ก็จะบอกว่า กินยากี่พอแล้ว แต่จริงๆ ก็ยากลดยาลงบ้าง มีบางทีแอบๆไปกินบ้าง เขาแนะนำพวกเห็ดหลินจือ แต่มันแพงมากนะ คนที่บอก บอกว่านอกจากจะ ทำให้น้ำตาลลดแล้ว ยังลดความดัน ทำให้หายมีน หัวด้วย”

“แค่ว่ามันน่าเชื่อหรือเปล่า ใครเป็นคนพูด อย่างดูในทีวี เห็นดารา มีบอกว่าดี เอาให้คนไข้กิน แล้วดี มันก็น่าลอง นี่คิดว่าราคามันแพงนะ”

“ไม่รู้จะตรวจสอบแบบไหน ทำไม่เป็น..... อย่างมากก็ถามหมอ พยาบาล คนที่เขาดูมีความรู้ คนที่เขาเคยใช้แล้วมันเป็นยังไง”

มุมมองการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ ผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้

กลุ่มนี้มีมุมมองของการสื่อสารข้อมูลทาง สุขภาพว่าควรใช้เวลาในห้องตรวจอย่างคุ้มค่า การสื่อสารเป็นบทบาทของผู้ป่วยและบทบาทแพทย์ ผู้ป่วยมีหน้าที่ดูแลสุขภาพตนเอง แพทย์มีหน้าที่ รักษาผู้ป่วยและรูปแบบการสื่อสารที่เป็นกันเอง และไม่เร่งรีบจะทำให้การสื่อสารช่วยทำให้กล้าพูด กล้าถาม

การใช้เวลาในห้องตรวจอย่างคุ้มค่า

“ถามได้สิ อยากรู้อะไรสงสัยอะไร เราก็ถามจากหมอ ใช้เวลารอหน้าห้องตรวจนานมาก เพราะงั้นเราต้องเข้าไปอย่างคุ้มค่า ไม่ใช่มองหน้าเว็บแล้วออก หมอเขาไม่รู้หรอกว่าเรามีปัญหาอะไร อาการอะไร สู้เราบอกๆเขาไป เขาก็ไม่เสียเวลาด้วย”

“เวลาของหมอน้อย ต้องเตรียมตัวก่อนไปตรวจ พี่จะจดสิ่งที่อยากรู้ ทำไม้น้ำตาลเรามันขึ้นๆลงๆ หมอเขาอธิบายทำให้เราเข้าใจ ไม่ไปลองนุ่นนี้ ให้เปลืองเงิน และเป็นอันตราย บางทีถ้าเราคิดไปเอง ทำไม้น้ำตาลมันขึ้น ทั้งๆที่เราปกติ เขาอธิบายเรื่องน้ำตาลสะสม และ การที่เราเป็นเบาหวานมาหลายปี พอเขาบอกแบบนั้นเราก็อึ้งใจ ทุกเรื่องสงสัยต้องถาม อย่าไปถามจากคนอื่น บางทีข้อมูลมาผิดๆ มาขายของเราอีก ที่ทำแบบนี้ใช้เวลาในห้องหมอไม่นาน หมอเขาก็จะรักษาเราง่าย”

บทบาทของผู้ป่วยและบทบาทแพทย์

“แต่พี่คิดว่ามันคือหน้าที่ เราหน้าที่คนไข้ เราก็ต้องดูแลตัวเอง เขาเป็นหมอ เขาก็มีหน้าที่ดูแลเรา ถ้าเราควบคุมน้ำตาลได้มันก็เป็นเรื่องดี” “ผมไม่เคยกลัวเราเป็นคนไข้เราต้องบอกหมอว่าเราเป็นอะไร หมอเขามีหน้าที่รักษาเรา”

รูปแบบการสื่อสารที่เป็นกันเองและไม่เร่งรีบ

“พี่โชคดี เจอหมอที่เขาใจดี เวลาถามอะไรสงสัยอะไรก็จะกล้าพูดกล้าถาม พูดคุยเหมือนเป็นเพื่อนกัน พอดีเป็นรุ่นๆเดียวกัน

