

การศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน  
ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี



นางสาว นงลักษณ์ บรรณจิรกุล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5640-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A SURVEY OF HEALTH CARE SYSTEM UTILIZATION OF DIABETES MELLITUS ELDERLY  
RECEIVING CARE IN COMMUNITY HOSPITALS,  
CHON BURI PROVINCE

Miss Nonglak Bannajirakul

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5640-2



นงลักษณ์ บรรณจักรกุล : การศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี. (A SURVEY OF HEALTH CARE SYSTEM UTILIZATION OF DIABETES MELLITUS ELDERLY RECEIVING CARE IN COMMUNITY HOSPITALS, CHON BURI PROVINCE) อ. ที่ปรึกษา : อ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, อ. ที่ปรึกษาร่วม : อ.ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 1 3 2 หน้า. I S B N 9 7 4 - 1 7 - 5 6 4 0 - 2 .

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเบื้องต้น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ และรูปแบบของการใช้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 290 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเป็น แบบสอบถามระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนประชาชน ส่วนวิชาชีพ และส่วนพื้นบ้าน และแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบบริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้รับบริการ เครื่องมือทั้ง 2 ชุดนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้าง สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งมีแนวคำถามกึ่งมีโครงสร้างที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และบันทึกเสียง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.5) มีอายุเฉลี่ย 68.42 ปี มีภาวะน้ำตาลในเลือด เฉลี่ย 141.51 ม.ก./ด.ล. มีระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน เฉลี่ย 8.51 ปี จากข้อมูลเชิงปริมาณ การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในแต่ละส่วนเป็นรายข้อ พบว่าการใช้ในส่วนประชาชนนั้นข้อที่มีการใช้เป็นประจำสูงสุด คือ การสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการของเบาหวาน (ร้อยละ 80.7) ข้อที่มีการใช้เป็นบางครั้งสูงสุด คือ การควบคุมอาหาร (ร้อยละ 16.9) และ ข้อที่ไม่มีการใช้เลยสูงสุด คือ ไม่ได้ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยามารับประทานเอง (ร้อยละ 99.3) สำหรับการได้จากส่วนวิชาชีพ พบว่า ข้อที่มีการใช้เป็นประจำสูงสุด คือ การเข้ารับบริการจากสถานบริการของรัฐ (ร้อยละ 99.7) ข้อที่มีการใช้เป็นบางครั้งสูงสุด คือ การรับฟังความรู้จากแพทย์ (ร้อยละ 32.4) และ ข้อที่ไม่มีการใช้เลย นั้น พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกรายไม่ได้รักษาด้วยแพทย์แผนจีน สำหรับการได้จากส่วนพื้นบ้าน พบว่า ข้อที่มีการใช้เป็นประจำสูงสุด คือ การรักษาด้วยการทำพิธีทางไสยศาสตร์ (ร้อยละ 1.7) ข้อที่มีการใช้เป็นบางครั้งสูงสุด คือ การเข้ารับการรักษาด้วยการทำพิธีทางไสยศาสตร์ (ร้อยละ 2.8) และ ข้อที่ไม่มีการใช้เลย คือ รักษาด้วยหมอยาจีนแผนโบราณ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้มากที่สุด ด้านระบบบริการสุขภาพ คือ สามารถเดินทางไปรับการรักษาได้สะดวก (ร้อยละ 95.9) ด้านผู้ให้บริการ คือ ความเชื่อถือในผู้ให้การรักษา (ร้อยละ 96.9) และด้านผู้รับบริการ คือ การรับรู้ระยะเวลาของการเป็นโรค (ร้อยละ 98.6) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งพบเพิ่มจากข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การได้รับคำแนะนำจากการฟังทางวิทยุ ระบบการส่งต่อการรักษา ความสะดวกในการจัดหาและการเตรียมยา และการรักษาร่วมกับโรคอื่น ผลการวิจัยพบว่ามีรูปแบบของการใช้ 3 รูปแบบ คือ 1) ใช้บริการจากการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียวแต่อาจมีการเปลี่ยนสถานบริการ 2) ใช้สองอย่างควบคู่กัน ได้แก่ รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพร หรือแพทย์แผนปัจจุบันกับการดูแลตนเอง และ 3) ใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน ซื้อยาทานเอง และการดูแลตนเอง แต่ไม่ใช้พร้อมกัน จากผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นรายละเอียดและเข้าใจการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในด้าน ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ และรูปแบบของการใช้เพิ่มขึ้น และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ต่อไป

สาขาวิชา.... พยาบาลศาสตร์....

ปีการศึกษา..... 2546.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

# # 4477574136: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: HEALTH CARE SYSTEM UTILIZATION / DIABETES MELLITUS ELDERLY

NONGLAK BANNAJIRAKUL : A SURVEY OF HEALTH CARE SYSTEM UTILIZATION OF DIABETES MELLITUS ELDERLY RECEIVING CARE IN COMMUNITY HOSPITALS, CHON BURI PROVINCE. THESIS ADVISOR: PENPAKTR UTHIS, Ph.D. THESIS CO-ADVISOR: CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D.132 pp. ISBN 974-17-5640-2.

This exploratory survey research was designed to explore the health care system utilization including the utilization of health care system, factors related to the utilization, and patterns of the health care system utilization. The samples were 290 diabetes mellitus elderly receiving service at community hospitals in Chonburi province. They were selected through stratified random sampling method. The research instruments for quantitative data were questionnaires on health care system utilization composed of 3 parts: popular, professional, and folk sectors; and on the factors related to the utilization including health service system, health care providers, and client factors. They were tested for content and construct validity. Qualitative data were collected using semi-structure interviews covered the objectives of this study. Interview and audiotape recording were used to collect the data. Statistical technique utilized in quantitative data analysis was percentage, mean and standard deviation and content analysis method was used for qualitative data analysis.

Results of this study revealed that most of samples were women (75.5%), the mean of age, duration of illness and blood sugar level were 68.42 years, 8.51 years and 141.51 mg.%, respectively. Quantitative data for the utilization of health care system indicated that the items which have the highest percentage on the frequently used, seldom used, and not used in each sector were respectively as: observing their diabetes sign (80.7%), control diet (16.97%), and non used of over-the-counter drugs (99.3%) for the popular sector; the use of government health service (99.7%), received education from doctor (32.4%), and had not use Chinese medicine (100%) for the professional sector; traditional treatment (1.7%), traditional treatment (2.8%), ) and Chinese traditional treatment (100%) for the folk sector. The most related factors to the utilization for health service system, health care providers, and client part were accessibility (95.9%), belief in provider (96.9%), and duration of illness exception (98.6%), respectively. Additional related factors found from qualitative data were: receive information from the radio, had been in the referral system, convenience, and receiving treatment in combination with other health problems. Qualitative data also revealed that there were three patterns of health care system utilization including: 1) using Western Medicine only, but they may transit form one institution to another; 2) using two choices in combination, for example Western Medicine with Herbal Medicine or Western Medicine with self-care; and 3) using many choices (for example Western Medicine, using over-the-counter drugs, and self-care) at different times. These findings help to better understand the health care system utilization of diabetes mellitus elderly including the utilization of health care system, factors related to the utilization, and patterns of the health care system utilization. They also provide more information for improving health care services for diabetes control in the elderly in the future.

Field of study.....Nursing Science....

Student's signature.....

Academic year.....2003.....

Advisor's signature.....

Coadvisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ รอ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้สละเวลาให้ความรู้ ให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์ทั้งสองท่านได้มอบให้เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์เรียนรู้ตลอดระยะเวลาการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านดังปรากฏชื่อในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ที่ได้ให้ความกรุณาและอนุเคราะห์ เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน ของโรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลอ่าวอุดม โรงพยาบาลบ่อทอง และโรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ตลอดจนผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการองค์การพยาบาล และหัวหน้าตึกชลาธาร 4 รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานตลอดจนพี่ ๆ เพื่อนๆ ที่ให้คำแนะนำ ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อในครั้งนี้

ท้ายที่สุด ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณพ่อสมพงษ์และคุณแม่สมศรี บรรณจิรกุล และขอขอบคุณญาติๆ ที่แสดงความห่วงใย ดูแลให้กำลังใจ และสนับสนุนทุนการศึกษาแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณกำลังใจและความช่วยเหลือของเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ คณะพยาบาลศาสตร์ ทุกท่านที่มีให้กับผู้วิจัยมาโดยตลอด

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	6
แนวคิดเบื้องต้นของการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย .....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ .....	14
แนวคิดระบบการดูแลสุขภาพ.....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	49
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	52
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	56
การสร้างเครื่องมือ.....	58
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย .....	62
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย.....	64

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	89
	สรุปผลการวิจัย.....	91
	อภิปรายผลผลการวิจัย .....	95
	ข้อเสนอแนะ.....	105
	รายการอ้างอิง.....	107
	บรรณานุกรม .....	115
	ภาคผนวก.....	117
	ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	118
	ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย .....	120
	ภาคผนวก ค ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือการวิจัย .....	128
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	132

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน .....	25
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาล ชุมชน 3 แห่งของจังหวัดชลบุรี .....	55
3	เปรียบเทียบจำนวนข้อคำถามก่อนและหลังการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ .....	60
4	เปรียบเทียบจำนวนข้อคำถามก่อนและหลังการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการ ดูแลสุขภาพ .....	61
5	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูล เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา และการศึกษา .....	67
6	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอาชีพ จำแนกตามข้อมูล แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษา .....	68
7	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอายุ รายได้ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน .....	69
8	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามระบบการดูแล สุขภาพที่ใช้ส่วนประชาชน หลังได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบัน .....	71
9	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามระบบการดูแล สุขภาพที่ใช้ส่วนวิชาชีพ หลังได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบัน .....	73
10	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามระบบการดูแล สุขภาพที่ใช้ส่วนพื้นบ้าน หลังได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบัน .....	75
11	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ด้านระบบบริการสุขภาพ .....	79
12	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ด้านผู้ให้บริการ .....	80

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
13	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ด้านผู้รับบริการ.....	81



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 แผนภาพแสดงแบบจำลองระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman .....	36
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	52



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดและมีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้น จากรายงานการประชุมโรคเบาหวานสากลเมื่อเดือน กรกฎาคม 2540 ณ กรุงเฮลซิงกิ พบว่ามีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกถึง 135 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 2 เท่าในอีก 10 ปีข้างหน้า (สุวิทย์ เกียรติเสวี, 2540:12) ซึ่งในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากรายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2542-2544 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542; 2543; 2544) พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี จากจำนวน 121,547 ราย ในปี พ.ศ. 2542 เป็น 142,088 ราย ในปี พ.ศ. 2543 และเป็น 151,115 ราย ในปี พ.ศ. 2544 ตามลำดับ

จากการศึกษาพบว่า ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งอัตราความชุกในวัยผู้ใหญ่พบประมาณ ร้อยละ 2.5-7 แต่ในวัยสูงอายุจะพบสูงถึงประมาณ ร้อยละ 13-15.3 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (วิทยา ศรีดามา, 2545) และเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาว จำนวนของประชากรผู้สูงอายุจึงเพิ่มมากขึ้นโดยคาดว่าจะเพิ่มจาก 4.5-5.7 ล้านคน ในปี พ.ศ.2543 ไปเป็น 6.8-7.6 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้าและเพิ่มเป็น 11 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) ดังนั้นเมื่อจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นจึงมีโอกาสพบโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมากขึ้นด้วย โรคเบาหวานจึงเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย (สุนิตย์ จันทระเสวี, 2537) ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยในปี 2539-2540 พบว่าโรคเบาหวานเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุ โดยพบมากที่สุดใอายุ 60-69 ปีถึงร้อยละ 10 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) และต่อมาในปี พ.ศ. 2541 พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 โดยในผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี มีอัตราตาย 213.6 ต่อประชากรแสนคน และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ในผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป โดยมีอัตราตาย 348.6 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข อ่างใน จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543 )

สำหรับโรคเบาหวานที่พบในผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างไปจากในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงจากระบบการสูงอายุ การดำเนินชีวิต ร่วมกับพยาธิสภาพ

ของโรค โดยจากการสูงอายุทำให้เกิดการเสื่อมร่วมกับการทำงานที่ผิดปกติของตับจนมีการเพิ่มการผลิตน้ำตาลในเลือดจากฮอร์โมนหรือยาบางชนิดที่ใช้อยู่ในผู้สูงอายุเช่น ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น ในขณะที่ร่างกายมีการใช้น้ำตาลของกล้ามเนื้อลดลง จากการที่ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายลดลงร่วมกับการหลั่งอินซูลินลดลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น แต่อาจตรวจไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะเหมือนในวัยอื่น นอกจากในรายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากๆ เนื่องจากผู้สูงอายุมีพิสัยไตสูงขึ้น (renal threshold) ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานในวัยสูงอายุจึงมักไม่พบประวัติว่าปัสสาวะมีมดตอม หรือไม่มีอาการปัสสาวะจำนวนมากและบ่อยครั้ง หรือมีประวัติกระหายน้ำมาก ตื่นน้ำมาก ดังนั้นมักจะพบว่าผู้สูงอายุจะมาด้วยอาการในภาวะที่มีโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแล้ว ซึ่งจะเกิดได้เร็วและรุนแรงกว่า มีอัตราตายที่สูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานในวัยอื่น (สุนิตย์ จันทระประเสริฐ, 2537) โรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่พบได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันหรืออุดตันจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นอัมพาต เกิดต่อกระดูก ต้อหิน จอประสาทตาเสื่อม มีอาการตามัว ตาพร่าจนถึงตาบอด เกิดไตอักเสบ ไตเสื่อมจนกระทั่งไตวาย และปลายประสาทอักเสบทำให้ชาตามปลายมือปลายเท้า หมดความรู้สึกทางเพศและยังพบร่วมกับความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 38.4 (สุชาติ ปันณะแต้ม, 2540)

นอกจากจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว โรคเบาหวานยังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพจนถึงเสียชีวิตได้ ซึ่งจากการสำรวจพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่พบ 1 ใน 10 อันดับแรกที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาวของผู้สูงอายุไทย (จันทระเพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) การเกิดภาวะทุพพลภาพเช่น ตาบอด ตัดนิ้วเท้าหรือขา และอัมพาต เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรที่เคยทำได้ด้วยตนเองและต้องปรับบทบาทไปสู่ภาวะพึ่งพาผู้อื่น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) เป็นภาระกับครอบครัวและสังคมที่ต้องการช่วยเหลือดูแลรวมถึงสูญเสียค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นด้วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของภาณุพันธ์ พุฒสุข (2542) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคนละ 6,017.50 บาทต่อปี และจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นด้วย ขณะที่กลุ่มบุคคลทั่วไปที่ไม่ป่วยหรือป่วยด้วยโรคไม่เรื้อรังหรือร้ายแรง ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเพียงคนละ 47.20 บาทต่อปี นับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ากันถึง 127 เท่า สอดคล้องกับผลการสำรวจของ Health Maintenance Organization (HMO) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวน 44,417 ดอลลาร์สหรัฐต่อคน ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย จะเสียค่าใช้จ่ายเพียง 10,439 ดอลลาร์สหรัฐต่อคน (Gilmer, O'Connor, Manning & Rush, 1997) ดังนั้นหลักสำคัญของการรักษาและควบคุมโรคเบาหวานรวมทั้งโรคแทรกซ้อนต่างๆ นั้น จึงเป็นที่ทราบกันทั้งผู้ป่วยและผู้รักษาว่า คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีผลต่อการปรับแผนการรักษาและติดตาม

ตามผู้ป่วยของแพทย์ผู้รักษา (วิทยา ศรีดามา, 2545) ตลอดจนพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วย (จิตตินันท์ พงสุวรรณ, 2542)

ในปัจจุบันการรักษาและควบคุมโรคเบาหวานนั้น ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนไม่น้อยมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการอื่น นอกจากวิธีการทางแพทย์แผนปัจจุบันอยู่ตลอดเวลา เช่น การซื้อยารับประทานเอง การใช้ยาสมุนไพร การรักษากับหมอพื้นบ้านด้วยยาสมุนไพรต่างๆ หรือด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530; จิตตินันท์ พงสุวรรณ, 2542) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของภาวนา กิรติยุตวงศ์ (2537) มาลี จำนวนผล (2540) วรรณภา ศรีธัญรัตน์ (2540) และเยาวเรศ สมทรัพย์ (2542) ที่พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษามีการใช้การกินยาหม้อหรือสมุนไพรเพื่อรักษาโรคเบาหวานด้วยตนเอง ทั้งนี้จากการศึกษาของอาทร ริวไพบูลย์ และคณะ (2533) และ จิตตินันท์ พงสุวรรณ (2542) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการปกปิดการรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีการกินยาหม้อหรือสมุนไพรไว้ เนื่องจากไม่ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยเบาหวานใช้วิธีการซื้อยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมารับประทานเองโดยไม่รับการปรึกษาและติดตามจากแพทย์ อาจเกิดชนิดและขนาดของยาไม่สอดคล้องกับระดับน้ำตาลในเลือด หรือผู้ป่วยที่มีการใช้ทั้งยาสมุนไพรและยาแผนปัจจุบันพร้อมกัน อาจเกิดการลดระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำซ้อนกันขึ้นได้ เพราะในปัจจุบันมีรายงานการวิจัยพบว่าสมุนไพรบางชนิดมีผลลดระดับน้ำตาลในเลือดได้จริง เช่น บอระเพ็ด เป็นต้น (มาลี บรรจบ และ สุธิดา ไชยราช, 2541) ซึ่งวิธีการรักษาเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมากจนเกิดอาการหมดสติ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เนื่องมาจากการทำงานของตับและไตได้เร็วและรุนแรง เพราะยาเม็ดลดน้ำตาลมีข้อห้ามในการใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคตับและไต (วิทยา ศรีดามา, 2545) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งจะมีการเสื่อมของอวัยวะทั้งสองส่วนนี้อยู่แล้ว โดยอาการแทรกซ้อนอาจรุนแรงมากขึ้นถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับการใช้วิธีการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้ในการรักษาตนเองนั้นจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อบุคลากรทางสาธารณสุขในการรักษาและติดตามผู้ป่วยให้มีการควบคุมโรคเบาหวานที่ดีที่สุด

ทั้งนี้วิธีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่กล่าวมาข้างต้นเป็นไปตามที่ Kleinman (1980) นักมนุษยวิทยาทางการแพทย์คนสำคัญ ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลจะมีระบบการดูแลสุขภาพเป็นสถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาเยียวยา ทั้งในขณะที่มีสุขภาพดีและเมื่อมีความเจ็บป่วย ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพของแต่ละสังคม แบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ 1) ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน (Popular sector) เช่น การดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองเรื่องอาหาร ออกกำลังกายหรือ การซื้อยารับประทานเอง 2) ส่วนวิชาชีพ Professional sector) เช่น การรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน และ 3) ส่วนพื้นบ้าน (Folk sector) เช่น การรักษากับหมอ

แผนโบราณ เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาของ Kleinman (1980) พบว่าการที่ผู้ป่วยจะใช้วิธีการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพในส่วนใดนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ประเภทและความรุนแรงของอาการ วิธีทางของความเจ็บป่วย ประเภทของบทบาทความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสาเหตุของความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงคุณค่า และประสบการณ์การใช้ระบบการดูแลสุขภาพ รวมถึงปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ บทบาทในครอบครัว อาชีพ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว เชื้อชาติและภูมิลำเนา ตลอดจนระยะทางจากแหล่งบริการสุขภาพ และลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด ซึ่งในประเทศไทยจากการศึกษาในผู้สูงอายุของกฤษณา นาดี (2541) และในผู้ป่วยโรคเบาหวานของนุสรา นิมน้อย (2542) ที่พัฒนาจากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ สามารถแบ่งออกเป็นด้านใหญ่ๆ ได้ 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น สิทธิในการรักษาพยาบาล หรือระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการ เป็นต้น 2) ด้านผู้ให้บริการ เช่น ชื่อเสียงของผู้ให้บริการ หรือความเอาใจใส่ดูแล เป็นต้น และ 3) ด้านผู้รับบริการ เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือ ความเชื่อในการรักษา เป็นต้น

นอกจาก Kleinman (1980) จะกล่าวถึงระบบการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพแล้ว ยังกล่าวถึงรูปแบบของการใช้ที่แตกต่างกันไปด้วย ดังเช่นการศึกษาที่ประเทศไต้หวัน พบว่าผู้ป่วยมีรูปแบบการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 3 รูปแบบใหญ่ๆ คือ 1) ใช้วิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพหลายวิธีจากทุกส่วนพร้อมกัน ในเวลาเดียวกันเลย 2) ใช้วิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพทีละวิธีจากทีละส่วน โดยเมื่อวิธีใดผลการรักษาไม่เป็นที่พอใจก็อาจจะใช้วิธีการเดิมแต่เปลี่ยนผู้รักษาหรือเปลี่ยนวิธีการรักษาใหม่ซึ่งอาจอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพส่วนเดิมหรือเปลี่ยนไปได้ 3) ใช้วิธีการรักษาหลายวิธีจากระบบการดูแลสุขภาพแต่ละส่วนร่วมกัน โดยเมื่อวิธีใดผลการรักษาไม่เป็นที่พอใจก็อาจจะใช้วิธีการเดิมต่อไปแต่เปลี่ยนผู้รักษาหรือการเลิกใช้วิธีการนั้นไปและเปลี่ยนเป็นวิธีการรักษาใหม่ที่อาจอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพส่วนเดิมหรือเปลี่ยนไป ส่วนวิธีการรักษาใดที่ประเมินผลว่าเป็นที่น่าพอใจก็ยังคงใช้ต่อไปทุกวิธีร่วมกับวิธีการรักษาที่เปลี่ยนใหม่ ซึ่งอาจใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2 ถึง 3 ส่วนร่วมกัน (Kleinman, 1980) รูปแบบของการใช้ทั้ง 3 รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับหลายการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่งมีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพเพียงอย่างเดียว เช่น ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างเดียว และอีกส่วนหนึ่งใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้งส่วนวิชาชีพพร้อมกับส่วนประชาชน เช่น รับการรักษาที่โรงพยาบาลร่วมกับการใช้ยาสมุนไพรเอง (บุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534; ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล, 2536; ภาวนา กীরติยตวงศ์, 2537; นุสรา นิมน้อย, 2542)

ทั้งนี้การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีน้อย ส่วนใหญ่ทำการศึกษาโดยไม่ได้จำแนกตามกลุ่มอายุและมัก

เป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุจำนวนน้อย นอกจากนี้ยังเป็น การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุทั่วไปหรือศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะซึ่งการใช้ระบบการดูแล สุขภาพเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น เช่น การแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น แต่ไม่พบการศึกษาเพื่อสำรวจทั้งการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและรูปแบบของการ ใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยตรง

จังหวัดชลบุรี เป็นจังหวัดที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด ในภาค ตะวันออกของประเทศไทย โดยมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยทุกปี ซึ่งจากรายงานการป่วยของ ผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2542-2544 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจาก 2,381 ราย ในปี พ.ศ.2541 เพิ่มขึ้นเป็น 2,731 รายในปี พ.ศ. 2542 เป็น 3,082 ราย ในปี พ.ศ.2543 และเป็น 3,094 ราย ในปี พ.ศ. 2544 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542; 2543; 2544) นอกจากนี้ผลการสำรวจการมาใช้บริการบัตรทองของผู้สูงอายุ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงเดือน ตุลาคม 2544 ถึง มีนาคม 2545 จำนวน 33,922 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการมากที่สุดเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยมี จำนวนถึง 1,753 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.2 (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ โรงพยาบาล ชลบุรี, 2545) นอกจากนี้จังหวัดชลบุรียังเป็นจังหวัดที่มีระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย ดังจะเห็น ได้จากข้อมูลพื้นฐานด้านการสาธารณสุข ปี 2544 ซึ่งพบว่าในจังหวัดชลบุรีมีโรงพยาบาลทั้งสิ้น 28 แห่ง แบ่งเป็นของรัฐบาล 19 แห่ง และเอกชน 9 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 แห่ง คลินิกแพทย์ 320 แห่ง สถานีอนามัย 120 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2544) ร้านขายยาแผน ปัจจุบัน 269 แห่ง ร้านขายยาแผนโบราณ 55 แห่ง สถานบริการเวชกรรมแผนโบราณ (นวดแผนโบราณ) 11 แห่ง และสถานบริการแบบประยุกต์ (ฝังเข็ม) 3 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2545)

จากการที่พบว่าปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานในวัยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ดังจะเห็นได้ จากสถิติภาคตะวันออก เช่นในจังหวัดชลบุรี และผู้ป่วยเบาหวานมีการใช้วิธีการรักษาอื่นๆ นอก จากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยมี การปกปิดไว้ไม่ให้เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพทราบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ช้าช้อนและอาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งความเป็นมาและปัญหาดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยมี ความสนใจที่จะทำการศึกษา การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดชลบุรี ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยบริการสุขภาพของรัฐ ที่มีบทบาทสำคัญมากในการให้บริการผู้ป่วยในชุมชน เป็นแหล่งบริการที่ใกล้ชิดประชา ชนมากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย โดยใช้เวลาเดินทาง เพียง 30 นาทีหรือ ไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที มีศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั่วไปจนถึงผู้ป่วยที่มี อาการซับซ้อนมากขึ้นดังเช่นผู้ป่วยเบาหวาน (สมหมาย หิรัญนุช, 2547) ตลอดจนสามารถทำการคัด



กรอง ส่งเสริมสุขภาพและติดตามผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล เช่น บัตร 30 บาท หรือบัตรทองสูงอายุ ตามเขตพื้นที่ได้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะทำให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพได้รับรู้และเข้าใจว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพอย่างไรบ้าง เพื่อเป็นแนวทางในพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ตลอดจนสามารถให้คำแนะนำในการใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเบาหวานและป้องกันหรือลดการเกิดโรคแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง ขณะเดียวกันการทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานตัดสินใจใช้วิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนต่างๆ เช่น ความคาดหวังในการรักษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพนั้น จะช่วยสร้างความเข้าใจต่อกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสุขภาพมากขึ้น สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่ทีมสุขภาพที่แหล่งบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชน และสามารถควบคุมโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องได้ รวมถึงสามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานแบบผสมผสานจากระบบการดูแลสุขภาพทั้งในส่วนประชาชน ส่วนพื้นบ้านและส่วนวิชาชีพ นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา ค้นคว้า และทำวิจัยเกี่ยวกับการใช้ระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในเขตพื้นที่อื่นและโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

### คำถามการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพแต่ละส่วนในการรักษาโรคเบาหวานอย่างไร มีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องบ้าง และมีรูปแบบของการใช้อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย

1. ศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้หลังได้รับการวินิจฉัย
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับการวินิจฉัย
3. ศึกษา รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

## แนวคิดเบื้องต้นของการวิจัย

ในการใช้การดูแลสุขภาพของบุคคล ศึกษาตามแนวคิดของ Kleinman (1980) พบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นบุคคลจะมีการใช้การดูแลรักษาสุขภาพด้วยวิธีต่างๆ จากระบบการดูแลสุขภาพในสังคม เพื่อมาเยียวยารักษาตนเอง โดยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกัน คือ ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ และรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 1. ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้

ตามแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) กล่าวว่า บุคคลจะมีระบบการดูแลสุขภาพเป็นสถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาเยียวยาเมื่อมีความเจ็บป่วยและมีสุขภาพดี ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมหนึ่งๆ เป็นระบบที่ผสมผสานส่วนประกอบต่างๆ ของสังคมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ได้แก่ แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย บรรทัดฐานที่กำหนดทางเลือกและการประเมินผลการรักษา สถานภาพและบทบาททางสังคมของบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อคนสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยภายใต้ข้อกำหนดทางวัฒนธรรม โดยมีผู้ป่วยและผู้รักษาเป็นส่วนประกอบพื้นฐานของแต่ละระบบการดูแลสุขภาพ โดยระบบการดูแลสุขภาพในสังคมหนึ่งๆ แบ่งได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่

**1.1. ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน (Popular sector)** เป็นระบบการดูแลสุขภาพส่วนที่ใหญ่ที่สุด เป็นส่วนแรกที่เกิดการให้ความหมายของความเจ็บป่วยพร้อมกับเกิดกิจกรรมการดูแลสุขภาพ ในการตัดสินใจจัดการรักษาความเจ็บป่วยขึ้นกับการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาในแต่ละสังคม ตามวิถีคิดและวิถีการแบบชาวบ้าน ไม่ใช่แบบวิชาชีพหรือผู้ชำนาญการ มีการปรึกษาเพื่อนและญาติพี่น้อง ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชนนี้มีปฏิสัมพันธ์กับระบบการดูแลสุขภาพส่วนอื่นๆ โดยเป็นส่วนที่จะตัดสินใจเลือกใช้หรือไม่ใช้บริการดูแลสุขภาพในส่วนอื่นๆ การดูแลสุขภาพในส่วนนี้ ได้แก่ การดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การใช้สมุนไพรภายในบ้านหรือซื้อจากร้านค้า การควบคุมอาหารและน้ำหนักร่างกาย การออกกำลังกาย การใช้อาหารเสริมและการชื้อยาแผนปัจจุบันรับประทานเอง เป็นต้น

**1.2 ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ (Professional sector)** เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบวิชาชีพ มีการวินิจฉัยโรคโดยใช้เทคโนโลยีเชิงวิทยาศาสตร์ตามแบบตะวันตก ยึดหลักการทางชีวการแพทย์ มีจุดมุ่งหมายในการรักษาโรค มุ่งเน้นการประเมินปัญหาในด้านร่างกายมากกว่าด้านจิต-สังคม มีการจัดองค์กรอย่างเป็นระบบ ได้รับการรับรอง

อย่างเป็นทางการและถูกต้องตามกฎหมาย การดูแลสุขภาพในส่วนนี้ ได้แก่ การรับรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันจากโรงพยาบาล คลินิก และสถานเอนามัย เป็นต้น

**1.3. ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน (Folk sector)** เป็นการรักษาเยียวยาที่มีพื้นฐานความเชื่อตามวิถีทางแบบพื้นบ้านโดยผู้รักษามักผ่านการฝึกหัดจากผู้รู้ในศาสตร์นั้นจนชำนาญ จากครูถึงศิษย์ หรือถ่ายทอดกันในกลุ่มเครือญาติซึ่งจะเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของแต่ละสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ บางกรณีอาจเกี่ยวข้องกับอำนาจเหนือธรรมชาติ หรืออำนาจภูติผีปีศาจ เป็นต้น ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนนี้ มักจะไม่มี การจัดองค์กรอย่างเป็นทางการเป็นระบบและบางครั้งไม่ถูกกฎหมาย เช่น หมอสมุนไพร หมอผีหรือหมอเวทมนต์คาถา และผู้ที่มีพลังจิตติดต่อกับวิญญาณ เป็นต้น

สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน มีการศึกษาพบว่า มีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน คือ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ได้แก่ การรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันจากโรงพยาบาลของรัฐ คลินิกแพทย์และสถานเอนามัย (พรพิศ ชีวะคำณวน, 2535; ผกามาศ นามประดิษฐ์, 2536) ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การซื้อยารับประทานเองจากร้านขายยา และยาสมุนไพร (ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์, 2535; วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2540; นริสา ศรีลาชัย, 2540) และระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน ได้แก่ การรับการรักษาจากหมอสมุนไพรพื้นบ้าน การบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และการเข้าลัทธิทางศาสนา (ผกามาศ นามประดิษฐ์, 2536; นริสา ศรีลาชัย, 2540; จิตตินันท์ พงสุวรรณ, 2542)

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

จากการศึกษาของ Kleinman (1980) ตามแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพนั้น พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ประเภทและความรุนแรงของอาการ วิถีทางของความเจ็บป่วย ประเภทของบทบาทความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสาเหตุของความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงคุณค่าและประสพการณ์การใช้ระบบการดูแลสุขภาพ รวมถึงปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภูมิ-ลำเนา อาชีพ ระดับการศึกษา บทบาทในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ตลอดจนระยะทางจากแหล่งบริการสุขภาพ และลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของกฤษณา นาดี (2541) และนุสรนา นิมน้อย (2542) ที่พัฒนาจากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุและผู้ป่วยเบาหวานตามลำดับ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ

2.1 ด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการที่มีอยู่ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ความสะดวกในการไปใช้บริการ ระยะทางระหว่างบ้านถึง

สถานบริการสุขภาพ สิทธิในการรักษาพยาบาล และสวัสดิการต่างๆ รวมทั้งคุณภาพของระบบบริการและชื่อเสียงของแหล่งบริการด้วย

2.2 ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ อัจฉริยะ ท่าที่ ความเป็นกันเอง ความเอาใจใส่ดูแล ความเพียงพอ ตลอดจนชื่อเสียงของผู้ให้บริการ

2.3 ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วย สาเหตุ อาการ ความรุนแรงและระยะเวลาของความเจ็บป่วย ความเชื่อ ค่านิยมทัศนคติเกี่ยวกับการรักษา ความคาดหวังเกี่ยวกับผลการรักษา ประสบการณ์การรักษาของตนเอง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน หรือเครือข่ายทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะทางด้านประชากรและสังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา อาชีพ ศาสนา และเชื้อชาติ

### 3. รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

จากการศึกษาของ Kleinman (1980) ที่ประเทศไต้หวัน พบว่า ประชาชนมีรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 3 รูปแบบใหญ่ๆ คือ

3.1 การใช้วิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพหลายวิธีจากระบบการดูแลสุขภาพทุกส่วนพร้อมกัน ในเวลาเดียวกัน มักพบในเด็กที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง

3.2 การใช้วิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพทีละวิธีจากระบบการดูแลสุขภาพทีละส่วน โดยหลังใช้มีการประเมินผลการรักษาไม่เป็นที่พอใจ ก็จะเลิกใช้วิธีการดังกล่าว และหาวิธีอื่นมารักษาโดยใช้ทีละวิธีตามลำดับต่อไป อาจเป็นการใช้ระบบการดูแลสุขภาพจากส่วนเดิมหรือเปลี่ยนไประบบการดูแลสุขภาพส่วนอื่นที่ละส่วนก็ได้ มักพบในวัยผู้ใหญ่ ที่มีอาการเฉียบพลัน แต่ไม่เป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต

3.3 การใช้วิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพหลายวิธีจากระบบการดูแลสุขภาพในแต่ละส่วนร่วมกัน โดยหลังใช้วิธีการรักษาใดที่มีการประเมินผลการรักษาไม่เป็นที่พอใจ ก็จะเลิกใช้และหาวิธีอื่นต่อไป ส่วนวิธีการรักษาใดๆ ที่ประเมินผลเป็นที่น่าพอใจจะยังคงต่อไปใช้ร่วมกับวิธีการรักษาใหม่ อาจเป็นการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2 ถึง 3 ส่วนร่วมกัน มักพบในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือกลับมาเป็นซ้ำ

ในประเทศไทยจากการศึกษาของกฤษณา นาดี (2541) และนุสรานี นิมน้อย (2542) ที่พัฒนาจากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเจ็บป่วยมีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2-3 ส่วนพร้อมๆ กัน เช่น ส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพ เป็นต้น หรือเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาระหว่าง 3 ส่วน

จากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพและการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) ที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นแนวคิดเบื้องต้นของการศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในครั้งนี้

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเบื้องต้น (Exploratory Survey Research) เพื่อศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดชลบุรี

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คือ การใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1) ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้
- 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ
- 3) รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ ทศนคติ และการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการใช้วิธีการรักษาต่างๆ จากระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในสังคม ศึกษาตามแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้รักษา 3 องค์ประกอบ คือ

1.1 ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้วิธีการรักษาต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม เพื่อดำรงภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งวิธีการรักษาต่างๆ ที่ใช้จากแต่ละสังคม จัดแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1.1.1 ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ส่วนประชาชน (Popular sector) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการใช้วิธีการรักษาด้วยการดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลจากครอบครัว เพื่อนบ้านหรือเครือข่ายทางสังคม ซึ่งไม่มีความเป็นวิชาชีพ หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะ ได้แก่ การดูแลตนเองโดยไม่ใช้ยา เช่น การสังเกตอาการ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย

การซื้อยาแผนปัจจุบันรับประทานเอง การใช้ยาสมุนไพรเอง การใช้อาหารเสริมสุขภาพและการปรึกษามาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือเครือข่ายทางสังคม

**1.1.2 ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ส่วนวิชาชีพ (Professional sector)** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการใช้วิธีการรักษาที่เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบวิชาชีพ มีการจัดองค์กรเป็นทางการ และมีการปฏิบัติที่เป็นวิทยากรชั้นสูงแบบตะวันตก ได้แก่ การรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การรับประทานยาเม็ดเบาหวาน การฉีดยาเบาหวาน การเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล การมาตรวจตามแพทย์นัด การรับฟังการให้ความรู้ และการได้รับคำปรึกษา โดยใช้บริการจากสถานเอนามัย คลินิก และโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ปัจจุบันรวมถึงการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและแผนจีนที่ได้รับการศึกษาอบรมจากองค์กรที่จัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ

**1.1.3 ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ส่วนพื้นบ้าน (Folk sector)** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการใช้วิธีการรักษาจากผู้ให้การรักษาในท้องถิ่นซึ่งได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์และภูมิปัญญาต่างๆ กันมาในชุมชนนั้นๆ ได้แก่ การรักษากับหมอพื้นบ้านหรือหมอกกลางบ้านในชุมชน ด้วยการรับประทานยาสมุนไพร การนวดตัว อบตัว และงดอาหารหรือกิจกรรมบางอย่าง การรักษากับหมอจีนแผนโบราณ ด้วยการฝังเข็ม แมะ กดจุด และงดอาหารหรือกิจกรรมบางอย่าง การรักษาด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ ด้วยการทำพิธีต่างๆ การสะเดาะเคราะห์ หรืองดการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง และการรับฟังและปฏิบัติตามคำทำนายของหมอดูโชคชะตา

**1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ** หมายถึง สภาพการณ์ ความเชื่อ ทศนคติ และการรับรู้ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนต่างๆ ศึกษาตามผลการศึกษาของกฤษณา นาดี (2541) และนุสรานี นิมน้อย (2542) ที่พัฒนามาจากตามแนวคิดของ Kleinman (1980) ประกอบไปด้วยปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้

**1.2.1 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ** หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษา สวัสดิการและสิทธิในการรักษาพยาบาล ระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการสุขภาพ ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการตรวจรักษา ระบบการส่งต่อการรักษาและชื่อเสียงของแหล่งบริการสุขภาพ

**1.2.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ** หมายถึง ชื่อเสียงของผู้ให้บริการ การให้ความรู้และคำแนะนำ ความคุ้นเคย ความเป็นกันเอง อธิษาศัยท่าที ความสนใจ และเอาใจใส่ในการดูแลรักษาและความเพียงพอของผู้ให้บริการ

### 1.2.3 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ หมายถึง

1.2.3.1 การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ถึงสาเหตุ อากาการ ความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน

1.2.3.2 ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาและผลการรักษาด้วยวิธีการรักษาต่างๆ ได้แก่ การใช้วิธีการรักษาที่เชื่อว่าสามารถรักษาโรคเบาหวานให้หายได้ การทดลองใช้วิธีการรักษาใหม่ๆ และการใช้วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยอื่นใช้กัน

1.2.3.4 ประสบการณ์การรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ของผู้ป่วย ที่ประเมินจากอาการ ระดับน้ำตาลในเลือด และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวตนเอง เช่น การเดิน การมองเห็น ในการไปรับการรักษาจากแหล่งบริการต่างๆ

1.2.3.5 การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้วิธีการรักษาต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัว หรือเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน และจากสมาชิกชมรมต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

### 1.3. รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ หมายถึง ขั้นตอนที่ผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานใช้ระบบการดูแลสุขภาพนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจนถึงปัจจุบัน ศึกษาโดยใช้แนวคิดระบบการดูแลสุขภาพและการศึกษาของ Kleinman (1980) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นแนวคิดพื้นฐานเบื้องต้นที่ครอบคลุมแต่ไม่จำกัดอยู่ใน 3 รูปแบบใหญ่ ๆ ต่อไปนี้

1.3.1 ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้วิธีการรักษาหลายวิธีจากระบบการดูแลสุขภาพทุกส่วนพร้อมกัน ในเวลาเดียวกัน

1.3.2 ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้วิธีการรักษาที่ละวิธีจากระบบการดูแลสุขภาพทีละส่วน โดยมีการประเมินผลหลังใช้การรักษาก่อนเปลี่ยนเป็นวิธีอื่น ซึ่งอาจเป็นการใช้ระบบการดูแลสุขภาพจากส่วนเดิม หรือเปลี่ยนไประบบการดูแลสุขภาพส่วนอื่นที่ละส่วนก็ได้

1.3.3 ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้วิธีการรักษาหลายวิธีจากระบบการดูแลสุขภาพในแต่ละส่วนร่วมกัน โดยมีการประเมินผลหลังใช้การรักษาก่อนเปลี่ยนเป็นวิธีอื่น และหากวิธีการรักษาใดๆ ที่ประเมินผลเป็นที่น่าพอใจจะยังคงต่อไปใช้ร่วมกับวิธีการรักษาใหม่ ซึ่งอาจเป็นการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2 ถึง 3 ส่วนร่วมกัน

2. **ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน** หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการนำแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และนำมาใช้ประกอบกับการประเมิน วินิจฉัย และวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาล และคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถควบคุมโรคและป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น
2. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ให้สอดคล้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของแต่ละชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างต่อเนื่องและมีชีวิตที่เป็นสุขได้ในสังคมของตน
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ โดยเฉพาะการให้บริการการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ให้สอดคล้องกับการใช้บริการของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางในการพัฒนาเพื่อผสมผสานระบบการดูแลรักษาสุขภาพทั้งในส่วนประชาชน ส่วนวิชาชีพ และส่วนพื้นบ้าน ให้สอดคล้องกับการใช้และรูปแบบของการใช้ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ โดยไม่เกิดการซ้ำซ้อนของการรักษา และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานตามมา
5. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยเกี่ยวกับการใช้ระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในเขตพื้นที่อื่น และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นต่อไป



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎี จากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
  - 1.1 ชนิดของโรคเบาหวาน
  - 1.2 หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน
  - 1.3 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
  - 1.4 พยาธิสรีรภาพ
  - 1.5 อาการและอาการแสดง
  - 1.6 โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
  - 1.7 การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด
  - 1.8 การรักษาโรคเบาหวาน
  - 1.9 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
  - 1.10 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
  - 1.11 บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
2. แนวคิดระบบการดูแลสุขภาพ
  - 2.1 ระบบการดูแลสุขภาพ
  - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ
  - 2.3 รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
  - 3.1 ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน
  - 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
  - 3.3 รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

#### 1. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวาน เป็นโรคทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันเป็นผลมาจากความบกพร่องของตับอ่อนที่ไม่สามารถหลั่งฮอร์โมนอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการของ

ร่างกาย หรือฮอร์โมนอินซูลินไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ตามปกติ ทำให้การเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติหรือทั้งสองอย่าง เมื่อเกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดความสามารถของไตที่จะกักเก็บไว้ได้ ก็จะถูกขับถ่ายออกมาทางไต ทำให้พบน้ำตาลในปัสสาวะ นอกจากนี้เบาหวานยังมีความผิดปกติในการเผาผลาญอาหารไขมันและโปรตีนด้วย (สุนทร ตันชนันท์ วลัย อินทรมพรรยและชูจิตร เปล่งวิทยา, 2535; นาริรัตน์ จิตรมนตรี, 2536; วิทยา ศรีมาดา, 2545)

## 1.1 ชนิดของโรคเบาหวาน

จากการประชุมของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association: ADA) ในปี ค.ศ. 1997 และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี ค.ศ. 1998 ได้แบ่งชนิดของโรคเบาหวานตามสาเหตุได้ 3 กลุ่มใหญ่ (วิทยา ศรีมาดา, 2545) คือ

1.1.1. เบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1) เดิมเรียกว่าชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus-IDDM) ส่วนใหญ่เกิดจากมีการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อนทำให้เกิดการขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง ชนิดนี้มีอาการทางคลินิกเกิดขึ้นชัดเจน รวดเร็ว ส่วนมากเป็นในเด็ก แต่สามารถพบได้ทุกวัย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการฉีดอินซูลินตลอดชีวิต (วัลลา ตันตโยทัย และอดิศักดิ์ สงดี, 2534; วิทยา ศรีมาดา, 2545; เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2545)

1.1.2. เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2) หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus-NIDDM) ชนิดนี้เกิดจากการขาดอินซูลิน แต่ไม่รุนแรงเท่าชนิดที่ 1 ร่วมกับมีภาวะดื้อต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (insulin resistance) และมีการสร้างกลูโคสจากตับเพิ่มขึ้น (hepatic gluconeogenesis) มักมีอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือไม่มีอาการ การรับประทานยาเม็ดลดน้ำตาลจะได้ผลดีโดยไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลิน นอกจากนี้จะมีอาการรุนแรงขึ้นโรคเบาหวานชนิดนี้เป็นชนิดที่พบบ่อยถึงร้อยละ 99 ของผู้ป่วยเบาหวาน มักเกิดกับผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และพบบ่อยในผู้สูงอายุ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2545) ผู้ที่มีรูปร่างอ้วนหรือปกติ แต่มีการอ้วนแบบลงพุง (abdominal/visceral obesity) และมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวชัดเจน (วิทยา ศรีมาดา, 2545)

1.1.3. เบาหวานชนิดที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ ซึ่งมีโอกาสพบได้น้อย ได้แก่ เบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของการทำงานของเบต้าเซลล์ เบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของการออกฤทธิ์ของอินซูลิน เบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน (Exocrine pancreas) เบาหวานที่เกิดจากโรคทางต่อมไร้ท่อ เบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี เบาหวานที่เกิดจากการติดเชื้อแล้วทำให้เกิดเบาหวานชนิดที่ 1 เบาหวานที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิคุ้มกัน เบาหวาน

ที่เกิดจากความผิดปกติที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมต่างๆ (Genetic syndrome) และเบาหวานที่พบขณะตั้งครรภ์

ดังที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าโรคเบาหวานที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2) หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus: NIDDM)

## 1.2 หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานทั่วไป ตามที่ National Diabetes Data Group (NDDG) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เสนอไว้ ได้แก่ อาการของโรคเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (Fasting Plasma Glucose: FPG) และผลการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance: OGTT) (วารสาร วงศ์ถาวราวัฒน์, 2545; วัลลา ตันตโยทัย และอดิศักดิ์ สงดี, 2540) ซึ่งมี 3 วิธี ใช้วิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้ คือ

1.2.1. ค่า FPG มากกว่าหรือเท่ากับ ( $\square$ ) 126 มก./ดล.

1.2.2 ค่า casual (random) plasma glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล.

ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน

1.2.3 plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังจากทำ OGTT มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล.

ถ้าค่าที่ในการวินิจฉัยในแต่ละวิธีข้างต้นอยู่ในเกณฑ์ของโรคเบาหวาน ควรตรวจซ้ำในวันอื่นอีกครั้งด้วยวิธี FPG เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ถ้าค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ยกเว้นในกรณีที่ระดับน้ำตาลในเลือด (plasma glucose) สูง ร่วมกับมีอาการแสดงที่สำคัญของโรคเบาหวานที่ชัดเจน

สำหรับผู้สูงอายุ ไม่ควรตรวจ OGTT เนื่องจากระดับ FPG ในผู้สูงอายุจะสูงขึ้น 1 มก./ดล. ต่อ 10 ปีที่อายุมากกว่า 30 ปี และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร (post prandial plasma glucose) จะสูงขึ้น 10-20 มก./ดล. ต่อ 10 ปี ทำให้การแปลผล post prandial plasma glucose มีปัญหา การวินิจฉัยควรใช้ FPG อย่างเดียว เหตุผลอีกอย่างที่ทำให้แปลผล OGTT ผิดพลาด คือ ผู้ป่วยที่สูงอายุ ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารได้น้อยและส่วนใหญ่จะนอนพักตลอดเวลา ทำให้ความทนต่อกลูโคส (glucose tolerance) เปลี่ยนไปได้เช่นกัน การวินิจฉัยจึงควรขึ้นกับ FPG แต่เพียงอย่างเดียว โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัยไม่เปลี่ยนแปลงจากคนปกติ

ทั้งนี้แต่เดิม องค์การอนามัยโลก และ National Diabetes Data Group ของประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้ FPG  $\square$  140 มก./ดล. ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ต่อมาในปี ค.ศ. 1997 สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา และ ปี ค.ศ. 1998 องค์การอนามัยโลก เปลี่ยนเป็นการใช้ค่า FPG  $\square$  126 มก./ดล. (7 มิลลิโมล/ลิตร) ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน เนื่องจากได้มีการ

ศึกษาเพิ่มเติมพบว่า ระดับ FPG  $\square$  126 มก./ดล. มีความใกล้เคียงกับเกณฑ์ OGTT ที่ 2 ชั่วโมง  $\square$  200 มก./ดล. มากกว่าค่าเดิม (FPG  $\square$  140 มก./ดล.) ในการประมาณความชุกของโรคแทรกซ้อนทางตาจากเบาหวาน (diabetes retinopathy) ทั้งนี้การทำ FPG ในทางคลินิกทำได้ง่าย สะดวกกว่า ใช้เวลาน้อยกว่า ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า มีความถูกต้องและแม่นยำ ที่เหนือกว่า OGTT แต่อาจทำ OCGT ถ้า FPG ปกติ ( $< 110$  มก./ดล.) หรือมีค่า 110-125 มก./ดล. (IFG) ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างต่อการเป็นโรคเบาหวาน

### 1.3 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ มีสาเหตุจากหลายประการ (วัลลา ตันตโยทัยและอดิศัย สงดี, 2540; นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2536; วิทยา ศรีมาดา, 2545) ดังนี้

1.3.1 ความผิดปกติของตับอ่อน มาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ เช่น ผนังหลอดเลือดที่แข็งและหนาขึ้น ทำให้ความต้านทานของเยื่อหุ้มเซลล์สูง อินซูลินซึมผ่านได้น้อยหรือไม่สามารถซึมผ่านได้ และภาวะที่หลอดเลือดแข็งทำให้เลือดไปเลี้ยงตับอ่อนลดลง ผลที่ตามมาคือ สมรรถภาพในการทำงานของตับอ่อนลดลง นอกจากนี้มาจากการที่ตับอ่อนถูกทำลายจากสาเหตุ เช่น เกิดการอักเสบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เนื้องอก มะเร็ง และการผ่าตัดเอาตับอ่อนออก เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้ทำให้อินซูลินถูกทำลายไปด้วย ตับอ่อนจึงสร้างอินซูลินได้น้อยหรือสร้างไม่ได้เลย จนเกิดเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินขึ้น หรือในคนที่มีประวัติดื่มสุราจัดมานาน มักพบว่ามีปัญหาตับอ่อนอักเสบเรื้อรังได้บ่อยจึงเกิดเบาหวานได้

1.3.2 ความผิดปกติของเซลล์เป้าหมาย (target cell) ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จะตรวจพบว่ามีอินซูลินอยู่ในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากการสร้างและหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนมากขึ้นเพื่อเอาชนะภาวะดื้ออินซูลิน และยังพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของอินซูลินในระดับเนื้อเยื่อ โดยพบว่ามีจำนวนอินซูลินรีเซพเตอร์ที่เยื่อหุ้มเซลล์อยู่น้อยกว่าปกติ หรือมีการตอบสนองต่ออินซูลินของเนื้อเยื่อน้อยกว่าปกติด้วย ซึ่งความผิดปกติทั้ง 2 อย่างนี้ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน โดยเฉพาะคนอ้วนจะดื้อต่ออินซูลินง่าย เนื่องจากเซลล์ไขมันขยายใหญ่ขึ้น ทำให้การตอบสนองต่ออินซูลินลดลง หรืออินซูลินอาจรวมกับไขมันทำให้เป็น inactive insulin ความอ้วนจึงเป็นปัจจัยสำคัญของเบาหวานชนิดที่ 2

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ได้แก่ ฮอร์โมน glucocorticoid, catecholamine, growth hormone และ glucagon เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจได้ง่ายทำให้ฮอร์โมนทั้ง 4 ตัวนี้มีการหลั่งมากผิดปกติมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ทำให้ร่างกายต้องการอินซูลินมากขึ้นด้วย