พี่เลือกตรวจคลินิกนอกเวลา คนไข้มาหนัก แต่ก็ยังดีกว่าคลินิกในเวลา”

“เจอหมอดีก็ทำให้เราไม่ตื่นเต้นเวลาไปตรวจ เอาว่าถึงเราจะเตรียมตัวดี เจอหมอที่ไม่สบตาเราบอกอะไรก็พยักหน้า ไม่มองหน้าด้วยซ้ำ ตรวจแล้วพยาบาลก็รีบๆให้เราออกจากห้อง แต่นับว่าโชคดีมาก ที่เจอหมอประเภทนี้ไม่กี่ครั้ง”

ผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กลุ่มนี้มีมุมมองว่าแพทย์เป็นระดับชนชั้นที่สูงกว่า เป็นบุคคลที่ต้องเกรงใจเพราะคนไข้เยอะและกลัวแพทย์ตำหนิว่าตนเองไม่เข้าใจ ในสิ่งที่แพทย์แนะนำซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจะไม่กล้าพูดคุยกับแพทย์ แม้บางเรื่องที่น่าไปปฏิบัติแล้วจะเกิดปัญหา ไม่สามารถปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ หรือแม้บางเรื่องที่ได้รับคำแนะนำแล้วยังไม่เข้าใจ ก็จะไม่กล้าสอบถามเช่นกัน ตัวอย่างข้อมูลมีดังนี้

แพทย์เป็นผู้ที่อยู่เป็นระดับชนชั้นที่สูงกว่า

“หมอเขาจบสูง แต่งตัวสะอาด คนเป็นหมอ สังคมเราจะยอมรับแล้วว่าเป็นคนในระดับสูงกว่าชาวบ้านแบบเรา”

“หมอบางคน เขาเข้าถึงง่าย พูดง่าย ๆ เข้าถึงง่าย ก็คือ ดูเขาไม่หุหุรา พูดใจดี เหมือนคล้ายๆเรา แบบเดียวกัน... ไข้ๆระดับเดียวกัน พูดภาษาเดียวกัน เวลาพูดคุยด้วย เราจะรู้สึกว่าการกล้าพูดกล้าถาม กล้าคุยกับพยาบาลมากกว่า เขาน่าจะคุยง่ายกว่าหมอ แต่บางทีเขาก็ยุ่งๆ เรียงคิวให้คนไข้ตรวจ คิวเป็นร้อยนะ” (คุยง่ายหมายถึงว่าดูเขายิ้มแย้ม เล่นกันได้มากกว่าหมอ)

แพทย์เป็นบุคคลที่ต้องเกรงใจและน่ากลัว

“หมอมีคนไข้เยอะ เวลาไม่มีนัดเดียว ไม่กล้าถามอะไร หมอบอกให้ทำอะไร ก็พยักหน้า เกรงใจเขา ”
“ ไม่กล้าถามบางเรื่องที่เขาบอกเราก็ทำไม่ได้ กลัวโดนว่า ยิ่งเวลาน้ำตาลขึ้นนี้ อยากจะออกจากห้องหมอเร็วๆ กลัวจะโดนดุ ทั้งๆที่แกก็ไม่ได้ทำอะไร แค่เขาก็มั่นหน้า พูดนิดเดียว ”

“เข้าไปนั่งรอตรวจ หมอจะพูดสองสามอย่าง วันนี้น้ำตาลปกติ กินยา และมาดูอีกที วันนี้นัดนะ ไปทำอะไรมาละ น้ำตาลขึ้นนะ ห้ามกินของหวาน น้ำหวาน เอาจริงๆ ที่เขาบอกมันเอาไปใช้จริงไม่ได้ แต่ก็ไม่ได้ถามอะไร เห็นเขาริษๆ เกรงใจ ”