1.3.4 กรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุสำคัญมากประการหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน เพราะสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคเบาหวานมักมีจุดอ่อนที่มีเบต้าเซลล์ในตับอ่อนน้อยไปหรืออ่อนแอกว่าปกติ จึงมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติของโรคเบาหวานในครอบครัว มีการศึกษาพบว่าในคู่แฝดชนิดจากไข่ใบเดียวกัน (identical twins) ถ้าคู่แฝดคนหนึ่งเป็นเบาหวานเมื่ออายุมากกว่า 40 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ 90 ของคู่แฝดอีกคนหนึ่งจะเป็นเบาหวานชนิดนี้ด้วย (Tattersall & Pyke, 1972: 1120-1125 อ้างใน นาริรัตน์ จิตรมนตรี, 2536)

1.3.5 การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีในชุมชนเมืองมากกว่าในชนบท โดยอาจเป็นผลจากมีเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ไปจากเดิม คือ มีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง คาร์โบไฮเดรตสูง และการมีกิจกรรมลดลง ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและการมีกิจกรรมที่ลดลงเช่นกัน

1.3.6 ยาและสารเคมีบางอย่าง ผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เรื้อรังอยู่เสมอ จึงมีโอกาสได้รับยาหลายชนิด โดยยาบางตัวอาจทำให้การหลั่งหรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง และยาบางตัวก็ทำให้ร่างกายสร้างกลูโคสมากขึ้น ยาเหล่านี้ ได้แก่ glucocorticoid, thiazides, phenytoin, phenothiazines, nicotinic acid, tricyclic antidepressants และ aspirin เป็นต้น

1.3.7 สิ่งแวดล้อม อาจจะเป็นแบคทีเรีย ไวรัส หรือสารเคมีบางชนิด เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะไปทำลายเซลล์ของตับอ่อน ทำให้ไม่สามารถหลั่งอินซูลินได้เพียงพอเป็นผลทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลเป็นพลังงานได้ตามปกติ

1.3.8 ปัจจัยและสาเหตุอื่นๆ เช่น ความอ้วนกับการรับประทานมากเกินไป เกิดเซลล์ไขมันที่ขยายใหญ่ขึ้นทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากขาดอาหารโปรตีน การขาดการออกกำลังกายทำให้ร่างกายไม่ได้ใช้พลังงานจากน้ำตาล เป็นต้น

## 1.4 พยาธิสรีรภาพ

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีผลต่อระบบต่างๆ ในร่างกายเกือบทุกระบบ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะคล้ายกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ แต่เกิดขึ้นเร็วกว่า ได้แก่ (นาริรัตน์ จิตรมนตรี, 2536 : 184-188)

1.4.1 ระบบหลอดเลือด จะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงฝอย ทำให้เกิดการอุดตัน การโป่งพองของผนังหลอดเลือดและการสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่ พยาธิสภาพนี้เกิดได้ทั่วร่างกาย แต่อาการทางคลินิกที่สำคัญจะเกิดกับไตและตา โดยเฉพาะไต เพราะไตของผู้สูงอายุจะมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลงอยู่แล้ว นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่มีระดับไขมันในเลือดสูงมักจะมีปัญหาเรื่อง

หลอดเลือดแข็งทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง อัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดในสมองตีบตันและเนื้อเน่าตาย (gangrene) ซึ่งอาจต้องตัดอวัยวะส่วนที่ตายออก

1.4.2. ไต ผลจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงฝอย พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของไตคือ ระยะแรกอัตราการกรองของไตจะสูงกว่าปกติถึงร้อยละ 20-40 ยิ่งถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี อัตราการกรองก็จะยิ่งสูงขึ้นและสูงอยู่ได้เป็นเวลาหลายปี ในช่วงนี้จะมีการรั่วของโปรตีนออกมาในปัสสาวะด้วย นอกจากนี้การที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ยังทำให้เกิดการติดเชื้ของระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่ายโดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ง่ายอยู่แล้ว

1.4.3. ตา ผลจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงฝอย ทำให้เกิดการเสื่อมของจอตา มีการเปลี่ยนแปลงของสายตา คือมองไกลๆ เห็นไม่ชัด ซึ่งภาวะนี้จะดีขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลง นอกจากนี้ทำให้เกิด macular edema ต้อกระจก (cataract) และต้อหิน (glaucoma) โดยพบว่า ผู้ป่วยจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของตาเมื่อเป็นโรคเบาหวาน 3 ปี

1.4.4. ระบบประสาท จากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้อัตราเร็วในการนำสัญญาณของเส้นประสาทช้าลง ผู้ป่วยจะมีอาการชาตามอวัยวะส่วนปลายทั้งแขนและขา ที่พบมากคือเท้าทั้ง 2 ข้าง บางรายมีการอักเสบของเส้นประสาทส่วนปลายจะมีอาการปวดแสบปวดร้อนโดยเฉพาะเวลากลางคืน นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมักเกิดความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3,4 และ 6 ทำให้มองเห็นภาพซ้อนได้

1.4.5. ระบบเลือดในภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงพบว่าเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง เกิดเลือดจะยึดเกาะและรวมตัวได้ง่าย ทำให้การเสื่อมของหลอดเลือดที่มีอยู่แล้วรุนแรงมากขึ้น และเม็ดเลือดขาวจะต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานโรคต่ำกว่าคนปกติเกิดการติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย เช่น staphylococcus, streptococcus และวัณโรค โดยเฉพาะสตรีสูงอายุมักมีการติดเชื้อรา เช่น candida เกิดอาการคันที่อวัยวะสืบพันธุ์ ส่วนผู้ชายจะเกิดอาการอักเสบขององคชาติ

1.4.6. ผิวหนัง มีอาการคันตามตัว ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุเพราะผิวหนังแห้งอยู่แล้วและอาจพบตุ่มนูนสีน้ำตาลแดง (shin spot) บริเวณสันหน้าแข้ง เกิดรอยโรคในลักษณะที่เป็นแผ่นผิวหนัง ขอบชัดเจน (necrobiosis lipodica) และมีแผ่นไขมันเกาะจับบริเวณข้อศอกด้านหลังของต้นขาและก้น (xanthoma diabeticorum) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคเบาหวาน

## 1.5 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคที่ผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกายทั่วไป ที่เกิดเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ มีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ 4 อย่าง (วัลลา ตันตโยทัย และอดิศัย สงดี, 2540; เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2545) คือ

1.5.1. ปัสสาวะบ่อย จำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกินขีดจำกัดของไต (ปกติประมาณ 180 mg%) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะทำให้แรงดัน osmotic ของปัสสาวะสูงขึ้น ท่อไต (renal tubule) จึงไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายได้ ผู้ป่วยจึงปัสสาวะออกมาจำนวนมากและบ่อยครั้ง

1.5.2. คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมาก จึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ทำให้มีอาการกระหายน้ำมาก ดื่มน้ำบ่อยและจำนวนมาก

1.5.3 น้ำหนักลด ผอมลง (Weight loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ร่างกายก็จะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ น้ำหนักตัวจึงลดลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นยังเกิดภาวะ negative nitrogen balance และเกิด ketosis ได้

1.5.4. หิวบ่อย รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายเอาเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ มาใช้จึงทำให้เกิดภาวะขาดอาหาร (starvation) ขึ้น เพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีอาการต่อไปนี้ได้ ได้แก่

- 1) สังเกตว่าปัสสาวะมีมดขึ้น
- 2) มีผื่นคันหรือเชื้อราขึ้นตามผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณซอกอับ เช่น รักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์
- 3) เป็นแผลเรื้อรังตามแขนขา หรือเป็นฝีบ่อยๆ โดยเฉพาะถ้าเป็นฝีกลางหลัง ต้องสงสัยโรคเบาหวานไว้ให้มาก เนื่องจากคนทั่วไปมักไม่มีปัญหานี้ เพราะผู้ป่วยเบาหวานมักเป็นแผลง่าย แต่รักษาหายยาก
- 4) สายตามัวลงเรื่อย ๆ ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย ๆ
- 5) มีอาการชาหรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง โดยมากมักจะเป็นที่เท้าก่อน บางรายหมดความรู้สึกทางเพศ และบางรายอาจมีหนังตาตก หรือมีอาการอัมพาตของใบหน้าซีกใดซีกหนึ่ง
- 6) มีอาการของหลอดเลือดตีบในอวัยวะส่วนต่าง ๆ เช่น ที่เท้า ทำให้แผลมีเนื้อตาย เน่าดำ ที่หัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดอาการเจ็บหน้าอก หรือที่สมองทำให้มีอาการอัมพาต

สำหรับอาการและอาการแสดงที่มักพบในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (นารีรัตน์ จิตรมนตรี , 2536) ได้แก่ การรับประทานจุแต่ผอมลง อ่อนเพลีย หิวบ่อย และน้ำหนักลด และเนื่องจากการ

เปลี่ยนแปลงการกรองของไตในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มักพบว่าไม่มีประวัติว่าปัสสาวะมีมดตอม ไม่มีอาการถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยครั้ง หรือดื่มน้ำมาก กระหายน้ำมาก

## 1.6 โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

สำหรับโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ เป็นโรคแทรกซ้อนที่พบในเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งพบได้เช่นเดียวกับในคนอายุน้อย แต่เกิดได้เร็ว รุนแรง และมีอัตราการตายสูงกว่า เนื่องจากมีภาวะการเปลี่ยนแปลงของอายุร่วมด้วย โรคแทรกซ้อนที่พบแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ โรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน และโรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง (วัลลา ตันตโยทัย และอดิศัย สงดี, 2540; นาริรัตน์ จิตรมนตรี, 2536; สุนิตย์ จันทระประเสริฐ, 2537)

### 1.6.1 โรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน

โรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันที่พบในผู้สูงอายุ คือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemic hyperosmolar nonketotic coma: HHNC) ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) และภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด (Diabetes ketoacidosis)

1.6.1.1 ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemic hyperosmolar nonketotic coma HHNC) เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบมากในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และมักเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจไม่ทราบว่าเป็นเบาหวานมาก่อน อัตราการตายสูงถ้าไม่ได้รับการรักษาทันเวลาที่ เกิดจากผู้ป่วยมีน้ำตาลในเลือดสูงมากขึ้น จากการมีอินซูลินไม่เพียงพอ หรือมีความต้องการอินซูลินมากกว่าปกติ ทำให้ร่างกายขาดน้ำอย่างมาก ซึ่งผู้สูงอายุมักจะดื่มน้ำน้อย และอาจมีความผิดปกติของ thirst center ในการตอบสนองต่อภาวะแห้งน้ำ จึงไม่เกิดอาการกระหายน้ำ ทำให้มี hyperosmolar เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการสับสน ซึมลงจนถึงไม่รู้สึกรู้สีกตัวและชัก และตรวจพบว่ามีอาการขาดน้ำอย่างมาก ผิวหนังแห้ง ตาลึก และฮีมาโตคริตสูงกว่าปกติมาก มีการหายใจเบาตื้น ไม่มีกลิ่น acetone และพบน้ำตาลในปัสสาวะมาก

1.6.1.2. ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) คือมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 60 มก./ดล. เกิดจากการสร้างน้ำตาลน้อย หรือมีการใช้น้ำตาลมาก สาเหตุเกิดจากการขาดสารอาหาร การดื่มสุรา หรือการมีระดับอินซูลินสูง จากการที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะที่มี insulin antibodies หรือ insulin receptor antibodies จะพบอาการจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ได้แก่ อาการหิว ใจสั่น มือสั่น เหงื่อแตก ชาบริเวณรอบปาก



ปลายมือและปลายเท้า อ่อนเพลีย และเป็นลม ส่วนอาการจาก neuroglycopenia ได้แก่ ปวดศีรษะ สับสน และอารมณ์เปลี่ยนแปลงผิดปกติ ถ้าภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไข จนภาวะชดเชยของร่างกายหมดไป ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง จนถึงไม่รู้สึกรู้สีกตัวและอาจชักได้ ถ้าเกิดบ่อยๆ ทำให้ถึงเสียชีวิตได้ หรือถ้าฟื้น สมองอาจถูกทำลายอย่างถาวรจากการขาดกลูโคสได้ ด้วยเหตุนี้แพทย์บางท่านพอใจที่จะให้ผู้ป่วยเบาหวานมีน้ำตาลในปัสสาวะบ้าง (trace ถึง 1+) มากกว่าให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจากอินซูลิน

1.6.1.3. ภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด (Diabetes ketoacidosis) เกิดขึ้นในภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 270 มก./ดล. พบน้ำตาลในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2 และมีสารคีโตนในปัสสาวะ จะเกิดอาการกระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย มีอาการขาดน้ำ ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ซึม หายใจลำบาก หายใจเร็ว ลมหายใจมีกลิ่นคล้ายผลไม้ หรือกลิ่นน้ำยาล้างเล็บ จนถึงหมดสติได้

### 1.6.2. โรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง

การเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรค และขึ้นกับพันธุกรรมและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ความอ้วนและการออกกำลังกาย โรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคต่อกระดูก การเสื่อมของจอตา การอักเสบและติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจนถึงไตอักเสบและไตวายได้ ที่สำคัญที่สุดและทำให้เป็นสาเหตุการตาย คือ โรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบตัน และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพที่กล่าวมาแล้วข้างต้น (วัลลา ตันตโยทัย และอดิศักดิ์ สงดี, 2540; เทพหิมะทองคำ และคณะ, 2545)

## 1.7 การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด

การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด สามารถทำได้จากอาการทางคลินิก เช่น อาการ ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย กระหายน้ำบ่อย อ่อนเพลีย ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ดังต่อไปนี้ (วิทยา ศรีดามา, 2545)

1.7.1 การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและปริมาณของอาหาร การออกกำลังกาย การใช้แรงงาน และภาวะเครียดของร่างกายและจิตใจ ดังนั้นระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยจะไม่คงที่ ในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจึงสามารถทำได้ 2 วิธี คือ

1.7.1.1 การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (plasma glucose) เป็นวิธีที่ใช้กันทั่วไป แบ่งเป็น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (Fasting Plasma Glucose: FPG) และการสุ่มตรวจระดับน้ำตาลในเลือด random plasma glucose แต่เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การตรวจวิธีนี้จึงบอกระดับน้ำตาลในขณะที่ตรวจเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาวได้

1.7.1.2 การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง (Self-monitoring of blood glucose, SMBG) ด้วยเหตุผลที่ระดับน้ำตาลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดทั้งวัน จึงจำเป็นต้องมีการวัดระดับน้ำตาลหลายครั้งใน 1 วัน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยใช้ portable glucose meter วิธีนี้มักใช้ในผู้ป่วยที่ต้องการการควบคุมอย่างเข้มงวด ผู้ป่วยเบาหวานที่ตั้งครรภ์หรือเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่สูงอายุหรือไตเสื่อม ซึ่งการตรวจทางปัสสาวะจะได้ผลที่ไม่น่าเชื่อถือ โดยการตรวจวิธีนี้ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมทั้งความสามารถในการตรวจและด้านค่าใช้จ่าย

ทั้งนี้ข้อแตกต่างระหว่างการใช้น้ำตาลในหลอดเลือดดำ (venous blood glucose) กับ ระดับน้ำตาลในหลอดเลือดฝอยส่วนปลาย (capillary blood glucose) คือ ในภาวะ ก่อน/อดอาหาร (fasting) ระดับน้ำตาลในหลอดเลือดฝอยส่วนปลาย มีค่าสูงกว่า ระดับน้ำตาลในหลอดเลือดดำ 2-3 มก./ดล. แต่สูงกว่า 20 มก./ดล. ในระยะหลังอาหาร ในทางปฏิบัติในภาวะก่อนอาหาร ระดับน้ำตาลในหลอดเลือดฝอยส่วนปลาย มีค่าเท่ากับระดับน้ำตาลในหลอดเลือดดำ (วิทยา ศรีดามา, 2545)

1.7.2. การตรวจหาระดับน้ำตาลสะสม เป็นการตรวจหาระดับน้ำตาลในระยะยาว สามารถตรวจได้ 2 วิธี ได้แก่

1.7.2.1 การตรวจหาระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (Glycated Hemoglobin หรือ GHb หรือ HbA1c) อันเป็นส่วนประกอบหนึ่งของ hemoglobin ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโดย nonenzymatic method จากปฏิกิริยาระหว่าง hemoglobin และ glucose อัตราการเปลี่ยนแปลงเพื่อเกิด GHb นี้ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับของ plasma glucose ระดับ GHb นี้ช่วยบอกถึงภาวะระดับน้ำตาลในเลือดในระยะเวลา 2 เดือนและบ่งชี้ถึงอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอีกด้วย

1.7.2.2 Fructosamine เป็นการตรวจน้ำตาลสะสมที่สามารถบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะระดับน้ำตาลภายใน 1-3 สัปดาห์ เป็นการวัดระดับของ serum protein ketoamine ซึ่งมีการจับกับกลูโคส โดยจะมีลักษณะเป็น reducing agents ใน alkaline solution การตรวจ fructosamine มีความสำคัญในผู้ป่วยตั้งครรภ์ และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการแปล

ผล GHB ในทางปฏิบัติการตรวจวิธีนี้ใช้เป็น screening ถ้าค่าสูงแสดงว่ายังควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี ถ้าค่าปกติควรตรวจ HbA1c เพื่อยืนยันระดับการควบคุม

ทั้งนี้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานในปัจจุบัน วรภรณ์ วงศ์ถาวรวัฒน์ (ใน วิทยา ศรีตามา, 2545: 3) กล่าวว่าไม่แนะนำให้ใช้ HbA1c และ fructosamine เนื่องจาก sensitivity ยังไม่ไวพอ มีราคาแพง และขาดมาตรฐาน (standardization)

1.7.3. การตรวจปัสสาวะ เป็นวิธีที่ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อยและสามารถตรวจได้ด้วยตนเอง แต่ไม่สามารถบอกระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยตรง เพราะการมีน้ำตาลในปัสสาวะจะเกิดตามหลังภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง และไม่สามารถบอกระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ซึ่งระดับน้ำตาลในปัสสาวะขึ้นอยู่กับสภาพการทำงานของไต และโดยเฉพาะในผู้สูงอายุพบว่ามีการจำกัดการกรองของไตสูงทำให้ตรวจไม่พบปริมาณน้ำตาลในปัสสาวะต่างๆ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการทำหน้าที่การกรองของไตเสียไป

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด จากผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดในวันสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการตรวจ FPG หลังอดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนอาหารเช้า เนื่องจากเป็นวิธีที่ยอมรับทั่วไปในการประเมินภาวะระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานทั้งในทางปฏิบัติและการศึกษาวิจัย ทำให้ทราบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานขณะได้รับการตรวจได้โดยตรงและยังเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สะดวก ใช้เวลาน้อย และค่าใช้จ่ายไม่มาก โดยการใช้การตรวจ FPG ทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี enzymatic colorimetric test (GOD-PAP method) ซึ่งเป็นวิธีที่มีความถูกต้อง แม่นยำ ไม่ยุ่งยาก และนิยมใช้ในปัจจุบัน

## 1.8 การรักษาโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการรักษา คือ รักษาอาการและป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน โดยมีเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน คือ การรักษากระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด ดังนั้นระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นสิ่งที่วัดที่ใช้ในการประเมินถึงการควบคุมโรคเบาหวานเพื่อบรรลุเป้าหมายของการรักษา และประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (วิทยา ศรีตามา, 2545)

สำหรับเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป ทางสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยหรืออเมริกา (ADA) ได้กำหนดไว้ ดังตารางที่ 1

## ตารางที่ 1 เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน (ADA)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ	ควบคุมได้	ค่าที่ควรมีการปรับเปลี่ยนการรักษา
ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลก่อนอาหาร (มก./ดล.)	< 110	90-130	< 90 หรือ > 150
ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลก่อนนอน (มก./ดล.)	< 120	110-150	< 110 หรือ > 180
Glycated Hemoglobin (HbA1c) (%)	4-6	< 7	> 8
Fructosamine (ไมโครโมล/ลิตร)	195-279	< 280	ไม่มีข้อมูล

สำหรับในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อมิให้เกิดอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงหรือต่ำ และป้องกันหรือลดการเกิดโรคแทรกซ้อน โดยระดับน้ำตาลที่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคเบาหวานคือ ประมาณ 140-180 มก./ดล. ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (สุทิน ศรีอัญญาพร, 2542: 35-36)

การรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัย 4 ประการ (สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ, 2537) มีรายละเอียดดังนี้

1.8.1 อาหาร การควบคุมอาหารในผู้สูงอายุอาจทำได้ลำบาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเคี้ยวที่ใส่ฟันปลอม จะรับประทานอาหารที่มีเส้นใยได้น้อย ซึ่งอัตราส่วนของอาหารควรเป็น carbohydrate : protein : fat เท่ากับ 50-60 : 15-20 : 20 ในเบาหวานที่ระดับน้ำตาลไม่สูงมาก การลดน้ำตาลอย่างเดียว ลดไขมันและลดเกลือพอสเพียงพอในการควบคุมระดับน้ำตาล ในผู้สูงอายุอาจเกิดการขาดวิตามินได้ง่าย ดังนั้นต้องให้วิตามินให้พอเพียงด้วย

1.8.2. การออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มความไวของอินซูลิน ลดความดัน เพิ่ม bone density และ cardiovascular function ดีขึ้น แต่ ผู้สูงอายุ ควรได้รับการตรวจ cardiovascular function ก่อนทุกราย หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักถ้ามี retinopathy หรือมีการควบคุมเบาหวานไม่ดี

1.8.3. การใช้ยาลดน้ำตาล ยาเม็ดลดน้ำตาล นิยมใช้ยาในยุคที่ 2 เช่น glipizide, glybenclamide มากกว่ายาในยุคแรกที่รวมกับ albumin ionic force ซึ่งสามารถถูกแทนที่โดย anionic drugs เช่น salicylates, dicoumarol, phenylbutazone, MAO inhibitor เกิด free radicle มี hypoglycemia ขึ้นได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายชนิด สำหรับยา Chlorpropamide ไม่ควรใช้เนื่องจากเป็นยาที่มี half life นาน มีฤทธิ์ลด free water clearance ทำให้เกิด hyponatremia ได้ การบริหารยา ควรเริ่มจากขนาดต่ำก่อน glipizide 2.5 มก. หรือ

glybenclamide 1.25 มก. และเพิ่มขึ้นทุกอาทิตย์จนกว่าจะควบคุมได้ ถ้า creatinine มากกว่า 3 มก./ดล. ไม่ควรใช้ยาเม็ดลดน้ำตาล

การฉีดอินซูลินในผู้สูงอายุทำได้ยากกว่าคนอายุน้อย ถ้าสายตารำมัว มองเห็นไม่ชัด มือสั่นความผิดพลาดเกิดขึ้นได้ง่าย ถ้าใช้อินซูลินออกฤทธิ์เร็วและฤทธิ์ปานกลาง รวมกันควรใช้ยากลุ่มที่ผสมไว้แล้ว (premixed form) มากกว่า หรือในกลุ่มที่ไม่สามารถผสมหรือ ฉีดยาได้เองควรมีที่ฉีดพิเศษ หรือมีผู้เตรียมยาฉีดไว้ให้ ดังนั้นชนิดของยาที่ผสมควรเป็น NPH ร่วมกับ Regular หรือ lente ร่วมกับ semilente ไม่ใช้ Lente group ร่วมกับ Regular group ซึ่งถ้าผสมทิ้งไว้นาน insulin จะรวมกับ Zn. ทำให้ระยะเวลาของการออกฤทธิ์ของ regular insulin เปลี่ยนไป และโดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องใช้ Human insulin ซึ่งราคาสูงกว่า เพราะ antibody เกิดขึ้นน้อย ในผู้สูงอายุ อินซูลินใช้เริ่มต้นในการรักษาเบาหวานที่น้ำตาลสูง มากกว่า 300 มก./ดล. ใน primary หรือ secondary drug failure เบาหวานที่มี hepatic หรือ renal failure ร่วมด้วย เบาหวานส่วนใหญ่เป็น NIDDM ซึ่งมี residue insulin อยู่ ดังนั้น intermediate acting insulin ตัวเดียวตอนเช้า มักจะพอเพียงควบคุมระดับน้ำตาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยทั่วไป จะเริ่มอินซูลินออกฤทธิ์ยาปานกลาง เป็น NPH 10 ยูนิตตอนเช้าหรือ 15 ยูนิตในคนอ้วน ถ้าจำนวนอินซูลินมากกว่า 50 ยูนิต ควรแบ่งเป็น 2 ครั้ง เช้า-เย็น

1.8.4 การให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจโรคเบาหวานในด้านต่างๆ ในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ และนำไปปรับให้เข้ากับวิถีชีวิตของตนได้

การติดตามผลการรักษา ควรใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแทนการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ซึ่งการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่บ้านเป็นวิธีที่ดีที่สุด ที่สามารถป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ โดยการตรวจวันละครั้ง ในเวลาต่างกัน เช่น เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน ทำให้ปรับขนาดของอินซูลินได้ง่าย

## 1.9 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่สอดคล้องไปกับการรักษาเพื่อส่งเสริมให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งพยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับผู้ป่วยและญาติดังนี้ (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2536: 196-200)

### 1.9.1 การควบคุมอาหาร

1.9.1.1 ควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่ง่าย เช่น น้ำตาล น้ำผึ้ง น้ำอัดลม ขนมหวาน และน้ำผลไม้คั้น เพราะดูดซึมเร็วทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก

1.9.1.2 ควรแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีเส้นใยพืช เพราะไม่ถูกย่อยและไม่ให้พลังงาน เชื่อกันว่าสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

1.9.1.3 ควรให้รับประทานอาหารปริมาณเท่าๆ กันทุกมื้อและไม่ควรงดอาหารหรือเลื่อนเวลารับประทานอาหารออกไป

1.9.1.4 พยายามต้องพยายามให้กำลังใจ และช่วยให้เกิดความเคยชินในการควบคุมอาหารไปที่ละน้อย และการแนะนำให้ใช้ตารางอาหารแลกเปลี่ยนเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการควบคุมอาหารได้

### 1.9.2. การออกกำลังกาย

1.9.2.1 ควรแนะนำให้แจ้งกับแพทย์ที่รักษาถึงประเภทของการออกกำลังกาย และได้รับการตรวจร่างกายก่อนเริ่มปฏิบัติกิจกรรม การออกกำลังกายควรเลือกประเภทที่มีจังหวะการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องๆ ไม่มีการเบ่งหรืออัดกำลังจนเต็มที่ หลีกเลี่ยงการแข่งขัน และควรเปลี่ยนประเภทบ้างเพื่อป้องกันความเบื่อหน่าย การออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การแกว่งแขน โยเก้ก และโยคะ เป็นต้น

1.9.2.2 ควรแนะนำให้ออกกำลังกายในเวลาเดียวกันของทุกวันเพื่อให้สอดคล้องกับการรับประทานอาหารและยาที่เป็นเวลา

1.9.2.3 สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ไม่ควรให้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่อกกำลังกาย เช่น แขน ขา เป็นต้น เนื่องจากจะมีการดูดซึมของยาเร็วเกินไปอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ควรเปลี่ยนมาฉีดที่บริเวณหน้าท้องแทน

1.9.2.4 ข้อห้ามในการออกกำลังกาย คือ การมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 300 มก./ดล. และตรวจพบสารคีโตนในปัสสาวะ รวมถึงมีอาการของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูงมาก ไตเสื่อม หลอดเลือดในสมองตีบ เป็นต้น

### 1.9.3. การใช้ยาลดน้ำตาล

1.9.3.1 ควรย้ำให้ระวังการลืมรับประทานยาตามเวลา เพราะผู้สูงอายุมักหลงลืม

1.9.3.2 ควรแนะนำให้มีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ควรให้มีการเขียนฉลากให้ชัดเจน อักษรตัวโตๆ เพราะผู้สูงอายุสายตาไม่ดี และอธิบายวิธีรับประทานยาให้ฟังจนเข้าใจ โดยเฉพาะเวลาปรับขนาดยาใหม่

1.9.3.3 ควรแนะนำให้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดและในปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินผลของยาลดน้ำตาลในเลือด

1.9.3.4 หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มพวกแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์จะเสริมฤทธิ์ยาทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเฉียบพลันได้

1.9.3.5 สังเกตอาการข้างเคียงของยา และอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

1.9.3.6 ระวังการใช้ยาเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของตับและไต

#### 1.9.4. การดูแลรักษาเท้า

1.9.4.1 เวลาอาบน้ำควรทำความสะอาดเท้าและซอกนิ้วด้วยสบู่ และตรวจดู ส่วนต่างๆ ของเท้าทุกวันว่ามีบาดแผลหรือรอยฟกช้ำ มีขีด ขา หรือเย็นส่วนใดหรือไม่ ผู้สูงอายุอาจ สายตาไม่ดี จำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือหรือใช้กระจกเงาส่องดูเองก็ได้

1.9.4.2 การตัดเล็บควรตัดตรงๆ ไม่สั้นเกินไป หากมีหูดหรือตาปลา ไม่ควรตัด อาจใช้วิธีแช่เท้าในน้ำอุ่นแล้วถูเบาๆ ให้เนื้อที่ตายหลุดออกหรือปรึกษาแพทย์

1.9.4.3 ควรสวมรองเท้าก่อนออกจากบ้าน โดยควรเป็นรองเท้าหนังสัตว์ซึ่งมี การระบายอากาศได้ดี มีความยืดหยุ่น ขนาดของรองเท้าไม่ควรคับเกินไปและผู้ที่เท้าซาอาจสวม ถุงเท้าผ้าฝ้ายด้วยก็ได้เพราะมีการระบายอากาศดี

1.9.4.4 หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง เพราะทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี

1.9.4.5 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เพราะทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งเสริมให้เกิด พยาธิสภาพที่เท้าได้ง่าย

1.9.4.6 แนะนำให้บริหารเท้าและขาอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมักมีปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วย เช่น วิตก กังวล หงุดหงิด กลัวตาย เบื่อหน่ายต่อการรักษา บางรายอาจถึงกับไม่ยอมรับสภาพของตนเอง ปฏิเสธการดูแลรักษาใดๆ เพราะทนหรือปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ได้ เช่น การ ต้องจำกัดอาหาร รดอาหารที่ชอบ การต้องรับประทานยาเป็นประจำหรือข้อจำกัดอื่นๆ รวมทั้ง ความรู้สึกว่าตนเองทำอะไรก็ยาก เดือดร้อนแก่ครอบครัว พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการ ปลอดภัย เอาใจใส่ ค่อยๆ ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพของตนเอง ต้องสนับสนุนและคอยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตน เพื่อให้เกิดกำลังใจในการรักษาต่อไป นอกจากนั้นยังจำเป็นต้องให้คำแนะนำแก่ญาติของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้เข้าใจถึงสภาพอารมณ์และความ ต้องการของผู้สูงอายุ ตลอดจนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง สำหรับการแนะนำ ผู้สูงอายุนั้น จะต้องใจเย็นๆ ค่อยๆ บ่อยๆ เพราะผู้สูงอายุมักหลงลืมง่ายและเป็นผู้ที่ยึดมั่นใน ความคิดเดิมของตน

### สรุปโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีสาเหตุหลายประการมา จากการเปลี่ยนแปลงตามอายุ กรรมพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ความอ้วน ฮอรโมน ยา สาร เคมีบางชนิด และสิ่งแวดล้อม ทำให้มีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกาย คือระบบ เลือดและหลอดเลือด ตา ไตและระบบประสาท ทำให้เกิดอาการ หิวบ่อยแต่ผอม และอ่อนเพลีย

เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและรุนแรง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือ ภาวะหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง คือ ไตเสื่อมจนไตวาย ตามัวจนตาบอด กล้ามเนื้อหัวใจตาย จนหัวใจวายได้ และโดยเฉพาะมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ เช่น หงุดหงิด กังวล เบื่อหน่ายการรักษาพร้อมด้วย ซึ่งการรักษาพยาบาลเพื่อควบคุมโรคเบาหวานสำหรับผู้สูงอายุนั้น ต้องการความเข้าใจ เอาใจใส่ดูแล สนับสนุนและให้กำลังใจในการปฏิบัติตนอย่างใกล้ชิดมากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามอายุร่วมกับด้วย เพื่อให้ควบคุมโรคได้ และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนด้วย

## 1.10 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง การควบคุมโรคและป้องกันหรือลดการเกิดโรคแทรกซ้อนจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพ พยาบาลผู้ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถสรุปเป็นด้านต่างๆ ได้ดังนี้ (วัลลา ตันตโยทัย และอดิศักดิ์ สงดี, 2540; แสงจันทร์ ทองมาก, 2541; ปาลีรัตน์ พรทวีภัณฑา และลินจง โปธิบาล, 2545)

### 1.10.1 บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้สูงอายุ ต้องเข้าใจถึงปัจจัยทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณที่มีผลต่อผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเช่นกัน ต้องผสมผสานหลักความรู้และผลการวิจัยต่างๆ ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและกำลังใจ สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ ซึ่งอาศัยองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ และการรักษาพยาบาล ตลอดจนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เป็นพื้นฐาน ในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว กำหนดแผนการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม และนำไปปฏิบัติ โดยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ หลังจากนั้นจึงประเมินผลและปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พยาบาลต้องอาศัยทักษะในการประเมินสภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานต่างๆ ตลอดจนทักษะในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของบุคคลด้วย



### 1.10.2. บทบาทด้านการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา

ในกระบวนการของการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป จะต้องมี การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน เกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น วิธีการป้องกัน และวิธีการรักษาพยาบาลสำหรับปัญหาเหล่านั้น สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานก็เช่นเดียวกัน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ พยาบาลเป็นผู้รู้ถึงการวินิจฉัยการรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและสามารถพูดคุยให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องต่างๆ ได้ง่าย

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการให้คำแนะนำ ซึ่งหมายถึงการสอน บอกชี้แนะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะและอันตรายของโรคเบาหวาน วิธีการควบคุมโรค การปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้อาหาร การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพจิตใจ ตลอดจนการประเมินภาวะการควบคุมโรคด้วยตนเอง ทั้งนี้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำได้ทันทีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นเบาหวาน หรือเมื่อพ้นจากป่วยหนักและมีอาการคงที่ หรือเมื่อมารับการตรวจที่คลินิกเบาหวาน รวมถึงการออกไปเยี่ยมบ้าน โดยเนื้อหาที่ใช้แนะนำผู้ป่วยควรมีมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ครอบคลุม สม่ำเสมอและไม่สับสน ซึ่งวิธีการอาจให้ความรู้เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม งานการให้คำแนะนำนี้ควรมีการจ่ายงานให้มีผู้รับผิดชอบเหมือนงานให้การพยาบาลอื่นๆ มีการบันทึกไว้เพื่อติดต่อให้ผู้อื่นได้ทราบ และควรมีการประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยด้วยทุกครั้ง พร้อมกับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพของโรค

ส่วนบทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษา เป็นการเสนอทางเลือกหลายๆ ทางให้แก่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคที่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของตนได้ ซึ่งในอนาคตบทบาทของพยาบาลจะมีแนวโน้มในการให้คำปรึกษามากกว่าให้คำแนะนำ เพราะการให้คำปรึกษาจะสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากกว่า และให้อิสระในการตัดสินใจมากกว่า ดังนั้นพยาบาลที่จะทำหน้าที่นี้จึงต้องมีความตื่นตัวในการค้นหาความรู้เพิ่มเติมตลอดเวลา และมีข้อมูลที่ทันสมัยมากพอที่จะให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้ เช่น ผลการวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ในการรักษาแผลเบาหวาน เป็นต้น

### 1.10.3. บทบาทด้านการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน

การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พยาบาลต้องพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลาอย่างเสียสละและเต็มใจตามความคาดหวังของสังคม ด้วยความเสมอภาคแก่

ผู้ป่วยทุกคน ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพไปพร้อมๆ กัน โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และสามารถแนะนำญาติหรือเพื่อนบ้านได้ด้วย พยาบาลต้องให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการและผลประโยชน์ต่างๆ ตามสิทธิที่พึงได้ ต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เข้าใจถึงสิทธิต่างๆ และกระตุ้นให้มีการดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิและผลประโยชน์ของผู้ป่วย

#### 1.10.4. บทบาทด้านการเป็นแม่แบบ

การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน บทบาทการเป็นแม่แบบทางด้านพฤติกรรมสุขภาพตามการคาดหวังของสังคม ก็เป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญ ทำให้พยาบาลต้องระลึกถึงอยู่เสมอว่า พฤติกรรมต่างๆ ที่ตนปฏิบัตินั้นจะเป็นที่สังเกต และอยู่ในสายตาของบุคคลอื่นตลอดเวลา พยาบาลจึงต้องเป็นตัวอย่างของพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การมีน้ำหนักที่สัมพันธ์กับส่วนสูงที่เหมาะสม การพักผ่อนที่เพียงพอ การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม การไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา หรือการคาดเข็มขัดนิรภัยขณะนั่งรถยนต์ เป็นต้น นั่นหมายถึง พยาบาลกำลังสาธิตวิถีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่ผู้อื่นโดยไม่ต้องสอนหรือให้คำแนะนำโดยตรง

#### 1.10.5. บทบาทด้านการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในวัยสูงอายุ พยาบาลต้องมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยหลากหลาย เช่น การทำวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ หรือแนวทางการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ หรือร่วมในการวิจัยกับทีมสหวิทยาการ หรือใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติ ซึ่งปัจจุบันในการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ ต้องอยู่บนพื้นฐานของการวิจัยมากกว่าการปฏิบัติตามแนวที่เคยปฏิบัติมา พยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความรู้ทางการวิจัยและมีทักษะในการวิจัยเป็นอย่างดี ทั้งนี้เพื่อคิดค้นวิธีการปฏิบัติใหม่ๆ ในการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และบังเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย พยาบาลต้องเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและคิดค้นหารูปแบบของการบริการที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมและคุ้มค่าที่สุด บทบาทนี้จึงต้องอาศัยความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ต่างๆ มาช่วยส่งเสริมในการค้นหาวิธีการปฏิบัติใหม่ๆ ด้วย

กล่าวโดยสรุป พยาบาลเป็นบุคลากรหลักของทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยผสมผสานมิติทางการพยาบาลทั้งสี่ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การบำบัดอาการ และการฟื้นฟูสภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และพยาบาลต้องปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่หลายด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถควบคุมโรคเบาหวาน และมีชีวิตอย่างเป็นสุขได้

## 1.11 บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

สภาการพยาบาล ได้ให้คำจำกัดความ การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ว่า หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องอาศัยความรู้จากการศึกษาพยาบาลที่มากกว่าระดับปริญญาตรี ผสมกับประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลในสาขานั้นๆ ระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติมีความเชี่ยวชาญในสาขานั้น (สุปราณี เสนาดิสัย, 2544)

ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทางการพยาบาลเช่นผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สามารถเป็นผู้นำทางการพยาบาลในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้ได้คุณภาพและทันกับวิทยาการและเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ แบ่งเป็นด้านต่างๆ ได้ (สุปราณี เสนาดิสัย, 2544: 6-8; ปาลีรัตน์ พรทวีภักธ และลินจง โปธิบาล, 2545) ดังนี้

### 1.11.1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงควรมีบทบาทร่วมในการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ซับซ้อน เช่นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง เป็นต้น โดยจัดหาและให้การพยาบาลทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงโดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีและหรืองานวิจัยเป็นพื้นฐานและยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณของวิชาชีพ ทำการประสานความร่วมมือและช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วยตลอดจนสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด สามารถเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลประจำการในการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการประเมินผลการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาแต่ละรายโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน เป็นผู้ริเริ่ม ส่งเสริม กระตุ้นและชี้แนะพยาบาลประจำการให้มีการพัฒนาเทคนิคและวิธีการพยาบาลใหม่ๆ และร่วมมือในการสร้างและใช้มาตรฐานการพยาบาลในการปฏิบัติงานตลอดจนปรับปรุงและประเมินคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างสม่ำเสมอให้ดียิ่งขึ้น เป็นผู้ริเริ่มโครงการการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยร่วมมือแพทย์และบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้การดูแลแบบสหวิทยาการ

### 1.11.2. ด้านการให้ความรู้

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงควรมีบทบาทในการให้คำแนะนำและให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานพยาบาลประจำการ โดยประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีอื่นที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคัดเลือกและแปลวารสารทางการพยาบาลและการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน เพื่อเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจพื้นฐานของ

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานและให้ทันกับความก้าวหน้า รวมถึงให้ความช่วยเหลือและพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ ด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลและการสอนที่ข้างเตียงผู้ป่วย และเป็นผู้นำในการประชุมปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน รวมถึงให้ความรู้และเป็นแบบอย่างของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานแก่นักศึกษาพยาบาลระดับต่างๆ และมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาชีพ

#### 1.11.3. ด้านการเป็นที่ปรึกษา

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลประจำการในการประเมินปัญหา วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานและครอบครัว โดยร่วมมือและปรึกษากับผู้บริหารในการควบคุมเทคนิคการให้การพยาบาล เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดไว้ และปรึกษากับแพทย์ในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาวิธีการแก้ไขที่จะช่วยให้เพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ควบคุมโรคได้ และไม่เกิดโรคแทรกซ้อน ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาแก่นักศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาทั้งในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

#### 1.11.4. ด้านการวิจัย

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการริเริ่มและส่งเสริมการทำวิจัยจากปัญหาที่พบในการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยการประเมิน ปรับปรุง และพัฒนาวิธีการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการทำวิจัยและเผยแพร่ผลการวิจัยดังกล่าวให้แก่เพื่อนร่วมวิชาชีพ ตลอดจนคัดเลือก แปลผล และนำผลการวิจัยทางการพยาบาลและสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องมาเผยแพร่ให้แก่พยาบาลประจำการได้ทราบเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม

#### 1.11.5. ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการร่วมมือกับผู้บริหารในการประเมินและค้นคว้าการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา โดยริเริ่ม วางแผน และเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รวมถึงระบบการพยาบาล เพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ตลอดจนมีส่วนร่วมกับผู้บริหารในการตั้งเป้าหมาย วางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว และดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

กล่าวโดยสรุป ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมีบทบาทสำคัญทั้ง 5 ด้านในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทางการพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ความดันโลหิตสูง ไตวาย ตามัวจนตาบอด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น ซึ่งความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจะช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานตลอดจนสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง สามารถควบคุมโรคได้ มีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพ

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ

จากแนวคิดทางมานุษยวิทยาและสังคมวิทยาการแพทย์เชื่อว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีวัฒนธรรมและอยู่ร่วมกันเป็นสังคม จึงได้พยายามหาทางเผชิญกับความเจ็บป่วย ผลผลิตของการเผชิญกับปัญหาได้ก่อให้เกิดเป็นสถาบันทางสังคม มีการสั่งสมเป็นแนวคิดทฤษฎีว่าด้วยสาเหตุและวิธีการแก้ไขความเจ็บป่วย มีการพัฒนาเทคนิควิธีการและผู้ชำนาญการเพื่อรักษาความเจ็บป่วยนั้น ผลผลิตแห่งกระบวนการปรับตัวทางสังคมและวัฒนธรรมเหล่านี้คือ สิ่งที่เราเรียกว่า ระบบการแพทย์ (Medical System) (ลือชัย ศรีเงินยวง และปรีชา อุบโยธิน ในทิวทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่นๆ, 2533: 65) องค์ประกอบที่สำคัญในระบบการแพทย์หนึ่ง ๆ นั้นส่วนสำคัญคือ ส่วนที่เรียกว่า ทฤษฎีการเกิดโรค และระบบการดูแลสุขภาพ โดยที่ทฤษฎีการเกิดโรคเป็นส่วนหนึ่งของระบบความเชื่อที่ว่าด้วยธรรมชาติของ สุขภาพ สาเหตุและผลของความเจ็บป่วย และหนทางที่เหมาะสมในการแก้ไข ขณะที่ระบบการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการที่สังคมจัดการ เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยตามกรอบและคำอธิบายจากทฤษฎีการเกิดโรค (Foster, 1978; Leslie, 1976 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2534: 18)

Dunn (1977 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2534:19) ได้จำแนกระบบการแพทย์ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์และทางวัฒนธรรมเป็น 3 ระบบ ตามขอบเขตการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์นั้น คือ ระบบการแพทย์ท้องถิ่น (Local medical system) เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น ผ่านการทดลองใช้และถ่ายทอดสืบต่อกันมาโดยไม่มีลักษณะวิชาการชั้นสูง ระบบการแพทย์ภูมิภาค (Regional medical system) เป็นระบบการแพทย์ที่มีลักษณะวิชาการสูงซึ่งมีการสังเกตอย่างเป็นระบบจนได้รับการยอมรับขยายไปในระดับภูมิภาค เช่น การแพทย์จีน การแพทย์อาหรับ เป็นต้น และระบบการแพทย์สากล (Cosmopolitan medical system) หรือระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ มีความเป็นวิชาการมากที่สุดได้รับการยอมรับจนแพร่หลายไปทั่วโลก

ส่วน Kleinman (1980: 49-60) ซึ่งเป็นจิตแพทย์และนักมานุษยวิทยาทางการแพทย์คนสำคัญ มีแนวคิดเกี่ยวกับ ระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system) ว่าเป็นระบบที่เกี่ยวข้อง

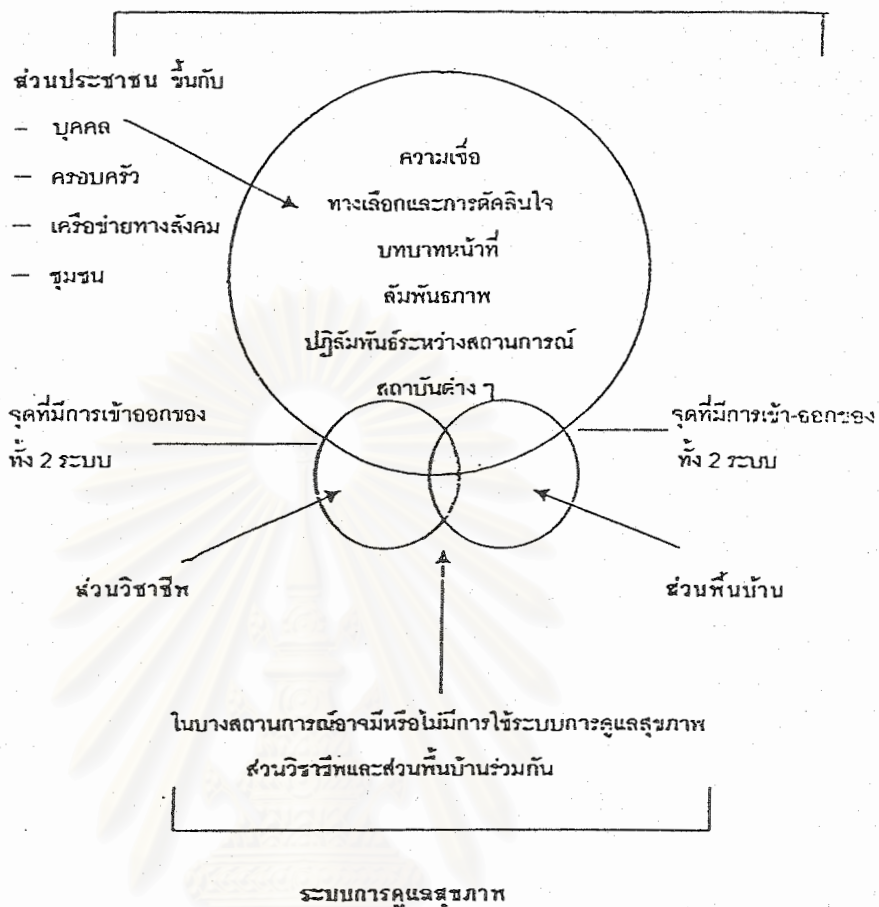
กับแหล่งการบริการสาธารณสุขที่บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพในสังคม เป็นระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนนั้นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค บรรทัดฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา การประเมินผลการรักษา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาดูแลเยียวยาเมื่อมีความเจ็บป่วยและเมื่อมีสุขภาพดีรวมทั้งสถานภาพ ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของ Kleinman ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน (Popular sector) 2) ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ (Professional sector) และ 3) ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน (Folk sector) โดยทั้ง 3 ส่วนในแต่ละชุมชนจะมีการเหลื่อมล้ำกันไม่เท่ากัน ดังแสดงในแผนภูมิภาพที่ 1 (หน้า 36)

ตามแนวคิดของ Kleinman เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะมีการใช้วิธีการรักษาเยียวยาตนเอง จากระบบการดูแลสุขภาพส่วนต่างๆ ในสังคม โดยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 3 องค์ประกอบคือ ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ และรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

## 2.1 ระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system)

ระบบการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของ Kleinman (1980) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน (Popular sector) 2) ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ (Professional sector) และ 3) ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน (Folk sector) โดยทั้ง 3 ส่วนในแต่ละชุมชนจะมีการเหลื่อมล้ำกันไม่เท่ากัน มีรายละเอียดดังนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิภาพ ที่ 1 แบบจำลอง ระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980)

### 2.1.1. ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน (Popular sector)

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน เป็นระบบการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นพื้นฐาน และเป็นระบบการดูแลสุขภาพส่วนที่ใหญ่ที่สุด มีการรับรู้ ตีความ และวินิจฉัย เกี่ยวกับความเจ็บป่วยพร้อมกับมีกิจกรรมการ กษาครั้งแรกเกิดขึ้นในส่วนนี้ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน จึงมีความสำคัญมากในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของประชาชน การตัดสินใจจัดการรักษาความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับ การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ประสบการณ์ ความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาในแต่ละสังคม ทั้งนี้ด้วยวิธีคิดและวิธีการแบบชาวบ้านธรรมดา ไม่ใช่แบบวิชาชีพหรือผู้ชำนาญการ เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ตามการอธิบายหรือตีความจากประสบการณ์ของตนเอง มีการปรึกษาเพื่อน ญาติพี่น้อง และพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ จากระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมนั้นๆ เพื่อจัดการกับอาการเหล่านั้นๆ เล่าหรือหมดไปก่อนที่บุคคลนั้นจะพบแพทย์ อันได้แก่

2.1.1.1 ปฏิบัติการตอบสนองแบบไม่รักษา (No action) หรือ รอดูอาการ (Wait and see) อันเป็นผลเนื่องจากการตัดสินใจบนพื้นฐานการประเมินอาการของบุคคลนั้น เมื่อประเมินว่าเจ็บป่วยเล็กน้อย ความเจ็บป่วยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ จึงไม่ได้แสวงหาวิธีการรักษาความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามบุคคลจะสังเกตและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

2.1.1.2 การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา (Non medication/self treatment) เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการรับประทานอาหารพิเศษ เป็นต้น

2.1.1.3 การใช้ยารักษาตนเอง (Self-medication) เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อย ยาที่ใช้มีได้จำกัดเฉพาะยาแผนปัจจุบันเท่านั้น แต่รวมถึงยาพื้นบ้านและยาสมุนไพรต่างๆ ด้วย (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533)

## 2.1.2. ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ (Professional sector)

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบวิชาชีพ มีการวินิจฉัยโรคโดยใช้เทคโนโลยีเชิงวิทยาศาสตร์ตามแบบตะวันตก ยึดหลักการทางชีวการแพทย์ มีจุดมุ่งหมายในการรักษาโรค มุ่งเน้นการประเมินปัญหาในด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตสังคม มีการจัดองค์กรอย่างเป็นระบบ ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการและถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งปัจจุบันมีการจัดบริการได้ 3 รูปแบบ คือ รัฐเป็นผู้จัดบริการเอง เอกชนเป็นผู้จัดบริการอย่างเสรี และเอกชนจัดบริการภายใต้การควบคุมของรัฐ (สถิต ยะสะกะ, 2539: 12-13) สถานบริการในระบบการดูแลสุขภาพในส่วนนี้ ได้แก่ โรงพยาบาล คลินิก และสถานเอนามัย เป็นต้น

ในประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดระบบหน่วยบริการสุขภาพในส่วนนี้ออกเป็น 4 ระดับ (สมหมาย หิรัญนุช, 2547: 6-8) คือ

2.1.2.1 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในระยะทางจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการไม่เกิน 22.5 กม. หรือเดินไม่เกิน 30 นาที มีความสามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสุขภาพ และรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ได้แก่ สถานเอนามัย ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) และศูนย์เทศบาล

2.1.2.2 หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1) ระดับทุติยภูมิระดับต้น เป็นหน่วยบริการที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในระยะทางห่างจากตำบลไม่เกิน 45 กม. หรือเดินไม่เกิน 30 นาที มีความสามารถให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในทั่วไป จำนวน 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน

2) ระดับทุติยภูมิระดับกลาง เป็นหน่วยบริการที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในระยะทางห่างจากตำบลไม่เกิน 67.5 กม. หรือเดินไม่เกิน 1.30 ชม. มีความสามารถให้บริการรับรักษา



พยาบาลผู้ป่วยในที่มีอาการซับซ้อนมากขึ้น มีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (Specialty) ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลทั่วไป

2) ระดับตติยภูมิระดับสูง เป็นหน่วยบริการที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในระยะทางห่างจากตำบลไม่เกิน 90 กม. หรือเดินไม่เกิน 2 ชม. มีความสามารถให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่มีอาการซับซ้อนมากขึ้น มีแพทย์เฉพาะทางสาขาย่อย (Sub specialty) ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลศูนย์

2.1.2.3 หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เป็นหน่วยบริการที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในระยะทางห่างจากตำบลไม่เกิน 202.5 กม. หรือเดินไม่เกิน 4 ชม. มีความสามารถให้บริการสุขภาพที่ขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์บางแห่งที่เป็นโรงเรียนแพทย์ หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง

2.1.2.4 หน่วยบริการสุขภาพระดับ Excellent Center เป็นหน่วยบริการที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในระยะทางห่างจากตำบลไม่เกิน 247.5 กม. หรือเดินไม่เกิน 4.30 ชม. มีความสามารถให้บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ และเป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจและศูนย์อุบัติเหตุ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์บางแห่งที่เป็นโรงเรียนแพทย์ หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ตามวิธีการแพทย์แผนตะวันตกหรือแผนปัจจุบันในการให้การรักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ การให้ยารับประทาน การให้ยาฉีด การรักษาแผลเบาหวาน การเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล การนัดตรวจ การให้ความรู้ คำแนะนำ และการให้คำปรึกษา เป็นต้น

นอกจากนี้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพในปัจจุบัน เริ่มมีการยอมรับการดูแลสุขภาพที่มีพื้นฐานการศึกษาตามหลักแนวคิดอื่นที่ไม่ใช่แนวทางชีวการแพทย์ เช่น แพทย์แผนโบราณของไทย แพทย์ฝังเข็มของจีน เป็นต้น ซึ่งเดิมถูกจัดในระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน โดยปัจจุบันผู้ที่ให้บริการสุขภาพดังกล่าว จะได้รับการศึกษาในวิชาชีพของตนอย่างเป็นทางการและได้รับใบอนุญาตในการประกอบโรคศิลปะอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ทำให้ผู้ให้บริการนั้นๆ สามารถประกอบกรบำบัดรักษาเยียวยาในสถานที่ๆ ตนเองเป็นเจ้าของได้ เช่น โรงพยาบาลบรเวททุกซ์แผนโบราณภาคเหนือ หรือให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการอื่นที่มีแนวการปฏิบัติใกล้เคียงกัน เช่น ชมรมหมอเมือง หมอนวดแผนไทยในสถานีนามัย เป็นต้น

### 2.1.3. ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน (Folk sector)

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน เป็นระบบการปฏิบัติทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่รูปแบบของวิชาชีพแบบตะวันตก เป็นการรักษาเยียวยาที่มีพื้นฐานความเชื่อตามวิถีทางแบบพื้นบ้าน

โดยผู้รักษามักผ่านการฝึกหัดจากผู้รู้ในศาสตร์นั้นจนชำนาญ จากครูถึงศิษย์ หรือถ่ายทอดกันในหมู่เครือญาติซึ่งจะเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของแต่ละสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ บางกรณีอาจเกี่ยวข้องกับอำนาจเหนือธรรมชาติ หรืออำนาจภูตผีปีศาจ เป็นต้น ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนนี้ มักจะไม่มี การจัดองค์การอย่างเป็นระบบและบางครั้งไม่ถูกกฎหมาย เช่น หมอสมุนไพร หมอผีหรือหมอเวทมนต์คาถา และผู้ที่มีพลังจิตติดต่อกับวิญญาณ เป็นต้น

คำว่า “การแพทย์พื้นบ้าน” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Folk medicine ในภาษาไทย มีคำว่า หมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้าน หมอกลางบ้าน และที่เริ่มใช้กันมากขึ้นในปัจจุบัน คือ การแพทย์แผนไทย (ลือชัย ศรีเงินยวง และ รุจิณาถ อรรถดิษฐ์, 2535: 21) ในสังคมไทยจำแนกระบบการแพทย์พื้นบ้านได้ 4 ประเภท (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535: 3-28) คือ

2.1.3.1 ระบบการแพทย์แบบประสบการณ์ เช่น หมอรักษาริดสีดวงทวาร รักษางูกัด เป็นต้น

2.1.3.2 ระบบการแพทย์แบบเหนือธรรมชาติ จะใช้วิธีการรักษาด้วยหมอผีหรือหมอธรรม ใช้การรด ประพรม หรือ อาบน้ำมนต์ ใช้เวทมนต์คาถา

2.1.3.3 ระบบการแพทย์แบบโหราศาสตร์ จะเริ่มต้นที่การไปหาหมोजักราศีเพื่อคำนวณชะตาชีวิต จะใช้วิธีการสะเดาะเคราะห์หรือการเปลี่ยนแปลงวิถีของชะตาชีวิต เช่น การไว้ผมจุก การเปลี่ยนชื่อ เป็นต้น

2.1.3.4 ระบบการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ มีแนวคิดมาจากอินเดียว่า มนุษย์มีธาตุเจ้าเรือน มีจุดอ่อนจุดแข็งไม่เหมือนกัน

รายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยใช้ มีผู้ศึกษาไว้หลายท่าน ดังนี้

พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ (2533) ได้ศึกษาความแตกต่างของการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลระหว่างวัยกลางคนและวัยสูงอายุในประเทศไทย พบว่า รูปแบบการเลือกวิธีการรักษาใกล้เคียงกัน คือ นิยมไปรับบริการจากแพทย์มากที่สุด รองลงมาคือ รักษาตนเอง และบุตรหลานจะมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุรวมทั้งให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ

กุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย (2539) ศึกษาลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน โดยสุ่มตัวอย่างจากผู้ใช้บริการในสถานบริการภาคเอกชน 3 ประเภท คือจากคลินิก โพลีคลินิก และโรงพยาบาล ทั้งคนไข้นอกและคนไข้ใน รวมทั้งหมด 999 ราย พบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้บริการคลินิกและโพลีคลินิกเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจซึ่งมีอาการไม่ค้ำยรุนแรง และใช้บริการโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลันหรืออุบัติเหตุที่มีอาการรุนแรง ผู้ใช้บริการมากกว่า 1 ใน 3 เคยมีประสบการณ์ใช้บริการสถานบริการเอกชน

แห่งนั้นๆ มาก่อน เหตุผลที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ใช้บริการที่คลินิกและโพลีคลินิก คือ สะดวกในการเดินทางมารับบริการ และมีความเชื่อถือในตัวแพทย์ ส่วนผู้ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน คือ คุณภาพของบริการและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสถานบริการโดยเฉพาะคนไข้ใน

พิทักษ์ ศิริวัฒน์เมธานนท์ และคณะ (2540) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครนายก พบว่าส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยจะใช้บริการของรัฐ รองลงมาคือ ซื้อยารับประทานเอง

จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2544 พบว่าประชากรไทยมีการใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรร้อยละ 14.2 ทั้งนี้เพื่อรักษาโรค ร้อยละ 12.9 เพื่อบำรุงร่างกาย ร้อยละ 1.3 ซึ่งโรคเบาหวานเป็น 1 ใน 10 กลุ่มโรคที่มีการใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรของประชากรไทย คิดเป็นร้อยละ 2.2 และในปี พ.ศ. 2546 ประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีทั้งหมด 6.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.6 ของประชากรทั้งหมด พบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทยมีการใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรเพื่อรักษาโรคและบำรุงร่างกาย

## 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลในแต่ละสังคมมีบรรทัดฐานที่ใช้ในการตัดสินใจใช้แหล่งบริการหรือวิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพในสังคมแตกต่างกันไป โดยมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องหลายประการ จากการศึกษาของ Kleinman (1980) ได้ศึกษารูปแบบของการใช้วิธีการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของประชาชนใน 1 เดือน โดยการสัมภาษณ์ ที่ประเทศไต้หวัน พบว่าประเภทและความรุนแรงของอาการ วิธีทางของความเจ็บป่วย ประเภทของบทบาทความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสาเหตุของความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงคุณค่าและประสบการณ์การใช้ระบบการดูแลสุขภาพ รวมถึงปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ บทบาทในครอบครัว อาชีพ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคมของครอบครัว เชื้อชาติ ภูมิฐานะ ตลอดจนระยะทางจากแหล่งบริการสุขภาพ ลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของบุคคล และได้มีผู้ศึกษาไว้อีกหลายท่านดังนี้ คือ

Lauver (1992: 281-286) ได้พัฒนาทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ (A theory of care-seeking behavior) บนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพของTrandis (1977, 1980, 1982 cites in Lauver 1992) กล่าวว่า พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของบุคคลเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่อารมณ์ ความคาดหวังความเชื่อค่านิยมเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแลและบรรทัดฐานของคนในสังคมและยังมีปัจจัยด้านการอำนวยความสะดวกได้แก่การประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการ ซึ่งจะมีผลในการตัดสินใจแสวงหาการดูแลสุขภาพด้วย และ Lauver (1994: 421-431) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในหญิงเชื้อชาติคอเคเซียนและ

อัฟริกัน พบว่า มีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลไม่แตกต่างกัน และยังพบว่านอกจากปัจจัยดังกล่าวในแนวคิดข้างต้นแล้ว การที่มีเพื่อนเป็นมะเร็งเต้านมจะมีผลต่อการแสวงหาการดูแลด้วย

Andersen (1995: 1-10) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการบริการสุขภาพของบุคคลมาตั้งแต่ในทศวรรษที่ 1960 กล่าวถึงการใช้ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันว่า มีปัจจัยชักนำ ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากรและสังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะโครงสร้างของสังคม ความคิดความเชื่อ ปัจจัยสนับสนุน เช่น ครอบครัว ชุมชน และ ปัจจัยด้านความต้องการ ซึ่งหมายถึง ความต้องการที่เกิดจากการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วย ความรุนแรง และวิธีการรักษา โดยบุคคลจะประเมินผลลัพธ์จากการใช้ระบบบริการสุขภาพแต่ละขั้นตอน เพื่อปรับให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการรักษาและเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

Young (1981: 499-507) พบว่าความรุนแรงของโรค ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อถือหรือความศรัทธาในประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพแบบต่างๆ และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาและระยะเวลาในการเดินทาง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ในประเทศไทย สันทัด เสริมศรี และ เจมส์ เอ็น ไรลีย์ (2517) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทยพบว่า ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาล ถ้าเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ จะมีแนวโน้มใช้การรักษาแผนโบราณ แต่ถ้าเชื่อว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เป็นไปตามธรรมชาติ มักจะใช้การรักษาแผนปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2528) ซึ่งพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ลักษณะความเจ็บป่วยและอาชีพของหัวหน้าครอบครัวมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ถ้าเจ็บป่วยเรื้อรังจะใช้การรักษาแผนโบราณเพิ่มขึ้น และถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะใช้การรักษาแผนปัจจุบัน

ในขณะที่ สุรีย์ จันทรโมลี (2535: 35) กล่าวว่า ครอบครัวของผู้ป่วยมีบทบาทและมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ญาติมีส่วนทั้งสนับสนุนและคัดค้านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยต่อการใช้บริการดูแลสุขภาพ และการรักษาของแพทย์

ส่วน ชื่นชม เจริญยุทธ (2522) ศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสุขภาพของประชาชนในชนบท พบว่า เมื่อประชาชนเจ็บป่วยจะรักษาตนเองมากที่สุด รองลงมาคือ ใช้บริการของรัฐและเอกชน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการ คือ ลักษณะโรคและระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการของรัฐในท้องถิ่น ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรักษาตนเอง แต่ถ้ามีอาการรุนแรงหรือเป็นโรคเรื้อรังจะใช้บริการของรัฐ โดยสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้หลายประการ ดังนี้ คือ

2.2.1. ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โดยเพศหญิง จะมี การใช้บริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีการศึกษาและรายได้สูงกว่ามีแนวโน้มจะใช้บริการรักษาแผนปัจจุบันมากกว่า ผู้สูงอายุจะมีการใช้บริการรักษาแผนโบราณมากกว่ากลุ่มอายุอื่น

2.2.2. ลักษณะอาชีพของหัวหน้าครอบครัว ผู้ที่รับราชการหรือทำงานในสำนักงาน จะใช้บริการรักษาแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร

2.2.3. ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ จะใช้บริการรักษาพื้นบ้านหรือแผนโบราณ แต่ถ้าเชื่อว่าสาเหตุจากธรรมชาติ จะใช้บริการรักษาแผนปัจจุบันมากกว่า

2.2.4. เขตที่อยู่อาศัย ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีแนวโน้มจะรักษาแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท

2.2.5. ประสบการณ์ที่เคยได้รับการรักษาครั้งก่อน ถ้าใช้วิธีการใดประสบผลสำเร็จจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการรักษาแบบนั้นอีก

2.2.6. ลักษณะความรุนแรงของโรค ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงและเฉียบพลัน มีแนวโน้มจะรักษาแผนปัจจุบันมากกว่า แต่ถ้าเจ็บป่วยไม่รุนแรงหรือเป็นโรคเรื้อรังจะมีแนวโน้มใช้บริการรักษาแผนโบราณมากกว่า

2.2.7. ระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการ ถ้าระยะทางไกลจะใช้บริการน้อยกว่า

ในทำนองเดียวกัน บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริวิศมี (2531) ได้ศึกษาในประชาชนชนบท จำนวน 2,571 หลังคาเรือน โดยการสัมภาษณ์และสังเกต พบว่า ประชาชนนิยมไปรับบริการที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และคลินิกเอกชน เนื่องจากเดินทางไปสะดวก เชื่อถือตัวบุคคลผู้รักษา และสถานบริการ มีบัตรสุขภาพหรือบัตรสงเคราะห์ ส่วนใหญ่ไม่เคยย้ายสถานที่รักษา ถ้าย้ายสถานที่รักษาจะย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด และ อุไรวรรณ คณิงเกษม (2536) ยังพบว่าเพศหญิงมักไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐหรือคลินิกเลย ขณะที่เพศชายถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเฉียบพลันมักรักษาตนเองก่อนและถ้าเจ็บป่วยรุนแรงมักไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหรือแพทย์ที่มีชื่อเสียง

จากการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างกัน ซึ่งประกอบด้วย คนไทยพุทธ ไทยจีน และไทยมุสลิม รวม 600 คน ของมานพ คณะโต (2525) พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ทัศนคติ ต่อการแพทย์แผนปัจจุบัน มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปจะเลือกใช้บริการรักษาแผนโบราณมากกว่ากลุ่มอื่นส่วนวาทีณี บุญชะลิกษ์ (2530) ได้ศึกษาวิธีการเลือกแหล่งรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่าประชาชนจะเลือกใช้แหล่งบริการรักษาที่มีแพทย์มากที่สุดรองลงมาคือ การรักษาตนเอง และในเขตเมืองจะเลือกใช้แหล่ง

บริการที่มีแพทย์สูงกว่า เมื่อพิจารณาปัจจัยในด้านเขตที่อยู่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และศาสนาที่แตกต่างกัน จะเลือกใช้บริการต่างกัน

จากการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงในกลุ่มโรคต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, 2540; นริสา ศรีลาชัย, 2540; ปฏิญา พรธรราย, 2540; เพชรรัตน์ เขียมละออ, 2540; วไลพรรณ ชลสุข, 2540; ศุภรัตน์ ไพศาลตันติธรรม, 2540) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจใช้ระบบบริการสุขภาพแหล่งใดนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของตน ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการ ปัจจัยเสริมอำนาจการซื้อบริการ เช่น การประกันสุขภาพ และความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับและความคุ้นเคยกับแหล่งบริการและผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่จัดการกับความเจ็บป่วยตามการให้ความหมายของความเจ็บป่วย ถ้ารับรู้ว่าจะไม่รุนแรงจะรักษาตนเองก่อน ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะใช้ระบบการแพทย์วิชาชีพเพิ่มขึ้น อาจเป็นสถานบริการของรัฐหรือเอกชน สำหรับระยะเวลาในการเข้ารับบริการ พบว่ากลุ่มที่สามารถให้ความหมายของอาการได้ชัดเจนจะมารับบริการเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถให้ความหมายที่ชัดเจนได้

สุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ (2540) ศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (ในเขตภาคกลาง) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ การใช้เวลาในการรับบริการ ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ ค่ารักษาพยาบาล การอธิบายเกี่ยวกับโรค การแนะนำและอธิบายวิธีการรักษา และผลของการรักษา โดยถ้าเจ็บป่วยธรรมดาส่วนใหญ่จะใช้บริการสุขภาพในชุมชน เช่น ซื้อยากินเอง ไปรับบริการสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน หรือคลินิกเอกชนในชุมชน แต่ถ้าเป็นโรคเฉพาะทาง เช่น โรคหัวใจหรือโรคตา จะไปใช้บริการโรงพยาบาลจังหวัดเพราะเชื่อว่ามีแพทย์เฉพาะทางสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้และมีเครื่องมือทันสมัย

เมื่อพิจารณาในด้านการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน เทพินทร์ พิชรานุรักษ์ (2533) ได้ศึกษาแนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเยียวยาพื้นบ้านจำนวน 20 ครั้ง เรือน ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งที่จังหวัดราชบุรีด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ พบว่า สาเหตุของความเจ็บป่วยตามแนวคิดของชาวบ้านแบ่งออกเป็น 6 สาเหตุ คือ ความอ่อนแอของร่างกาย ความผิดปกติในร่างกาย เชื้อโรค ธรรมชาติ สิ่งเหนือธรรมชาติ และเคราะห์กรรมหรือดวงชะตา สาเหตุและการเลือกวิธีการรักษามีแบบแผนไม่แน่นอน ชาวบ้านสามารถอธิบายสาเหตุความเจ็บป่วยได้หลายความเชื่อร่วมกัน เช่น ใช้ความเชื่อด้านไสยศาสตร์ร่วมกับความเชื่อสมัยใหม่โดยไม่รู้สึกรัดแย้งกัน ในด้านพฤติกรรม การรักษา พบว่าส่วนใหญ่รักษาตนเองด้วยยาสมัยใหม่เป็นอันดับแรก ส่วนการรักษาด้วยสมุนไพรหมอแผนโบราณมีน้อย

ต่อมา ทิพย์สุดา เณรทอง (2534) ศึกษาเชิงมานุษยวิทยาเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการรักษาโรคพื้นบ้านและการรักษาแผนปัจจุบัน กรณีศึกษาเฉพาะวัดโพธิ์ทองบนและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้มารับบริการที่วัดโพธิ์ทองบนมีทั้งผู้ป่วยที่ปรากฏอาการทางกายชัดเจนและผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากความเชื่อ หมอพื้นบ้านจะอธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรคแล้วจึงรักษาให้ และผู้ป่วยมารักษาที่หมอพื้นบ้านเนื่องจากได้รับคำแนะนำจาก ผู้ใกล้ชิด มีความกลัวและไม่เข้าใจกระบวนการรักษาแผนปัจจุบัน มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของสิ่งที่มีอำนาจลึกลับ ซึ่งการรักษาแผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่วนผู้ป่วยที่มารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้เคยรักษาแบบพื้นบ้านมาก่อน หรือรักษาทั้งสองวิธีควบคู่กันไป

ส่วนมาลี สิทธิเกรียงไกร (2538) ศึกษาถึงการให้ความหมายของบุคคลเมื่อมาพบหมอเหยา (หมอพื้นบ้านประเภทหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) พบว่า ผู้ที่มาพบหมอเหยาเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากผีทำ ก่อนมาพบหมอเหยา ผู้ป่วยเคยผ่านการรักษาแผนปัจจุบันมาก่อน มีบางรายที่มาพบหมอเหยาพร้อมกับการรักษาแผนปัจจุบัน เพราะเชื่อว่าหมอเหยารักษาโรคได้ดี

ธารา อ่อนชมจันทร์ และคณะ (2538) ได้ศึกษาเรื่องทางเลือกในการรักษากระดูกหัก โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและสังเกตร่วมในผู้ป่วย 116 ราย ที่มาโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ในปี 2536 และติดตามผลการรักษาถึงปี 2537 พบว่า ร้อยละ 58.3 ใช้การรักษาทั้งแผนปัจจุบันและพื้นบ้านควบคู่กันไป รองลงมาใช้การรักษาแผนปัจจุบันอย่างเดียว ร้อยละ 20.7 และใช้การรักษาพื้นบ้านอย่างเดียว ร้อยละ 19.8 เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อกำหนดทางเลือกในการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่กลับไปเลือกใช้บริการกับหมอพื้นบ้านอย่างเดียวนั้นมีฐานะยากจน มีญาติเป็นหมอ พื้นบ้านหรือมีความศรัทธาเชื่อถือหมอพื้นบ้านอยู่แล้ว กลุ่มที่เลือกการรักษาแผนปัจจุบันอย่างเดียว เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ครูหรือเป็นนักเรียนที่ครูพามาส่ง และปัจจัยที่กำหนดทางเลือกได้แก่ เบิกค่ารักษาได้ มีบัตรประกันสุขภาพ หรือมีฐานะดี ส่วนกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งสองวิธีร่วมกัน เนื่องจากการรักษาใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน มีความเชื่อหรือมีญาติเป็นหมอพื้นบ้าน บ้านอยู่ใกล้เคียงกัน และชาวบ้านยอมรับว่ากระบวนการรักษาพื้นบ้านอบอุ่น เป็นกันเอง สอดคล้องกับการศึกษาภูมิปัญญาหมอ พื้นบ้านรักษากระดูกคนหนึ่งของนิตยา กิจไพศาล (2539) คือ สาเหตุผู้ป่วยที่มารักษากับหมอพื้นบ้านเนื่องจากความเชื่อมั่นศรัทธาในตัวหมอและเชื่อถือประสิทธิภาพการรักษา รวมทั้งญาติสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจรักษาได้

นอกจากนี้จากหลายการศึกษา พบว่า ลักษณะของความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย ความเชื่อถือศรัทธาในผู้รักษารวมถึงความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับมีผล

ต่อการใช้ระบบการดูแลสุขภาพเป็นอย่างมาก(วัชรวิ แก้วนอกเขา, 2536; วิภา สันตะบุตร, 2537; สัมภาษณ์ วัฒนา และมะลิวัลย์ ยุติธรรม, 2538)

กฤษณา นาดี (2541) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยในผู้สูงอายุที่ไปรับบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จำนวน 60 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับนุสรานิมิน้อย (2542) ที่ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จำนวน 30 ราย (ผู้สูงอายุ 13 ราย) พบว่า ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบการดูแลสุขภาพแต่ละส่วน เป็นปัจจัยทั้ง 3 ด้านเช่นกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ ด้านผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ

และจากการศึกษาของพัชรี คมจักรพันธ์ (2544) เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยให้ความหมายของบริการสุขภาพทางเลือก เป็น 2 ลักษณะคือเป็นสิ่งที่ควรลองเพื่อหายและใช้สองทางเสริมกัน รูปแบบที่ใช้คือใช้ควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน และใช้สุขภาพทางเลือกเพียงอย่างเดียว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้ คือการบอกต่อกันมา และเห็นตัวอย่างแล้วเกิดความเชื่อถือนมากขึ้น ส่วนผลการรักษาโดยเฉพาะด้านจิตใจ คือทำให้เกิดความหวังสร้างกำลังใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ จึงได้ทำการศึกษาตามการศึกษากฤษณา นาดี (2541) และนุสรานิมิน้อย (2542) ที่ได้ทำการศึกษาจากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาจากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ

- 1). ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ จากการที่สังคมไทยมีลักษณะระบบการแพทย์พหุลักษณะ ทำให้ประชาชนมีโอกาสและทางเลือกในการเข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วยตามความต้องการหรือความเชื่อของตนเพิ่มขึ้น และประชาชนจะมีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพแบบใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการที่มีอยู่ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ความสะดวกในการไปใช้บริการ ระยะทางระหว่างบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ สิทธิในการรักษาพยาบาล การประกันสุขภาพ และสวัสดิการต่าง ๆ รวมทั้งคุณภาพของระบบบริการและชื่อเสียงของแหล่งบริการด้วย

- 2). ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ การที่ผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพมีหลายประเภท อธิบายได้ว่าที่ ความเป็นกันเองในการให้บริการ ความเพียงพอของผู้ให้บริการตลอดจนความมีชื่อเสียง



ของผู้ให้บริการ จึงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้มารับบริการมีโอกาสเลือกแหล่งบริการรักษาที่ตนเองพอใจเพิ่มขึ้น

3). ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ได้แก่ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วย สาเหตุ อาการ ความรุนแรงและระยะเวลาของความเจ็บป่วย ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติเกี่ยวกับการรักษา ความคาดหวังเกี่ยวกับผลการรักษา ประสบการณ์การรักษาของตนเอง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว การได้รับคำแนะนำจากเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือเครือข่ายทางสังคม รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะทางด้านประชากรและสังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา อาชีพ ศาสนา และเชื้อชาติ เป็นต้น