“ตอนไปตรวจ ไม่ค่อยพูดอะไร รอเขาพูด กลัวพูดผิด อายเขา เราก็ชาวบ้านนะ ได้พบหมอไม่เกิน 3 นาทีเขาพูดคล้ายกันทุกครั้ง น้ำตาลสูงเพิ่มยา น้ำตาลปกติ ให้คุมอาหารแบบนี้ละ พูดแบบนี้ ”

“เวลาเข้าห้องตรวจพบหมอ บรรยากาศจะเงียบ หมอก็ก้มหน้าก้มตาเขียน พิก็อยากคุยกับหมอนะ แต่ก็ไม่ค่อยอยากพูดอะไร กับพยาบาลจะถามอะไรก็คิดเหมือนกัน เกรงใจเขา กลัวพูดผิดๆ ถูกๆ กลัวหมอดูว่า ว่าไม่รู้เรื่อง เราไม่ค่อยมีความรู้กลัวว่าจะปล่อยไ้ ”

“ช่วงนี้ผมมีปัญหาน้ำตาลต่ำ ผมไม่ค่อยทานเพราะกลัวน้ำตาลสูง เคยถึง 400 เลยนะ ผมไม่ค่อยกล้ากินอะไรมากรั้วมันสูง ” (จากการสังเกตผู้ป่วยรับประทานข้าวมีธัญ 2 ช้อนโต๊ะ การคุมระดับน้ำตาล ยา ยังรับประทานเท่าเดิม)

การอภิปรายผลการวิจัย

1) ประสพการณ์และมุมมองของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้นั้นมีประสพการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวใน 4 ประสพการณ์ คือ 1) การสูญเสียอวัยวะ 2) เคยมีอาการแล้วทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง 3) ครอบครัวเดือดร้อน และ 4) ต้องสูญเสียชีวิตที่กำลังรุ่งเรืองของตนเอง ส่วนในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้พบว่าผู้ป่วยเคยมีประสพการณ์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยได้รับข้อมูลจากผู้อื่นถึงความรุนแรงเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยผลกระทบจากการเป็นโรคเบาหวาน ไม่ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อตนเองและครอบครัวอย่างรุนแรง ข้อค้นพบนี้อธิบายได้ว่า ประสพการณ์ตรงที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอาจเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย นอกจากนี้มุมมองของการเป็นโรคเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้นั้นมีความเกี่ยวข้องกับประสพการณ์ตรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน กล่าวคือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยเกิดการที่ภาวะความลำบากใจ ที่เกิดจากประสพการณ์และรู้สึกว่ ภาวะดังกล่าวเป็นวิกฤติของการดำเนินชีวิตส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองในการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเคร่งครัด เกิดการพึ่งพาตนเองและรับรู้ถึงบทบาทการเป็นผู้ป่วยของตนเอง เหตุผลดังกล่าวนำไปสู่การจัดการตนเอง และพฤติกรรม

สุขภาพที่ดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (transformative learning) ที่ให้ความสำคัญต่อประสบการณ์ในอดีต มาซิโรว์กล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับวิกฤติการณ์ บุคคลจะไม่แน่ใจต่อมุมมองเดิมของตนเอง ทำให้เกิดการลังเลใจในการตัดสินใจ (disorienting dilemma) ว่าควรจะใช้มุมมองเดิมในการดำเนินชีวิตต่อไป เหตุการณ์เหล่านี้จะนำไปสู่การตีความประสบการณ์เดิมเพื่อทบทวนมุมมองความคิด (perspective) เดิมของตนเอง (Mazirow, 2008) การที่บุคคลเกิดภาวะความลำบากใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ทางลบ ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหา ส่งผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนมุมมองของตนเอง จนนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยการวิพากษ์วิเคราะห์ประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อหรือสมมุติฐาน/กรอบแนวความคิด และมุมมองต่อสิ่งต่างๆ ในแง่มุมใหม่ที่แตกต่างไปจากประสบการณ์เดิม ซึ่งกระบวนการเช่นนี้ บุคคลจะต้องมีการใช้เหตุผล ใช้การวิเคราะห์วิพากษ์ และสติปัญญา ผลจากกระบวนการนี้จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาทักษะปัญญานำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเอง

2) มุมมองที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่ในระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณ

ผลการศึกษาในส่วนนี้มุ่งขยายคำอธิบายมุมมองของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ในสองประเด็น คือ มุมมองของการใช้ข้อมูลทางสุขภาพ และมุมมอง

ของการสื่อสารกับผู้รับบริการสุขภาพ ทั้งนี้ นัทบีม อธิบายว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่เป็นสิ่งชี้นำก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้การศึกษาไปที่มุมมองเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพใน 2 ระดับ กล่าวคือ ในระดับปฏิสัมพันธ์ และ ระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งนัทบีมได้อธิบายความรอบรู้ในสองระดับดังกล่าว ดังนี้ 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) หมายถึงสมรรถนะในการใช้ ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นการมีพหุทธิปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งผลการศึกษาจากการสื่อสารที่เงื่อนไขสำคัญต่อการจัดการตนเอง ที่สุดคือการสื่อสารกับแพทย์ผู้รักษา 2) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) หมายถึง สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

จากข้อค้นพบเรื่องมุมมองด้านการสื่อสารกับแพทย์พบว่า การใช้เวลาในห้องตรวจอย่างคุ้มค่า ผู้ป่วยสื่อสารโดยขาดความมั่นใจ ซึ่งอาจมีเงื่อนไขหนึ่งมาจากความรู้ในการดูแลตนเอง ที่ยังไม่สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังความมุมมองว่า แพทย์เป็นผู้ที่มีระดับขั้นทางสังคมที่สูงกว่า โดยลักษณะความสัมพันธ์

ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์แบบลำดับชั้น จากมุมมองดังกล่าว ส่งผลต่อรูปแบบการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกรงใจแพทย์ เพราะมองว่าแพทย์อยู่เป็นระดับชนชั้นที่สูงกว่า ทำให้ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นและสอบถามสิ่งที่ตนเองไม่เข้าใจ ท่าทีของแพทย์และระบบบริการที่รับแรงส่งผลสำคัญต่อการสื่อสารเช่นกัน ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการทางสุขภาพและผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำข้อมูลในการศึกษานี้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสาร และการให้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ
2. การศึกษานี้ศึกษาในประสบการณ์และมุมมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป หากมีการศึกษาประสบการณ์ในการรักษา และมุมมองของการสื่อสารกับผู้ป่วยของแพทย์ จะช่วยขยายความเข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ชาย โพธิ์สิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., Ren, J. Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1278-83.
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-1239.
- Institute of Medicine Committee. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion* April 8, 2004 Report.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T. & Yano, E.(2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 31(5), 874-879
- Kitchenham, A. (2008). The evolution of John Mezirow's transformative learning theory. *Journal of Transformative Education*, J16/27, 103 -123.

- Koenigsberg, M. R., Bartlett, D., & Cramer, J. S. (2004). Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. *American Family Physician*, 69(2), 313-319.
- Mezirow, J. (2003). Transformative learning as discourse. *Journal of transformative learning*, 1(1), 58-63.
- Daphne W. Ntiri & Merry Stewart. (2009). Transformative Learning Intervention: Effect on functional health literacy and diabetes knowledge in older African Americans. *Gerontology & Geriatrics Education*, 30(2), 100 – 113.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A Challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G.D. and Bindman, A.B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 288, 475-482.
- Warnecke, R. B., Oh, A., Breen, N., Gehlert, S., Paskett, E., Tucker, K. L., et al. (2008). Approaching health disparities from a population perspective: The national institutes of health centers for population health and health disparities. *American Journal of Public Health*, 98(9), 1608-1615.
-