### 2.3 รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

การใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดรูปแบบของการใช้ที่แตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน โดยเฉพาะภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความลำบากกับบุคคล ครอบครัวและสังคม Kleinman (1980) ได้ศึกษารูปแบบของการใช้วิธีการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของประชาชนใน 1 เดือน โดยการสัมภาษณ์ ที่ประเทศไต้หวัน พบว่า ประชาชนมีรูปแบบของการใช้วิธีการรักษาการเจ็บป่วยจากระบบการดูแลสุขภาพ 3 รูปแบบใหญ่ๆ คือ

2.3.1. การใช้วิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพหลายวิธี จากระบบการดูแลสุขภาพทุกส่วนพร้อมกัน ในเวลาเดียวกัน เป็นการใช่วิธีการรักษาเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของบุคคล ครอบครัว หรือเครือข่ายทางสังคม ด้วยการหาวิธีการต่างๆ มารักษาตนเองหรือผู้เจ็บป่วย โดยใช้วิธีการรักษาหลายวิธีร่วมกัน เมื่อคาดว่าวิธีการรักษาเหล่านั้นจะช่วยกันรักษาอาการเจ็บป่วยได้ ซึ่งจะใช้ทุกวิธีพร้อมกัน ในเวลาเดียวกันไปเลย โดยไม่มีการประเมินผลหลังใช้แล้วเพิ่มทีละวิธีเหมือนรูปแบบอื่น ซึ่งการใช้ระบบการดูแลสุขภาพเป็นการใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วนร่วมกัน รูปแบบนี้มักพบในเด็กที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง

2.3.2. การใช้วิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพทีละวิธี จากระบบการดูแลสุขภาพทีละส่วน เป็นการใช่วิธีการรักษาเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของบุคคล ครอบครัว หรือเครือข่ายทางสังคม ด้วยการหาวิธีการต่างๆ มารักษาตนเองหรือผู้เจ็บป่วย โดยใช้วิธีการรักษาทีละวิธี เช่น การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนจีน เป็นต้น แต่ต่อมาหลังจากการประเมินผลวิธีการรักษาที่ใช้แล้วว่ารักษาไม่หาย อาการไม่ดีขึ้นหรือผลไม่เป็นที่พอใจ ก็จะมีการเลิกใช้วิธีการดังกล่าว และหาวิธีอื่นมารักษาโดยใช้ทีละวิธีตามลำดับต่อไป ซึ่งอาจใช้วิธีการเดิมแต่เปลี่ยนผู้รักษา เช่น ใช้การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันแต่เปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาคนใหม่ หรือเปลี่ยนวิธีการรักษาใหม่ เช่น เปลี่ยนจาก

แพทย์แผนปัจจุบันหรือแผนจีน เป็นหม้อพื้นบ้านที่เกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระของลัทธิเต๋า ซึ่งการใช้ระบบการดูแลสุขภาพอาจเป็นการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนเดิม หรือเปลี่ยนไประบบการดูแลสุขภาพส่วนอื่นก็ได้ แต่จะใช้ทีละวิธี จากทีละส่วน เช่น ใช้วิธีการรักษาจากส่วนวิชาชีพด้วยการรับประทานยาเปลี่ยนเป็นการให้ยาฉีด หรือใช้วิธีการรักษาจากส่วนประชาชนเปลี่ยนเป็นส่วนวิชาชีพ หรือใช้วิธีการรักษาจากส่วนพื้นบ้านเปลี่ยนเป็นส่วนวิชาชีพ เป็นต้น รูปแบบนี้มักพบในวัยผู้ใหญ่ ที่มีอาการเจ็บปวด แต่ไม่เป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต

2.3.3. การใช้วิธีการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพหลายวิธี จากระบบการดูแลสุขภาพในแต่ละส่วนร่วมกัน เป็นการใช่วิธีการรักษาเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของบุคคล ครอบครัว หรือเครือข่ายทางสังคม ด้วยการหาวิธีการต่างๆ มารักษาตนเองหรือผู้เจ็บป่วย โดยใช้วิธีการรักษามากกว่า 1 วิธีร่วมกัน เมื่อประเมินว่าวิธีการรักษาเหล่านั้นจะช่วยกันรักษาอาการเจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มเติมวิธีการรักษาใหม่ที่ละวิธีตามลำดับร่วมกับวิธีการรักษาต่างๆ ที่ใช้อยู่เดิมจากนั้นจะใช้ร่วมกันต่อไป เช่น ใช้การรักษาดูแลตนเองด้วยการรับประทานยาบำรุงสุขภาพพร้อมกับรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันไประยะหนึ่ง ต่อมาอาจจะเพิ่มรับการรักษาจากแพทย์แผนจีนด้วย และต่อมาอาจจะเพิ่มรับการรักษาจากหม้อพื้นบ้านที่เกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์อีกด้วย เป็นต้น ซึ่งขณะที่ใช้วิธีการรักษาดังกล่าวทั้งหมดหากพบว่าภายหลังการประเมินผลการรักษาแล้ว มีวิธีการรักษาใดได้ผลว่ารักษาอาการเจ็บป่วยแล้วไม่หาย ไม่ดีขึ้นหรือไม่เป็นที่น่าพอใจ ก็อาจจะใช้วิธีการเดิมต่อไปแต่เปลี่ยนผู้รักษา หรือการเลิกใช้วิธีการนั้นไปและเปลี่ยนเป็นวิธีการรักษาอื่น ส่วนวิธีการรักษาใดที่ประเมินผลว่าทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้นหรือเป็นที่น่าพอใจก็จะยังคงใช้ต่อไปทุกวิธีร่วมกับวิธีการรักษาที่เปลี่ยนใหม่ ซึ่งการใช้ระบบการดูแลสุขภาพอาจเป็นการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2 ถึง 3 ส่วนร่วมกัน เช่น ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับส่วนพื้นบ้าน หรือทั้งส่วนประชาชนส่วนวิชาชีพ และส่วนพื้นบ้านร่วมกัน เป็นต้น รูปแบบนี้มักพบในวัยผู้ใหญ่ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือกลับมาเป็นซ้ำ

ในประเทศไทยจากการศึกษาของกฤษณา นาดี (2541) และนุสรานี นิ่มน้อย (2542) ที่พัฒนาจากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเบาหวาน มีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2-3 ส่วนพร้อมๆ กัน ได้แก่ ส่วนประชาชนร่วมกับส่วนวิชาชีพ ส่วนประชาชนร่วมกับส่วนพื้นบ้าน หรือทั้งส่วนวิชาชีพ ส่วนประชาชนและส่วนพื้นบ้านร่วมกัน หรือเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาระหว่าง 3 ส่วน

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (ในลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2535: 164-202) ได้ศึกษาชาวชนบทไทยในหมู่บ้านภาคอีสาน โดยการสัมภาษณ์ระดับลึก พบรูปแบบของพฤติกรรมกรรมการเลือกแหล่งรักษาเยี่ยงยาคความเจ็บป่วยทั้งหมดในรอบ 1 เดือน 7 รูปแบบเรียงตามลำดับมากไปน้อย คือ

1. การดูแลรักษาตนเองโดยตลอด คือ การเลือกที่จะดูแลรักษาตนเอง รวมทั้งการอดทนเพิกเฉยต่ออาการ โดยปล่อยเอาไว้มองตัวเองหรือการรอดูอาการ เพื่อตัดสินใจแสวงหาวิธีการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่ง

2. การดูแลรักษาตนเองแล้วไปรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การดูแลรักษาตนเองในขั้นแรกแล้วผลไม่เป็นที่น่าพอใจ จึงไปหาแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลจังหวัด เป็นต้น

3. การรักษาโดยแพทย์พื้นบ้าน คือ การไปหาแพทย์พื้นบ้านทันทีที่รู้สึกเจ็บป่วย โดยเป็นหมอที่เก็บเงินค่ารักษา ส่วนใหญ่มักเป็นโรคพื้นบ้านหรือโรคที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

4. การรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การไปพบแพทย์แผนปัจจุบันไม่ว่าจะเป็น สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลทันทีที่เกิดความเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นอาการที่เฉียบพลัน หรือเป็นอาการที่รับรู้ว่าจะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน

5. การดูแลรักษาตนเองไปสู่วิธีแพทย์พื้นบ้าน คือ มีการดูแลรักษาตนเองในขั้นแรก เมื่ออาการไม่ดีขึ้น จึงไปรับการรักษาจากแพทย์พื้นบ้านต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นโรคพื้นบ้าน ปัจจัยที่กำหนดการเปลี่ยนวิธีการรักษา คือ ปัจจัยของการรับรู้และจากประสบการณ์ของตนเองและเครือข่ายทางสังคม ผสมผสานกับความเชื่อเรื่องสาเหตุและวิธีการรักษาโรค

6. การดูแลรักษาตนเองในขั้นสุดท้าย คือ การหันกลับมาสู่การรักษาตนเองในขั้นตอนสุดท้าย โดยในขั้นแรกอาจรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันหรือ แพทย์พื้นบ้าน มักพบในกลุ่มอาการเรื้อรัง ปัจจัยสำคัญ คือ ความล้มเหลวในการรักษาในขั้นตอนก่อนๆ หรือความตระหนักรู้ หรือคุ้นเคยกับวิธีการรักษาตนเองที่สามารถบรรเทาอาการของตนเองได้

7. การผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้าน คือ การเริ่มต้นดูแลสุขภาพตนเองด้วยการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์พื้นบ้านไปพร้อมๆ กัน โดยมีปัจจัยสำคัญ คือ ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ถึงความสำเร็จของการรักษาจากคำบอกเล่าจึงต้องการทดลองรักษาทั้ง 2 วิธี เพื่อให้หายขาดจากอาการที่น่าวิตก

ส่วนเทพินทร์ พัทธานุกรณ์ (2533: 85-96) ศึกษาเรื่องแนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านของประชาชนในจังหวัดราชบุรี พบว่า ส่วนมากใช้การรักษาตนเองด้วยยาสมัยใหม่เป็นอันดับแรก การรักษาด้วยสมุนไพรและยากลางบ้านจากแพทย์แผนโบราณมีน้อย

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2534: 54-60,87-97) ศึกษาในหมู่บ้าน จังหวัดยโสธร พบว่า แบบแผนความเจ็บป่วยของประชาชนมี 3 แบบคือ แบบแผนที่ใช้การรักษาขั้นตอนเดียวหายร้อยละ 6 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง รองลงมาคือการไปแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแพทย์พื้นบ้านและโรงพยาบาล/คลินิก ตามลำดับ แบบแผนที่ใช้การรักษา 2 ขั้นตอนหาย พบได้ร้อยละ 11 เท่านั้น

สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดระบบการดูแลสุขภาพและการศึกษารูปแบบของการใช้วิธีการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของ Kleinman (1980) และการศึกษาของ กฤษณา นาดี (2541) และนุสราน นิมน้อย (2542) ที่พัฒนาจากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) เป็นแนวคิดเบื้องต้นในการศึกษานี้เกี่ยวกับรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประกอบกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องในบริบทของประเทศไทย

### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจึงมีการแสวงหาและเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพตลอดเวลา มีการศึกษาพบว่า เกิดจากผู้ที่มีความท้อแท้ เบื่อหน่าย ต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเดิมๆหากมีใครมาแนะนำวิธีการรักษาใดๆ ที่บอกว่าได้ผลก็จะปฏิบัติตามไปเรื่อย โดยเฉพาะเมื่อเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2538)

ในการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในบริบทของประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเรื่องพฤติกรรม การแสวงหาการดูแลสุขภาพ กระบวนการแสวงหาการบริการสุขภาพ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ หรือเป็นการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพเฉพาะส่วน เช่น การใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่จำแนกตามอายุ มักจะเป็นวัยผู้ใหญ่ และเพศหญิง สำหรับในวัยสูงอายุมีน้อยและมักเป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งที่ผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนน้อย ส่วนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีน้อยเช่นกัน โดยเฉพาะยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรงเกี่ยวกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

จากการทบทวนรายงานการศึกษาดังๆ ที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นำเสนอแยกตามองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 3 องค์ประกอบมีดังต่อไปนี้

#### 3.1 ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน

ผกามาศ นามประดิษฐ์ (2536) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษามีกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 64.8 ขณะที่กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีร้อยละ 35.2 ด้านพฤติกรรมการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน เช่น ฟ้าทะลายโจร ว่านหางจระเข้ ใญ่าใต้ใบ หรือยาไทย พวกยาฝีบอก และมีการใช้รับประทานยาแบบต้มเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือการปั่นเป็นลูกกลอนซึ่งพบมากในกลุ่มควบคุมไม่ได้

ส่วนนุสรุ นิมน้อย (2542) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน 30 ราย (ผู้สูงอายุ 13 ราย) พบว่าผู้ป่วยมีการประเมินความรุนแรงของโรคเป็นระยะๆ เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเมื่อประเมินว่าสุขภาพแข็งแรงดี ก็หยุดยาของโรงพยาบาลเอง 2 เดือน ต่อมามีอาการผิดปกติ คือตาพร่ามัวมาก ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งเดิม จึงพบว่ามึระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากถึง 630 มก./ดล. จึงเข้ารับการรักษาต่อ สำหรับการที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพ พบว่า ทั้งผู้ป่วยที่มีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพอย่างเดียวและใช้ส่วนวิชาชีพพร้อมกับส่วนประชาชน มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมไม่ได้ทั้งสิ้น เมื่อพิจารณาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพพร้อมกับส่วนประชาชน พบว่ามีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการรักษาหลายวิธี ได้แก่ ว่างานหจระเข้ ดอกคำฝอย ยาสมุนไพรสดต้มและฟ้าทะลายโจร รวมถึงการลดขนาดยาแผนปัจจุบันเองด้วย

ทั้งนี้จากหลายการศึกษาพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษามีการทดลองรักษาเบาหวานด้วยการกินยาหม้อหรือสมุนไพร (ภาวนา กิริติยตวงศ์, 2537; มาลี จำนงผล, 2540; วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2540; เยาวเรศ สมทรัพย์, 2542) แต่ผู้ป่วยจะปกปิดการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว เพราะไม่ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพของระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ (อาทร รั้วไพบูลย์ และคณะ, 2533; บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2538; จิตตินันท์ พงสุวรรณ, 2542)

จากการศึกษาดำรยาพื้นบ้านไทย พบว่ามีพืชสมุนไพรหลายชนิดที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน เช่น ตำลึง บอระเพ็ด อินทนิล ข้าพหลู หมากดิบน้ำค้าง ตีนตุ๊กแก กระแตไต่ไม้ น้ำนมราชสีห์ โทงเทง บุกและสัก เป็นต้น และจากการรวบรวมผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพืชสมุนไพรที่มีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือด พบว่า มีพืชสมุนไพรที่มีศักยภาพที่จะพัฒนาเป็นยาลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวม 10 ชนิด คือ นิโครธ ตำลึง มะระ หอมใหญ่ บัวหลวง บอระเพ็ด มะตูม กระเทียม กะเพราและว่างานหจระเข้ (มาลี บรรจบ และสุธิดา ไชยราช, 2541) และมีสมุนไพรบางชนิดได้มีการวิจัยและพัฒนาที่ชัดเจน เพื่อผลิตเป็นยารับประทานแทนยาแผนปัจจุบันแล้ว ได้แก่ บอระเพ็ด มะระขี้นก และข้าพหลู (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543: 14)

### 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สำหรับโรคเบาหวานการประเมินความรุนแรงของโรคหรือผลการรักษา ส่วนหนึ่งเป็นไปตามการรับรู้ของผู้ป่วย ว่ามีอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นรุนแรงมากน้อยแค่ไหน ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรภาพของร่างกายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น(วิทยา ศรีดามา, 2545) และอีกส่วนหนึ่งผู้ป่วยก็ใช้ระดับน้ำตาลในเลือดในการตัดสินใจใช้บริการจากระบบการดูแลสุขภาพโดยตรง ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานหลายรายยอมรับว่าพร้อมที่จะทดลองรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ที่มีผู้แนะนำ โดยเมื่อรักษาไประยะหนึ่งจะประเมินจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดและ

อาการทั่วไปเพื่อตัดสินใจต่อว่าจะทดลองรักษาต่อไปหรือเปลี่ยนวิธีการรักษาใหม่ (ปทุมพรธรม มโนกุลอนันต์, 2535: 36-37) ทำให้ผู้ป่วยมักจะมีการเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาหรือสถานบริการสุขภาพบ่อย หากประเมินด้วยตนเองว่ารักษาไม่หายหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2540: 71-91; นิธิสา ศรีลาชัย, 2540)

ปทุมพรธรม มโนกุลอนันต์ (2535 : 36-37) ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าเบาหวานรักษาไม่หายขาด พฤติกรรมการรับประทานยาจะเป็นไปอย่างถูกต้อง และมีความต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในการรับประทานยา ส่วนผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าเบาหวานสามารถรักษาได้หายขาดนั้น การรับประทานยาจะเป็นไปอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอในระยะแรกๆ เท่านั้น เมื่อคิดว่าตนเองหายจากโรคก็จะหยุดยาเอง โดยเกณฑ์ที่ผู้ป่วยเบาหวานใช้ในการตัดสินใจความรุนแรงของโรค คืออาการทางคลินิก การรักษา ระยะเวลาในการรักษา และระดับน้ำตาลในเลือด

### 3.3 รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

บุศรา เกิดพึงบุญประชา (2534: 32-33) ศึกษาแนวคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานมานาน พฤติกรรมการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยหลังจากทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานจะไปรับการรักษาจากสถานบริการที่ตนเองมีความเชื่อถือว่าจะทำให้หายจากโรคได้เป็นแห่งแรก และเมื่อรักษาในช่วงระยะเวลาหนึ่งเมื่อไม่มีที่ทว่าจะทำให้หายผู้ป่วยจะแสวงหาแหล่งบริการใหม่ และยังพบว่ามีการใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณร่วมด้วย

จิตตินันท์ พงสุวรรณ (2542) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยจะมีการทดลองใช้วิธีการรักษาอื่นควบคู่กับการใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น การรักษาด้วยยาสมุนไพร การแก้มวย การบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น โดยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะหยุดทดลองเมื่อพบว่าไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่รู้สึกสบายขึ้น ด้วยเปลี่ยนมาเชื่อว่าเบาหวานรักษาไม่หายขาดจะยึดการรักษาแผนปัจจุบันเป็นหลัก ขณะที่กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้คาดหวังว่าน่าจะมีตัวยาหรือวิธีการรักษาที่สามารถรักษาเบาหวานให้หายขาดได้จะไม่หยุดทดลองใช้วิธีการรักษาอื่นจะพยายามค้นหาและตั้งใจทดลองวิธีการรักษาใหม่ ๆ ต่อไป

ดังนั้นเพื่อให้ทราบและเข้าใจถึงการใชระบบการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานว่าเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษางานวิจัยนี้เพื่อตอบคำถามข้างต้น โดยการสำรวจการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคลากรด้านสุขภาพได้รับรู้และเข้าใจการใชระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และเกิดการพัฒนามาตรฐานระบบการดูแลสุขภาพส่วนต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

**ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้**

- ส่วนประชาชน
- ส่วนพื้บ้าน
- ส่วนวิชาชีพ

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ**

- ด้านระบบบริการสุขภาพ
- ด้านผู้ให้บริการ
- ด้านผู้รับบริการ

**รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ**

- ใช้วิธีการรักษาหลายวิธีจากทุกส่วน พร้อมกัน
- ใช้วิธีการรักษาที่ละวิธีจากทีละส่วน
- ใช้วิธีการรักษาหลายวิธีจากแต่ละส่วนร่วมกัน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเบื้องต้น (Exploratory Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี

เหตุผลของการเลือกเขตพื้นที่ในการศึกษาประชากรและกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี เนื่องจากรายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า จังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุดในภาคตะวันออก และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีก (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2541; 2542; 2543; 2544) นอกจากนี้จังหวัดชลบุรียังเป็นจังหวัดที่มีระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย ดังจะเห็นได้จากข้อมูลพื้นฐานด้านการสาธารณสุข ปี 2544 พบว่าในจังหวัดชลบุรีมีโรงพยาบาลทั้งสิ้น 28 แห่ง แบ่งเป็นของรัฐบาล 19 แห่ง และเอกชน 9 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 แห่ง คลินิกแพทย์ 320 แห่ง สถานีนอนามัย 120 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2544) ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 269 แห่ง ร้านขายยาแผนโบราณ 55 แห่ง สถานบริการเวชกรรมแผนโบราณ (นวดแผนโบราณ) 11 แห่ง และสถานบริการแบบประยุกต์ (ฝังเข็ม) 3 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2545) ดังนั้นจังหวัดชลบุรีจึงเป็นพื้นที่ที่สอดคล้องกับตัวแปรซึ่งใช้แนวคิดของระบบการดูแลสุขภาพที่ทำการศึกษานี้ โดยสุ่มเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยบริการสุขภาพของรัฐ ที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ผู้ป่วยในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั่วไปจนถึงผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนมากขึ้นดังเช่นผู้ป่วยเบาหวานได้ (สมหมาย หิรัญนุช, 2547) และประชาชนโดยส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในชุมชน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้จะสามารถอ้างอิงเป็นประชากรเป้าหมายของผู้สูงอายุโรคเบาหวานทั่วไปได้



### ขนาดของประชากร

จากการศึกษาไม่พบรายงานการสำรวจจำนวนผู้ป่วยเบาหวานตามจำนวนที่เป็นอยู่จริง แต่เป็นรายงานผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐและไม่จำแนกตามอายุ ในจังหวัดชลบุรี ปี 2545 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (ไม่จำแนกตามอายุ) 7,513 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2545) และจากการศึกษาข้อมูลพบว่า ในประเทศไทยอัตราความชุกของโรคเบาหวานในวัยสูงอายุมีประมาณร้อยละ 13-15.3 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (วิทยา ศรีดามา, 2545) ซึ่งคิดโดยเฉลี่ยจะพบประมาณร้อยละ 14.15 ดังนั้นขนาดของประชากรผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดชลบุรีปี 2545 ควรจะมีประมาณ 1,063 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดชลบุรี 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลอ่าวอุดม และโรงพยาบาลบ่อทอง จำนวน 290 คน

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

1. นำขนาดประชากรมาหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด ตามสูตรของ Yamane (1976 อ้างใน สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธ์, 2544: 127) เมื่อระดับความมีนัยสำคัญเป็น .05 ซึ่งมีสูตรดังนี้ คือ

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากร

e คือ ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง

จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 
$$n = \frac{1,063}{1 + 1,063(.05)^2} = 290 \text{ คน}$$

2. คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในแต่ละโรงพยาบาล เริ่มจากการคำนวณหาประชากรผู้สูงอายุโรคเบาหวานในแต่ละโรงพยาบาลที่ถูกสุ่มเลือกได้ ตามอัตราความชุกของโรคเบาหวานในวัยสูงอายุในประเทศไทย ซึ่งคิดโดยเฉลี่ยจะพบประมาณร้อยละ 14.15 (วิทยา ศรีดามา, 2545) จะได้ว่าโรงพยาบาลพนัสนิคมจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 2,512 คน คำนวณได้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานประมาณ 355 คน โรงพยาบาลอ่าวอุดมจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 644 คน คำนวณ

ได้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานประมาณ 91 คน และโรงพยาบาลบ่อทองจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 413 คน คำนวณได้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานประมาณ 58 คน จากนั้นจึงคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในแต่ละโรงพยาบาลตามอัตราส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุโรคเบาหวานในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมแล้วเท่ากับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลพนัสนิคม 204 คน โรงพยาบาลอ่าวอุดม 52 คนและโรงพยาบาลบ่อทอง 34 คน รวมเป็น 290 คน ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่งในจังหวัดชลบุรี

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)		กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (คน)
	ทั้งหมด	ผู้สูงอายุ	
ร.พ.พนัสนิคม	2,512	355	204
ร.พ.อ่าวอุดม	644	91	52
ร.พ.บ่อทอง	413	58	34
รวม	3,569	504	290

#### คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยรายเก่าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน
2. มีผลการตรวจเลือดหาค่า FPG ก่อนอาหารเช้าในวันสัมภาษณ์
3. มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชลบุรี
4. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้วิจัยได้
5. มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

คุณสมบัติที่คัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระยะวิกฤตจนเป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูล เช่น หายใจเหนื่อยหอบ หรือมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. จากประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งประเภทของโรงพยาบาล (Stratified random sampling) ตามขนาดเตียงที่สามารถรับ

ผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล ได้แก่ 120, 90, 60 และ 30 เตียง ทั้งหมด 10 แห่ง โดยเลือกโรงพยาบาลที่มีคลินิกเบาหวาน ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลขนาด 120, 90 และ 60 เตียง

2. จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเลือกโรงพยาบาลตามขนาด ขนาดละ 1 แห่ง จะได้โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคั้งนี้ 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพนัสนิคม (120 เตียง) โรงพยาบาลอ่าวอุดม (90 เตียง) และโรงพยาบาลบ่อทอง (60 เตียง)

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลด้วยวิธี การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) คือ เลือกจากลำดับการมาเข้ารับบริการที่ห้องตรวจ ทุกๆ คนที่ 3 ที่มีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาหลักเกณฑ์วิธีการสร้างแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างและแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และศึกษาตามแนวคิดของ Kleinman (1980) ทฤษฎี งานวิจัย บทความ และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วจึงสร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด คำจำกัดความของการวิจัยและปรับปรุงจากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม 2 ชุด และแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด ดังนี้คือ

**ชุดที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน และค่า FPG ในวันสัมภาษณ์

**ชุดที่ 2. แบบสอบถามการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**  
แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

**ตอนที่ 1 ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้** ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดของระบบการดูแลสุขภาพ Kleinman (1980) โดยการศึกษา ค้นคว้า จากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ 3 ส่วน คือระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้จากส่วนประชาชน ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้จากส่วนวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้จากส่วนพื้นบ้าน

ลักษณะแบบสอบถาม เป็น คำถามแบบประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 37 ข้อ เกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ในปัจจุบัน แบ่งคำตอบเป็น 3 ระดับ ตามความถี่ของการใช้ คือ ใช้ประจำ ใช้เป็นบางครั้ง ไม่เคยใช้เลย มีกำหนดให้เลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายในการใช้ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย
ใช้ประจำ	ใช้วิธีการรักษาในข้อคำถามอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้วิธีการรักษาในข้อคำถามบ้างแต่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ
ไม่เคยใช้เลย	ไม่ได้ใช้วิธีการรักษาที่ระบุในข้อคำถามเลย

แล้วนำคำตอบแต่ละลำดับของข้อคำถามมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

**ตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ** เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามการศึกษาของกฤษณา นาดี (2541) และนุสรา นิมน้อย (2542) ที่พัฒนาจากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพและการศึกษาของ Kleinman (1980) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษา ค้นคว้า จากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ที่ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับการวินิจฉัย ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้รับบริการ

ลักษณะแบบสอบถาม เป็น คำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 31 ข้อ โดยมี 2 คำตอบ ตามการเป็นเหตุผลที่ใช้จริง คือ ใช่ และไม่ใช่ มีกำหนดให้เลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายของเหตุผลในการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย
ใช่	เป็นเหตุผลในการใช้วิธีการรักษา
ไม่ใช่	ไม่เป็นเหตุผลในการใช้วิธีการรักษา

แล้วนำคำตอบแต่ละข้อคำถามมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

**ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน** เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยแนวคำถามกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview schedule) จำนวน 4 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดระบบการดูแล

สุขภาพและการศึกษาของ Kleinman (1980) ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวคิดพื้นฐานในการสร้างแนวคำถามเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและรูปแบบของการใช้

### การสร้างเครื่องมือ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ มีดังต่อไปนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

2. สร้างแบบสอบถามชุดที่ 2 การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ทั้ง 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้หลังได้รับการวินิจฉัย ตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพหลังได้รับการวินิจฉัย และสร้างแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3 การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยมีวิธีการดังนี้

2.1 ศึกษาแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพและผลงานการศึกษาของ Kleinman (1980)

2.2 สร้างข้อคำถาม โดยการสร้างโครงร่างแบบสอบถามก่อน เพื่อให้ได้จำนวนข้อคำถามที่เหมาะสมกับกรอบแนวคิดและคำจำกัดความของตัวแปรที่ศึกษา และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ซึ่งร่างแบบสอบถามประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามในแต่ละตัวแปรดังนี้

จากตัวแปรการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ได้สร้างเครื่องมือเป็น 2 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามชุดที่ 2 การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นแบบสอบถามมีโครงสร้าง จัดสร้างข้อคำถามได้ทั้งหมด 77 ข้อ ซึ่งสามารถจัดสัดส่วนน้ำหนักข้อคำถาม แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้หลังได้รับการวินิจฉัย สามารถจัดสร้างข้อคำถามได้ 32 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้จากส่วนประชาชน 12 ข้อ ส่วนวิชาชีพ 11 ข้อ และส่วนพื้นบ้าน 9 ข้อ และตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพหลังได้รับการวินิจฉัยจัดสร้างข้อคำถามได้ 32 ข้อ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพด้านระบบบริการสุขภาพ 8 ข้อด้านผู้ให้บริการ 7 ข้อและด้านผู้รับบริการ 19 ข้อ

2) แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3 การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview schedule) สร้างแนวคำถามตามแนวคิดเบื้องต้นของการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ จำนวน 4 ข้อ

2.3 นำข้อคำถามที่สร้างขึ้นของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ตามโครงร่างแบบสอบถามและแนวข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์เสนออาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ตรวจสอบพร้อมขอคำแนะนำ จากนั้นนำมาทำการปรับปรุงแก้ไข

2.4 นำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว ส่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา กับผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 7 ท่าน

2.5 นำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไข ปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมแล้ว ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง ด้วยวิธี “Face validity” จากนั้นปรับแก้ข้อคำถามให้มีความครอบคลุมชัดเจนและเรียงลำดับชุดข้อคำถามใหม่ เพื่อป้องกันการถามนำโดยใช้คำถามเชิงคุณภาพก่อนคำถามเชิงปริมาณ และนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และปรับแก้อีกครั้งตามคำแนะนำ จึงนำไปทดลองใช้กับผู้ช่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายอีกครั้งโดยไม่ซ้ำรายเดิม แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบอีกครั้ง และปรับแก้ข้อคำถามด้านภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้ง 2 ชุด นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเพื่อตรวจสอบและขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขด้านเนื้อหาและภาษา จากนั้นนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมแล้ว พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคเบาหวาน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการให้บริการสุขภาพ 1 ท่าน

และนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านการให้บริการสุขภาพ 1 ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้ว จึงนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) โดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 จาก

นั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้เป็นเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

หลังการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 2 การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ ตอนที่ 1 ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้หลังได้รับการวินิจฉัย

ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้จากส่วนประชาชน

- |   |   |     |
|---|---|-----|
| - ปรับความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อความ | 5 | ข้อ |
| - ปรับความเหมาะสมของภาษาที่ใช้            | 4 | ข้อ |
| - ตัดข้อความ                              | 1 | ข้อ |
| - เพิ่มข้อความ                            | 2 | ข้อ |

ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้จากส่วนวิชาชีพ

- |   |   |     |
|---|---|-----|
| - ปรับความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อความ | 4 | ข้อ |
| - เพิ่มข้อความ                            | 3 | ข้อ |

ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้จากส่วนพื้นบ้าน

- |   |   |     |
|---|---|-----|
| - ปรับความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อความ | 3 | ข้อ |
| - ตัดข้อความ                              | 1 | ข้อ |

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนข้อความก่อนและหลังการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้

ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้	จำนวนข้อความ (ข้อ)	
	ก่อนตรวจสอบ	หลังตรวจสอบ
ส่วนประชาชน	12	13
ส่วนวิชาชีพ	11	14
ส่วนพื้นบ้าน	9	8
รวม	32	35

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลคุณภาพหลังได้รับการวินิจฉัย  
ด้านระบบบริการสุขภาพ

- ได้รับความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อความคำถาม	2	ข้อ
- ได้รับความเหมาะสมของภาษาที่ใช้	2	ข้อ
ด้านผู้ให้บริการ		
- ได้รับความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อความคำถาม	1	ข้อ
ด้านผู้รับบริการ		
- ได้รับความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อความคำถาม	2	ข้อ
- ได้รับความเหมาะสมของภาษาที่ใช้	6	ข้อ
- ตัดข้อความคำถาม	1	ข้อ
- เพิ่มข้อความคำถาม	1	ข้อ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนข้อความคำถามก่อนและหลังการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ ระบบการดูแลสุขภาพ	จำนวนข้อความคำถาม (ข้อ)	
	ก่อนตรวจสอบ	หลังตรวจสอบ
ด้านระบบบริการสุขภาพ	8	8
ด้านผู้ให้บริการ	7	7
ด้านผู้รับบริการ	17	18
รวม	32	33

## 2. การหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดหลังตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขด้านเนื้อหาและภาษาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างด้วยวิธี "Face validity" เพื่อตรวจสอบลักษณะพฤติกรรมของข้อความคำถามว่ามีความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดทฤษฎีที่ใช้กับสิ่งวัดได้จริงอย่างไรบ้าง(ยูวดี ภาษาและคณะ,2537; พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2540)จากนั้นปรับแก้ข้อความคำถามตามองค์ประกอบและรายละเอียดต่างๆตามกรอบแนวคิดการวิจัย คำจำกัดความและวัตถุประสงค์การวิจัยให้มีความครอบคลุมและชัดเจน และเรียงลำดับชุดข้อความคำถามใหม่ โดยใช้ข้อความเชิงคุณภาพก่อนเพื่อป้องกันการถามนำจากข้อความเชิงปริมาณและนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา



และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และปรับแก้อีกครั้งตามคำแนะนำ จึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายอีกครั้งโดยไม่ซ้ำรายเดิม แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบอีกครั้ง และปรับแก้ข้อคำถามด้านภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น และนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และปรับแก้อีกครั้งตามคำแนะนำแล้วจึงขออนุญาตอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

### สรุปการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างขึ้นสำหรับการศึกษานี้ หลังการตรวจสอบด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง การทดลองใช้ และปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมแล้ว ได้เครื่องมือที่นำไปใช้จริง ดังนี้

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้หลังได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบัน จำนวน 37 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพหลังได้รับการวินิจฉัย จำนวน 31 ข้อ

ชุดที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 4 ข้อ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่เลือกทำการศึกษา ติดต่อขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้างานคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ด้านสถานที่ที่เป็นสัดส่วนสะดวกในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยและแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แก่ผู้ช่วยวิจัย 4 คน จนมีความเข้าใจตรงกันในทุกข้อคำถามของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ทั้ง 3 ชุด และฝึกการใช้แบบสัมภาษณ์พร้อมบันทึกเทปกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับผู้วิจัย จนสามารถบันทึกเทปได้คล่องและจดบันทึกข้อมูลได้ตรงกับผู้วิจัยคนละ 3 ราย

## 2. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมผู้ช่วยวิจัย ทุกวันพุธ พฤหัสบดีและวันศุกร์ เวลา 7.00-12.00 น ที่คลินิกเบาหวานของแต่ละโรงพยาบาลที่เลือกทำการศึกษา โรงพยาบาลละ 1 วันต่อสัปดาห์ โดยดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยได้รวบรวมข้อมูลบางส่วนก่อนพบผู้ป่วยจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย

2.2 เมื่อได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการ แล้วใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) คือ เลือกจากลำดับการมาเข้ารับบริการที่ห้องตรวจ ทุกๆ คนที่ 3 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าพบและสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละราย แต่ต้องไม่เป็นการขัดขวางการเข้าเจาะเลือดตรวจ การเข้าพบแพทย์ตรวจของผู้ป่วยและไม่เป็นอุปสรรคในการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกแผนกที่ให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจเบาหวาน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการตรวจเลือด และเจ้าหน้าที่ห้องยา

2.3 หลังจากนั้นผู้วิจัยขอพบและแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง ถ้ามีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ และประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ว่าไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์และการบริการของพยาบาลที่จะได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงว่า ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-นามสกุลที่แท้จริง และหากในระหว่างตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ขออนุญาตบันทึกเทปและการจดบันทึกข้อมูลต่างๆ

ตามความเป็นจริงในช่วงการให้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ต่อจากนั้นจึงเริ่มการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณคนละ 20-30 นาที ภายหลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวสรุปและขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ จากนั้นติดตามผลค่าระดับน้ำตาลในเลือดในวันสัมภาษณ์จากทะเบียนประวัติผู้ป่วย เป็นการเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ในแต่ละราย

2.5 ทั้งนี้ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ปฏิบัติเหมือนกันทุกโรงพยาบาลที่เลือกศึกษา จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ซึ่งผู้วิจัยใช้เวลาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 19 กันยายน ถึง 26 ธันวาคม 2546 ทุกวันพุธที่โรงพยาบาลบ่อทอง วันพฤหัสบดีที่โรงพยาบาลอ่าวอุดม และวันศุกร์ที่โรงพยาบาลพนสนิมคม รวมเป็นเวลาประมาณ 3 เดือน 2 สัปดาห์ มีกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์ครบตามจำนวนที่ต้องการ 290 ฉบับ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งแรกเข้าแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ว่า การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะถือเป็นการลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น โดยระหว่างการตอบคำถามถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยการกระทำดังกล่าวไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการ ดังนี้

1. **ข้อมูลเชิงปริมาณ** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/Windows กำหนดความมีนัยสำคัญ เท่ากับ .05 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา ความเพียงพอของรายได้ ข้อมูลแหล่งที่มาของรายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percent) ข้อมูล อายุ รายได้ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

1.2 ข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้จากคำถามแบบประเมินค่า (Rating scale) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่ได้จากคำถามแบบเลือกตอบ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

**2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพและรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview schedule) ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) หลังการสัมภาษณ์ทันทีโดยการถอดเทปคำต่อคำ แล้วอ่านข้อมูลหรือคำบรรยายทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทบทวนข้อมูลทั้งหมดที่ได้ และแยกประโยคสำคัญออกมา (extracting significant statements) พยายามทำความเข้าใจในความหมายของแต่ละประโยคสำคัญนั้นๆ แล้วนำมาจัดกลุ่มความหมายที่ได้แยกออกมาเป็นประเด็นๆ (categorized) จนข้อมูลอิ่มตัว คือไม่พบประเด็นสำคัญเพิ่มเติมจึงหยุดการสัมภาษณ์และเขียนคำบรรยายโดยละเอียด (Holloway and Wheeler, 1996)

นำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มาวิเคราะห์แบบผสมผสาน (Methodological triangulation) เพื่อให้ข้อคำถามได้คำตอบที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาช่วยอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ แล้วนำมาอภิปรายผล

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี จากกลุ่มตัวอย่าง 290 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลด้าน เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล แจกแจงเป็นความถี่ และค่าร้อยละ

ข้อมูลด้าน อายุ รายได้ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน แจกแจงเป็น ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลส่วนบุคคลเหล่านี้นำเสนอในรูปแบบตารางที่ 5 และ 6 พร้อมความเรียง ดังต่อไปนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 จำนวนและค่าร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลเพศ สถานภาพสมรส ศาสนา และการศึกษา (N= 290)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่ (คน )	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	71	24.5
หญิง	219	75.5
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	8	2.8
คู่	175	60.3
ม่าย	85	29.3
หย่า/แยก	22	7.6
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	276	95.2
คริสต์	10	3.4
อิสลาม	4	1.4
<b>การศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	38	13.1
ประถมศึกษา	231	79.7
มัธยมศึกษา	20	6.9
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	1	0.3

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวนและค่าร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลอาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล (N= 290)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ทำงาน	176	60.7
เกษตรกรรม	49	16.9
ค้าขาย	39	13.4
รับจ้าง	26	9.0
<b>แหล่งที่มาของรายได้</b>		
บุตร	211	72.76
สวัสดิการ เช่นบำนาญ	8	2.76
ประกอบอาชีพด้วยตนเอง	91	31.38
จากแหล่งอื่น	47	16.21
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
ไม่พอใช้	57	19.7
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	109	37.6
พอใช้และมีเหลือเก็บ	124	42.8
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
จ่ายเอง	12	4.1
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	47	16.2
บัตรทองผู้สูงอายุ	231	79.7

จากตารางที่ 5 และ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 290 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.5) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 60.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.2) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 60.7) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.7) มีแหล่งที่มาของรายได้จากบุตร (ร้อยละ 72.8) มีรายได้เพียงพอในระดับพอใช้และมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 42.8) และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากบัตรทองสูงอายุ (ร้อยละ 79.7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จำแนกตาม อายุ รายได้ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (N= 290)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)	ค่าพิสัย	$\bar{X}$	S.D.
<b>อายุ (ปี)</b>		60 – 86	68.42	5.82
60-69 ปี	180 (62.1)			
70-79 ปี	94 (32.4)			
80 ปีขึ้นไป	16 (5.5)			
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>		0 - 60,000	4,309.48	6,992.5
ไม่มีรายได้	11 (3.8)			
1 - 3,000 บาท	186 (64.1)			
3,001 – 6,000 บาท	49 (16.9)			
6,001 – 9,000 บาท	14 (4.8)			
9,001 บาทขึ้นไป	30 (10.3)			
<b>ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (มก./ ดล.)</b>		45 - 394	141.51	48.57
157 (54.1)				
40-139 มก./ดล.	92 (31.7)			
140-180 มก./ดล.	41 (14.1)			
181 มก./ดล. ขึ้นไป				
<b>ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)</b>		1-31	8.51	6.89
1 – 5 ปี	131 (45.2)			
6 – 10 ปี	80 (27.6)			
10 ปีขึ้นไป	79 (27.2)			

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี อายุโดยเฉลี่ย 68.42 ปี (S.D.=5.819) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 62.1) มีรายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 0-60,000 บาท รายได้เฉลี่ย 4,309.48 บาท (S.D.=6,992.5) ส่วนใหญ่มีรายได้ 1-3,000 บาท (ร้อยละ 64.1) ส่วนค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) อยู่ในช่วง 45-394 มก./ดล. มีค่า



1-3,000 บาท (ร้อยละ 64.1) ส่วนค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) อยู่ในช่วง 45-394 มก./ดล. มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ย 141.51 มก./ดล. (S.D.=48.565) ส่วนใหญ่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 40-139 มก./ดล. (ร้อยละ 54.1) และมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน อยู่ในช่วง 1-31 ปี โดยระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.51 ปี (S.D.=6.89) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 45.2)

## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยขอนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้หลังได้รับการวินิจฉัย นำเสนอทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพหลังได้รับการวินิจฉัย นำเสนอทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลของรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ นำเสนอเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทั้งหมด แจกแจงเป็น ความถี่ และค่าร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบ และความเรียง และข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผ่านการวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ข้อมูล และสรุปประเด็นสำคัญ หลังการสัมภาษณ์แต่ละคนจนได้ข้อมูลอิมิต์ที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย โดยไม่พบประเด็นสำคัญเพิ่มขึ้น นำเสนอเป็นความเรียงตามประเด็นที่พบ

**ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้หลังได้รับการวินิจฉัย** ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ส่วนประชาชน ส่วนวิชาชีพ และส่วนพินบ้าน

**ข้อมูลเชิงปริมาณของระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้** เป็นข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้หลังได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบัน นำเสนอดังตารางที่ 8, 9 และ 10 พร้อมความเรียง ดังนี้

**ตารางที่ 8** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำแนกตามระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้

ส่วนประชาชนหลังได้รับการวินิจฉัย ในปัจจุบัน (N= 290) (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ส่วนประชาชน	ใช้เป็นประจำ	ใช้เป็นบางครั้ง	ไม่ได้ใช้เลย
	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)
- คอยสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการต่างๆ ของเบาหวาน	234 (80.7)	35 (12.1)	21 (7.2)
- ออกกำลังกาย	190 (65.5)	38 (13.1)	62 (21.4)
- ควบคุมอาหาร	180 (62.1)	49 (16.9)	61 (21.0)
- ปรึกษาหรือขอคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล รักษาโรคเบาหวานจากผู้ป่วยโรคเบาหวานคนอื่น	99 (34.1)	48 (16.6)	143 (49.3)
- ใช้อาสมุนไพรมือเพื่อช่วยในการควบคุมหรือ ระดับน้ำตาลในเลือด	81 (27.9)	26 (9.0)	183 (63.1)
- ปรึกษาหรือขอคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล รักษาโรคเบาหวานจากสมาชิกในครอบครัว	43 (14.8)	24 (8.3)	223 (76.9)
- ปรึกษาหรือขอคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล รักษาโรคเบาหวาน จากเพื่อน หรือเพื่อนบ้าน	40 (13.8)	40 (13.8)	210 (72.4)
- ปรึกษาหรือขอคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล รักษาโรคเบาหวานจากสมาชิกในชมรมต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น	13 (4.5)	17 (5.9)	260 (89.7)
- รับประทานอาหารเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยลด ระดับน้ำตาลในเลือด	9 (3.1)	6 (2.1)	275 (94.8)
- เพิ่มหรือลดขนาดยาที่ได้รับอยู่ประจำจาก แพทย์เอง	9 (3.1)	15 (5.2)	266 (91.7)
- นำตัวอย่างยาจากที่เคยได้รับจากแพทย์ไป ซื้อรับประทานเอง	0	5 (1.7)	285 (98.3)
- ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยามารับ ประทานเอง	0	2 (0.7)	288 (99.3)

จากตารางที่ 8 จำนวนร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพหลังได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันในส่วนประชาชน 5 อันดับแรกตามความถี่ของการใช้มีรายละเอียด ดังนี้ เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้เป็นประจำ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้วิธีการคอยสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการเบาหวาน (ร้อยละ 80.7) รองลงมาเป็นการออกกำลังกาย (ร้อยละ 65.5) การควบคุมอาหาร (ร้อยละ 62.1) การปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 34.1) และการใช้ยาสมุนไพร (ร้อยละ 27.9) เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้เป็นบางครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีการควบคุมอาหาร (ร้อยละ 16.9) รองลงมาเป็นการปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 16.6) ปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 13.8) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 13.1) และการใช้วิธีการคอยสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการเบาหวาน (ร้อยละ 12.1) สำหรับข้อรายการที่ไม่มีการใช้เลยนั้นพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยารับประทานเอง (ร้อยละ 99.3) รองลงมาเป็น นำตัวอย่างยาจากที่เคยได้รับจากแพทย์ไป ซื้อรับประทานเอง (ร้อยละ 98.3) รับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 94.8) เพิ่มหรือลดขนาดยาที่ได้รับอยู่ประจำจากแพทย์เอง (ร้อยละ 91.7) และการปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากสมาชิกในชมรมต่างๆ (ร้อยละ 89.7)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 9** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำแนกตามระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ ส่วนวิชาชีพหลังได้รับการวินิจฉัย ในปัจจุบัน (N= 290) (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ส่วนวิชาชีพ	ใช้เป็นประจำ	ใช้เป็นบางครั้ง	ไม่ได้ใช้เลย
	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)
-รับการรักษาเบาหวานจากสถานบริการของรัฐ	289 (99.7)	1 (0.3)	0
-รับการรักษาอาการเบาหวานจากแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วย วิธีการ เจาะเลือดตรวจน้ำตาล	287 (99.0)	3 (1.0)	0
-รับการรักษาอาการเบาหวานจากแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วย วิธีการ มาตรวจตามแพทย์นัด	287 (99.0)	3 (1.0)	0
-รับการรักษาอาการเบาหวานจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยวิธีการรับประทานยา	273 (94.1)	8 (2.8)	9 (3.1)
-รับฟังการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลและรักษาสุขภาพเมื่อเป็นโรคเบาหวานจากพยาบาล	220 (75.9)	54 (18.6)	16 (5.5)
-ได้รับคำปรึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมอาการเบาหวานจากพยาบาล	133 (45.9)	57 (19.7)	100 (34.5)
-ได้รับคำปรึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมอาการเบาหวาน จากแพทย์	85 (29.3)	89 (30.7)	116 (40.0)
-รับฟังการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลและรักษาสุขภาพเมื่อเป็นโรคเบาหวานจากแพทย์	52 (17.9)	94 (32.4)	144 (49.7)
-รับการรักษาอาการเบาหวานจากแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วยวิธีการฉีดยาเบาหวาน	23 (7.9)	36 (12.4)	231 (79.7)
-รับฟังการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลและรักษาสุขภาพเมื่อเป็นโรคเบาหวานจากเภสัชกร	6 (2.1)	18 (6.2)	266 (91.7)
-รับการรักษาเบาหวานจากสถานบริการของเอกชน	5 (1.7)	7 (2.4)	278 (95.9)
-รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการของแพทย์แผนไทย	1 (0.3)	1 (0.3)	288 (99.3)
-รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการของแพทย์แผนจีน	0	0	290 (100)

จากตารางที่ 9 จำนวนร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพหลังได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันในส่วนวิชาชีพ 5 อันดับแรกตามความถี่ของการใช้มีรายละเอียด ดังนี้ เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้เป็นประจำ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับบริการจากสถานบริการของรัฐ (ร้อยละ 99.7) รองลงมาเป็นการเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการเจาะเลือดตรวจน้ำตาล (ร้อยละ 99) การเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการมาตรวจตามนัด (ร้อยละ 99) การเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการรับประทานยา (ร้อยละ 94.1) และการรับฟังการให้ความรู้จากพยาบาล (ร้อยละ 75.99) เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้เป็นบางครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่การรับฟังการให้ความรู้จากแพทย์ (ร้อยละ 32.4) การได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ (ร้อยละ 30.7) การได้รับคำปรึกษาจากพยาบาล (ร้อยละ 19.7) การรับฟังการให้ความรู้จากพยาบาล (ร้อยละ 18.6) และการเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการฉีดยาเบาหวาน (ร้อยละ 12.4) สำหรับข้อรายการที่ไม่มีการใช้เลยนั้นพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกรายไม่มีการเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนจีน รองลงมาเป็นการเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 99.3) การเข้ารับบริการจากสถานบริการของเอกชน (ร้อยละ 95.3) การรับฟังการให้ความรู้จากเภสัชกร (ร้อยละ 91.7) และการเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการฉีดยาเบาหวาน (ร้อยละ 79.7)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 10** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำแนกตามระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ ส่วน  
 ฟื้นบ้านหลังได้รับการวินิจฉัย ในปัจจุบัน (N= 290) (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ส่วนฟื้นบ้าน	ใช้เป็นประจำ	ใช้เป็นบางครั้ง	ไม่ได้ใช้เลย
	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)
รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ ด้วยวิธีการ ทำพิธีต่างๆ เช่น รดหรืออาบน้ำมนต์ เสกเป่าลงคาถา หรือกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์	5 (1.7)	8 (2.8)	277 (95.5)
-รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการของหมอ ฟื้นบ้านหมอกกลางบ้านในชุมชน ด้วยวิธีการรับ ประทานยาสมุนไพร	5 (1.7)	1 (0.3)	284 (97.9)
-รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการของหมอ ฟื้นบ้าน/หมอกกลางบ้านในชุมชน ด้วยวิธีการ งดอาหารหรือกิจกรรมบางอย่าง	5 (1.7)	1 (0.3)	284 (97.9)
-รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ ด้วยวิธีการ ทำการสะเดาะเคราะห์ เช่น ทำบุญต่อ ชะตา ปล่อยสัตว์	1 (0.3)	4 (1.4)	285 (98.3)
-รับฟังและปฏิบัติตามคำทำนายของหมอดูโชค ชะตา เพื่อรักษาอาการเบาหวาน	1 (0.3)	4 (1.4)	285 (98.3)
-รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการของหมอ ฟื้นบ้านหมอกกลางบ้านในชุมชนด้วยวิธีการนวดตัว	1 (0.3)	2 (0.7)	287 (99.0)
-รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ ด้วยวิธีการด้วยวิธีการงดการปฏิบัติกิจกรรมบาง อย่าง	0	2 (0.7)	288 (99.3)
-รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการของหมอ ฟื้นบ้าน/หมอกกลางบ้านในชุมชนด้วยวิธีการอบตัว ด้วยสมุนไพร	0	0	290 (100)
-รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการของหมอ จีนแผนโบราณในชุมชน ด้วยวิธีการฝังเข็ม	0	0	290 (100)
-รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการของหมอ จีนแผนโบราณในชุมชน ด้วยวิธีการเฝะ	0	0	290 (100)
-รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการของหมอ จีนแผนโบราณในชุมชน ด้วยวิธีการกดจุด	0	0	290 (100)
-รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการของหมอ จีนแผนโบราณในชุมชน ด้วยวิธีการงดอาหารหรือ กิจกรรมบางอย่าง			

จากตารางที่ 10 จำนวนร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพหลังได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันในส่วนพื้นบ้าน 5 อันดับแรกตามความถี่ของการใช้มีรายละเอียด ดังนี้ เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้เป็นประจำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ด้วยการทำพิธีต่างๆ การเข้ารับการรักษาที่หมอพื้นบ้านหรือหมอกกลางบ้านด้วยการรับประทานยาสมุนไพร และด้วยการงดอาหารหรือ กิจกรรมบางอย่าง (ร้อยละ 1.7) รองลงมาเป็นการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ด้วยการสะเดาะเคราะห์ และการรับฟังและปฏิบัติตามคำทำนายของหมอดูโชคชะตา (ร้อยละ 0.3) เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้เป็นบางครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ด้วยการทำพิธีต่างๆ (ร้อยละ 2.8) รองลงมาเป็นการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ด้วยการสะเดาะเคราะห์ และการรับฟังและปฏิบัติตามคำทำนายของหมอดูโชคชะตา (ร้อยละ 1.4) การเข้ารับการรักษาที่หมอพื้นบ้านหรือหมอกกลางบ้านด้วยการนวดตัวและการอบตัว (ร้อยละ 0.7) สำหรับข้อรายการที่ไม่มีการใช้เลยนั้นพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกรายไม่มีการเข้ารับการรักษาที่หมอจีนแผนโบราณด้วยวิธีการฝังเข็ม การแกะ การกดจุด และการงดอาหารหรือกิจกรรมบางอย่าง รองลงมาเป็นการเข้ารับการรักษาที่หมอพื้นบ้านหรือหมอกกลางบ้านด้วยการการอบตัว (ร้อยละ 99.3)

**ข้อมูลเชิงคุณภาพของระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้** เป็นข้อมูลของระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้หลังได้รับการวินิจฉัย ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุว่าหลังจากที่ผู้สูงอายุทราบว่าเป็นโรคเบาหวานแล้ว มีการใช้วิธีการรักษาอะไรบ้างในการรักษาโรคเบาหวานและเพราะอะไรจึงใช้วิธีนั้นๆ พบว่า ผู้สูงอายุมีระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ที่แตกต่างกันไป ได้แก่ การใช้วิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน การใช้สมุนไพร การชื้อยาทานเอง การปฏิบัติตนดูแลตัวเอง รวมถึงไม่ใช้วิธีการรักษาใดๆ เลย ซึ่งผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียดดังนี้

**1.1. การใช้วิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน** ผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกรายมีการใช้วิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน แต่มีความแตกต่างกันไปตามสถานบริการที่ใช้ เช่น โรงพยาบาล คลินิก และสถานเอนามัย อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกรายเคยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล มีเพียงบางรายไปรับการรักษาที่คลินิก (7 ราย) และมีจำนวนแค่ 3 รายที่รับการรักษาที่สถานเอนามัย

ในส่วนเหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานตัดสินใจไปรับการรักษาจากสถานบริการต่างๆ มีดังนี้

1.1.1 รับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่บอกว่าตัดสินใจไปรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากได้คำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่ารักษาที่คลินิก สามารถใช้บัตรทองสูงอายุได้

โดยไม่ต้องเสียเงินเอง รองลงมาก็คือ จะพิจารณาว่าเป็นแหล่งบริการที่ใกล้บ้าน และอีกเหตุผลหนึ่ง คือ ได้รับการส่งต่อมาจากแหล่งบริการอื่น ได้แก่ คลินิกหรือสถานเอนามัยส่งต่อไปโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิส่งต่อไปรักษาโรคเฉพาะทางที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ แล้วโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิส่งกลับมารักษาเบาหวานต่อที่โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ บางรายมาตรวจตามนัดหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน นอกจากนั้นจะเป็นเหตุผลเนื่องมาจากการได้รับคำแนะนำจากลูก จากเจ้าหน้าที่สถานเอนามัย การที่ลูกหลานพาไปส่ง ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ การเข้ารับการรักษาพร้อมกับการรักษาโรคอื่นเดิมที่รับบริการอยู่แล้ว การประเมินผลจากอาการหรือน้ำตาลว่าอาการแย่ง หรือระดับน้ำตาลสูงขึ้น และความคาดหวังในผลการรักษาว่ารักษาได้ดี ต้องหาย

1.1.2 รับบริการที่คลินิก ส่วนใหญ่เนื่องมาจากการได้รับคำแนะนำจากคนรู้จัก และการที่ลูกหรือเพื่อนบ้านพาไปส่ง นอกจากนั้นเป็นการรักษาต่อเนื่องหลังตรวจพบว่าเป็นเบาหวาน การรับการรักษาพร้อมกับโรคอื่น และเป็นแหล่งบริการที่ใกล้บ้าน

1.1.3 รับบริการที่สถานเอนามัย เนื่องจากมีการชักชวนแนะนำจากเจ้าหน้าที่สถานเอนามัยว่าไปตรวจและรักษาได้

1.2. การใช้สมุนไพร เกือบครึ่งของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (16 ใน 34 ราย) มีการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวานด้วย ซึ่งสามารถแบ่งประเภทของสมุนไพรได้ดังนี้

1.2.1 แบ่งตามจำนวนชนิดของสมุนไพรที่ใช้ ส่วนใหญ่เป็นการใช้สมุนไพรเพียงชนิดเดียว มีทั้งหมด 17 ชนิด เรียงตามลำดับของการใช้จากมากไปน้อย ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร ต้นไต้ใบ แยม บอระเพ็ด ชาใบหม่อน ใบสักทอง หญ้าปักกิ่ง รากเถาวัลย์ ก้านมะยม รากหญ้าคา รังต่อหัวเสือ กาฝากต้นนุ่น นมราชสีห์ มะระลูกเล็ก ต้นพันสี เปลือกหอยแครงและต้นหนุมานประสานกาย มีบางรายมีการใช้สมุนไพรมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ บอระเพ็ดกับแยมทองพันชั่งกับรางจืด ยาต้มสมุนไพร 6 อย่าง ยาต้มสมุนไพรที่ไม่ระบุจำนวนชนิดและยาหม้อต้มจากหม้อพื้นบ้าน

1.2.2 แบ่งตามวิธีการใช้ ส่วนใหญ่เป็นการต้มเพื่อกินน้ำ มีบางชนิดที่ต้มกินแทนน้ำ ได้แก่ ต้นไต้ใบ แยม รังต่อหัวเสือ ต้นพันสี บอระเพ็ดกับแยม และยาต้มสมุนไพรที่ไม่ระบุชนิด ส่วนฟ้าทะลายโจรเป็นสมุนไพรชนิดเดียวที่ระบุว่ามีการใช้รูปแบบที่ใช้เป็นเม็ดด้วย

เหตุผลของการตัดสินใจใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวานของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มาจากการได้รับคำแนะนำหรือการบอกต่อกัน เช่น สมุนไพรชนิดนั้นๆ “แก้เบาหวานได้” “ลดน้ำตาลได้” “รักษาหาย” โดยมักได้รับคำแนะนำจาก ลูก หลาน ภรรยา เพื่อนบ้าน คนรู้จัก เพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน แพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรม รวมถึงการรับฟังคำแนะนำผ่านทางวิทยุ อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุโรคเบาหวานบางรายตัดสินใจใช้



สมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน เนื่องจากมีคนจัดหามาให้ เช่น ภรรยา ลูก น้อง หรือคนรู้จัก จากการทดลองใช้ จากมีความเชื่อที่ว่า “ของขมแก้เบาหวานได้” จากการประเมินจากอาการหรือระดับน้ำตาลหลังที่ตนเองหรือผู้ป่วยอื่นใช้ จากการใช้ตามผู้ป่วยเบาหวานคนอื่น ความต้องการหายจากโรค และจากการที่แพทย์แผนปัจจุบันที่รักษาอยู่ไม่ได้ให้ยามารับประทาน ผู้ป่วยเกรงว่าอาการจะไม่ได้ดีขึ้น จึงหาสมุนไพรมารับประทานเอง

**1.3. การซื้อยาทานเอง** มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 3 ใน 34 ราย รักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีการซื้อยาจากร้านขายยาแผนปัจจุบันมาทานเอง โดยรายที่หนึ่งนำตัวอย่างยาจากโรงพยาบาลไปซื้อจากร้านขายยาเองเพราะยาหมด เนื่องจากลืมไปตรวจตามแพทย์นัด รายที่สองนำตัวอย่างยาจากคลินิกไปซื้อเอง เพราะคิดว่าเป็นยาชนิดเดียวกันและอาการของตนเองไม่รุนแรงมาก ส่วนรายสุดท้ายไปซื้อทานเองเนื่องจากเห็นว่ายาที่คลินิกมีราคาแพง ผู้ป่วยไม่มีเงินพอที่จะซื้อหาได้

**1.4. การปฏิบัติตนอื่นๆ เพื่อดูแลตัวเอง** มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวน 2 ใน 34 ราย ให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองรายหนึ่ง บอกว่า “ต้องดูแลตัวเอง ก็ออกกำลังกายตามที่พยาบาลเคยสอน ทำตอนเช้ามีด แต่ทำได้ไม่มาก รีบทำ เพราะต้องเตรียมของใส่บาตร” ส่วนอีกรายใช้วิธีการงดอาหารบางชนิดที่เชื่อว่าทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น เช่น หน่อไม้ ปลาตุ๊ก หมูและไก่

**1.5. ไม่ใช้วิธีการรักษาใดๆ เลย** พบในผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวน 1 ราย โดยได้ให้เหตุผลว่ามีระดับน้ำตาลปกติ และลืมมาตรวจตามแพทย์นัดมาประมาณ 2 ปีแล้ว จึงไม่ได้รับการรักษาใดๆ เลย

**ส่วนที่ 2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ** ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้รับบริการ

**ข้อมูลเชิงปริมาณของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ** เป็นข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับการวินิจฉัย นำเสนอดังตารางที่ 11, 12 และ 13 พร้อมความเรียง

**ตารางที่ 11** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ด้านระบบบริการสุขภาพ (N= 290) (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ด้านระบบบริการสุขภาพ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
- สามารถเดินทางไปรับการรักษาได้สะดวก	278	95.9
- สามารถใช้สวัสดิการและสิทธิในการรักษาพยาบาลได้	269	92.8
- สถานที่รักษาอยู่ใกล้บ้าน	261	90.0
- ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา	261	90.0
- ความเชื่อถือในสถานที่รักษา	216	74.5
- ทราบว่าสถานที่รักษามีระบบส่งตัวไปรักษาต่อ	162	55.9
- ใช้เวลาที่รอตรวจและรักษาไม่นาน	133	45.9

ผลการศึกษาจากตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่ผู้สูงอายุนับว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 อันดับแรก คือ สามารถเดินทางไปรับการรักษาได้สะดวก (ร้อยละ 95.9) รองลงมาเป็น สามารถใช้สวัสดิการและสิทธิในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 92.8) สถานที่รักษาอยู่ใกล้บ้าน (ร้อยละ 90.0) ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา (ร้อยละ 90.0) และ ความเชื่อถือในสถานที่รักษา (ร้อยละ 74.5)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 12** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ด้านผู้ให้บริการ (N= 290) (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ด้านผู้ให้บริการ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
1.ความเชื่อถือในผู้ให้การรักษา	281	96.9
2.ผู้ให้บริการแสดงความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ	281	96.9
3.การได้รับความรู้และคำแนะนำจากผู้ให้บริการ	278	95.9
4.ความมีอัธยาศัยดี ท่าที่เป็นกันเอง ของผู้ให้บริการ	273	94.1
5.มีเจ้าหน้าที่สำหรับให้บริการเพียงพอ ไม่ต้องรอนาน	258	89.0
6.ความคุ้นเคยกับผู้ให้การรักษา	250	86.2
7.ชื่อเสียงของผู้ให้บริการ	227	78.3

ผลการศึกษาจากตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพด้านผู้ให้บริการ พบว่า ปัจจัยที่ผู้สูงอายุระบุว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 อันดับแรก คือ ความเชื่อถือในผู้ให้การรักษา (ร้อยละ 96.9) รองลงมาเป็นผู้ให้บริการแสดงความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 96.9) การได้รับความรู้และคำแนะนำจากผู้ให้บริการ (ร้อยละ 95.9) ความมีอัธยาศัย ท่าที่เป็นกันเอง ของผู้ให้บริการ (ร้อยละ 94.1) และการมีเจ้าหน้าที่เพียงพอ ไม่ต้องรอนาน (ร้อยละ 89)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 13** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ด้านผู้รับบริการ (N= 290) (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ด้านผู้รับบริการ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
- รับรู้ว่าเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษานาน	286	98.6
- พิจารณาจากประสบการณ์ในการรักษาที่ผ่านมา	278	95.9
- สังเกตพบว่าตนเองมีอาการของโรคเบาหวานที่รุนแรงขึ้น	269	92.8
- รับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานอาจทำให้ท่านมีอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อ่อนเพลีย หิวบ่อย ปัสสาวะบ่อย และน้ำหนักลดลง	266	91.7
- พิจารณาจากผลระดับน้ำตาลในเลือด	265	91.4
- ต้องการรักษาโรคเบาหวานให้หายขาด	256	88.3
- วิธีการรักษาที่ท่านเลือกใช้เป็นวิธีที่คนทั่วไปนิยมใช้กัน เช่น ไปโรงพยาบาล ไปคลินิก การใช้สมุนไพร การใช้อาหารเสริม สุขภาพ หรือวิตามินบำรุงต่างๆ เป็นต้น	256	88.3
- รับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานอาจเกิดอาการแทรกซ้อน เช่น ทำ ให้เกิดแผลหายช้า จนต้องตัดเท้าหรือขา ตาบอด ไตวาย เป็น โรคหัวใจจนถึงเป็นอัมพาต เป็นต้น	248	85.5
- รับรู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน	226	77.9
- เชื่อว่าวิธีการที่เลือกใช้หรือปฏิบัติสามารถรักษาโรคเบาหวาน ให้หายขาดได้	213	73.4
- ได้รับคำแนะนำจากผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกัน	207	71.4
- ได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว	197	67.9
- ได้รับคำแนะนำจากคนรู้จัก เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน	191	65.9
- พิจารณาจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวตัวเอง เช่น ตาฝ้ามัว เดินเห็นไม่สะดวก หรือลักษณะการเจ็บป่วย เช่น ป่วยจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ เป็นต้น	180	62.1
- ต้องการทดลองวิธีการรักษาใหม่ๆ	170	58.6
- ได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในชมรมต่างๆ เช่น ชมรม ผู้สูงอายุ ชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น	70	24.1
- ได้รับคำแนะนำจาก ผศส. หรือ อสม. ในชุมชน	47	16.2

ผลการศึกษาจากตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพด้านผู้รับบริการ พบว่า ปัจจัยที่ผู้สูงอายุระบุว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 อันดับแรก คือ การรับรู้ว่าเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษานาน (ร้อยละ 98.6) รองลงมาเป็น พิจารณาประสบการณ์ในการรักษาที่ผ่านมา (ร้อยละ 95.9) สังเกตพบว่าตนเองมีอาการของเบาหวานรุนแรงขึ้น (ร้อยละ 92.8) รับรู้ว่าโรคเบาหวานอาจทำให้มีอาการผิดปกติต่างๆ (ร้อยละ 91.7) และพิจารณาจากระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 91.4)

**ข้อมูลเชิงคุณภาพของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ** เป็นข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับการวินิจฉัย จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ถามผู้สูงอายุว่ามีเหตุผลอะไรในการตัดสินใจใช้วิธีต่างๆ ในการรักษาโรคเบาหวานที่ผ่านทั้งหมดหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ให้เหตุผลที่แตกต่างกันไป ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ เรียงตามลำดับจากมากไปน้อยดังนี้

**2.1 การได้รับคำแนะนำหรือบอกต่อ** ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกินครึ่งหนึ่ง (20 ใน 34 ราย) บอกว่าได้รับคำแนะนำหรือบอกต่อ จากคนในครอบครัว ได้แก่ ภรรยา ลูก น้อง และญาติ จากเพื่อนบ้าน คนรู้จักทั่วไป คนแก่คนแก่ คนที่เป็นเบาหวาน เพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และพยาบาลจากโรงพยาบาล รวมถึงการฟังจากรายการวิทยุ

**2.2 สถานที่รักษาอยู่ใกล้บ้าน** (14 ราย) เช่น “ใกล้บ้าน” “บ้านอยู่ที่นี่ อยู่แถวนี้” “บ้านเกิดอยู่ที่นี่” “ไปโรงพยาบาลอื่นไกลบ้าน” หรือเดิมเคยรักษาอยู่จังหวัดอื่น แล้วย้ายครอบครัวมาอยู่ที่ชลบุรีจึงรักษาต่อที่ชลบุรี

**2.3 ความต่อเนื่องของการรักษา** (13 ราย) เช่น หลังได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นเบาหวาน จึงเข้ารับรักษาจากแหล่งบริการที่ตรวจพบครั้งแรกต่อเนื่องเรื่อยมา จากการไปตรวจหรือลิ้มไปตรวจตามแพทย์นัด การเปลี่ยนแหล่งบริการหรือวิธีการไปเรื่อยๆ เนื่องจากต้องการรักษาต่อหรือหลังจากไม่ได้รับการรักษาใดๆ เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งหยุดการรักษาที่โรงพยาบาล แต่ยังคงการมีการรักษาเบาหวานต่อจึงใช้ยาสมุนไพร หรืออีกรายย้ายการรักษาจากคลินิกมารักษาที่โรงพยาบาลเอง เพราะต้องการมารักษาเบาหวานต่อ เป็นต้น

**2.4 สามารถใช้สวัสดิการและสิทธิในการรักษาพยาบาล** (8 ราย) เช่น สถานบริการนั้นๆ สามารถใช้สิทธิบัตรของผู้สูงอายุ บัตรทอง 30 บาทหรือบัตรสงเคราะห์ได้ โดยไม่ต้องเสียเงินเอง

**2.5 การประเมินอาการหรือระดับน้ำตาลในเลือด** (8 ราย) เช่น ประเมินว่าอาการที่ผิดปกติหลังรับการรักษาหรือใช้สมุนไพรรักษาแล้วดีขึ้นหรือไม่ ประเมินระดับน้ำตาล

หลังรับการรักษาว่าเพิ่มขึ้น ลดลงหรือไม่เปลี่ยนแปลง ด้วยการไปตรวจตามแพทย์นัด บางรายไปตรวจเลือดเองที่คลินิกที่มีการตรวจเลือดด้วยแล้วจึงตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาต่อไป

**2.6 การส่งต่อการรักษา** (7 ราย) เช่น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับการส่งต่อจากสถานเฝ้าระวังหรือคลินิกเพื่อไปรักษาต่อยังโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลต่างจังหวัดส่งตัวมาเพื่อรักษาในโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลปฐมภูมิส่งต่อไปโรงพยาบาลทุติยภูมิเพื่อรับการรักษาอาการซับซ้อนหรือโรคเฉพาะทาง เช่น ผ่าตัดตาต่อกระจก หรือรักษาโรคหัวใจ เมื่ออาการทุเลาหรือรักษาเรียบร้อยแล้ว โรงพยาบาลทุติยภูมิก็ส่งต่อกลับไปให้โรงพยาบาลปฐมภูมิเพื่อรักษาโรคเบาหวานต่อไป

**2.7 ความเชื่อในสิ่งที่ใช้รักษา** (7 ราย) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานบอกว่า “มันขม(สมุนไพร) ของขม แก่เบาหวานได้” หรือ “เป็นผักกินได้บ่อยๆ” หรือ “เป็นยาไทยกินได้ไม่เป็นไร” ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเชื่อว่าใช้สมุนไพรที่หาเก็บหรือปลูกเองเป็นไม่อันตราย ปลอดภัยกว่ายาลูกกลอนที่แพทย์ได้ห้ามไว้ คาดหวังว่าสมุนไพรที่ใช้รักษาแต่ละชนิดสามารถรักษาเบาหวานให้หายได้ บางรายงดอาหารบางชนิดที่คิดว่าทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น เช่น หน่อไม้ ปลาตุ๊ก หมูและไก่

**2.8 ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา** (6 ราย) เนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีเงินไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลอื่น เพราะค่ายาแพงกว่าโรงพยาบาลที่รักษาอยู่ในปัจจุบัน หรือใช้ยาสมุนไพรที่หาชุด เก็บ หรือปลูกได้เองแถวบ้านไม่ต้องซื้อ หรือยาหม้อยาต้มมีราคาแพง

**2.9 ความสะดวกในการจัดหาและการเตรียมยา** (5 ราย) เช่น บางรายบอกว่า สมุนไพร “ต้มแล้วแช่ตู้เย็นไว้กินต่างน้ำได้เรื่อยๆ ไม่ขัดกับยาหลวง (ยาโรงพยาบาล)” แต่บางรายบอกว่า “หยุดใช้เพราะซีก็เกียดต้ม” “ยุ่งยาก ต้องต้ม ต้องอุ่นไปไหนไม่ได้ ต้องเฝ้าไว้” “ต้องไปหา หายาก บางช่วงหาไม่ได้ (หน้าแล้งหรือหน้าฝนสมุนไพรบางชนิดหาไม่ได้แต่ไม่ได้ระบุชื่อ)” “ต้องฝากคนไปซื้อไกลๆ ต่างจังหวัด เกรงใจ ค่ารถก็ไม่ให้” หรือการใช้ยาแผนปัจจุบัน บางรายบอกว่า ไม่อยากฉีดยา และบางรายบอกว่า “ยาโรงพยาบาลหาง่าย กินง่าย”

**2.10 การทดลองใช้รักษา** (5 ราย) เช่น ต้องการทดลองใช้สมุนไพรตัวใหม่ๆ ที่มีคนแนะนำจัดหามาให้ หรือใช้ตามคนอื่นที่เคยใช้มาก่อน ต้องการทดลองเปลี่ยนแหล่งบริการหรือผู้ให้รักษา เช่น เปลี่ยนคลินิกหรือเปลี่ยนตัวผู้ให้การรักษา

**2.11 การรักษาพร้อมกับโรคอื่น** (4 ราย) ผู้สูงอายุรับการรักษาโรคเดิมอยู่แล้วที่แหล่งบริการสุขภาพนั้นๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไตอักเสบ โรคปอดและแขนหัก ดังนั้นเมื่อตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวานจึงตัดสินใจรับการรักษาที่สถานบริการนั้นๆ เพียงแห่งเดียวต่อไป

**2.12 ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ** (3 ราย) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานบอกว่า “ไปมาสะดวก มีรถเมล์ผ่าน มาเองได้” หรือ “สะดวกในการเดินทาง”

2.13 ความเชื่อถือในสถานที่รักษา (2 ราย) เช่น เชื่อว่าแหล่งบริการนั้นรักษาได้ รักษาหาย

2.14 ความเป็นกันเองของผู้รักษา (1 ราย) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวน 1 รายบอกว่า ตัดสินใจรับการรักษาในสถานบริการนั้นๆ เนื่องจากความเป็นกันเองของผู้ให้การรักษา เช่นพูดว่า “ชอบที่นี่ ทุกคนเป็นกันเอง สนิทกับแพทย์ และพยาบาล”

นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในปัจจุบันไม่แตกต่างจากเดิมแต่ให้ความสำคัญกล่าวถึงตามลำดับมากขึ้นต่างกัน ซึ่งนำเสนอเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย 5 อันดับแรก ได้ดังนี้ พิจารณาระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการ ค่าใช้จ่ายในการรักษา การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด การได้รับคำแนะนำ และการส่งตัวไปรักษาต่อ

### ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพของรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ เป็นข้อมูลของรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพหลังจากผู้สูงอายุทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุถึงขั้นตอนในการใช้วิธีการรักษาต่างๆ ที่ผู้สูงอายุกล่าวมาแล้วว่าเป็นอย่างไร เพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้น ซึ่งผู้สูงอายุได้เล่าถึงรูปแบบของการใช้วิธีการรักษาโรคเบาหวานหลังได้รับการวินิจฉัยโรค ได้แก่ การใช้วิธีการรักษา 2 วิธีร่วมกัน การใช้วิธีการรักษาวิธีเดียว และการใช้วิธีการรักษามากกว่า 2 วิธีขึ้นไป แต่ใช้ไม่พร้อมกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การใช้วิธีการรักษา 2 วิธีร่วมกัน ผลจากการสัมภาษณ์พบว่า เกินกว่าครึ่ง (19 ใน 34 ราย) ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการใช้วิธีการรักษาโรคเบาหวาน 2 วิธีร่วมกัน เช่น การใช้แพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพร หรือการใช้แพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยส่วนใหญ่พบว่ามีการใช้การแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพรมากที่สุด ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันจะมีการใช้บริการส่วนใหญ่ที่โรงพยาบาล มีเพียง 1 รายใช้บริการที่คลินิก สำหรับการใช้สมุนไพรนั้นพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีการใช้สมุนไพรที่ละชนิด มีเพียง 2 รายซึ่งใช้สมุนไพรร่วมกันที่ละ 2 ชนิดให้เหตุผลว่า ใช้สมุนไพรเป็นส่วนเสริม เพื่อช่วยลดหรือคุมน้ำตาล และคาดหวังว่าจะหายจากโรคเบาหวาน แต่ยังคงใช้วิธีการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการรักษาหลัก เช่น จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานดังต่อไปนี้

“งดยา ร.พ. ไม่ได้ ต้องใช้เป็นหลัก ใช้สมุนไพรเสริม..... คนที่เป็นเบาหวาน บอกว่าดี น้ำตาลจะลด จึงลองใช้ดู ใช้แล้วก็ลดลงดี เบาหวานลง จึงใช้ต่อ (รายที่ 3)”

“กลัวว่าถ้าไม่กินยาโรงพยาบาลแล้วจะเป็นมาก จึงกินควบกันไป กินตามหมอสั่ง เายาโรงพยาบาลเป็นหลัก เายาสมุนไพรเสริม (รายที่ 10)”

อย่างไรก็ตามบางรายมีการเปลี่ยนชนิดของสมุนไพรไปเรื่อยๆ ด้วยเหตุผลว่ามีคนแนะนำว่าดี เป็นวิธีที่สามารถรักษาโรคเบาหวานได้ แต่เมื่อมีคนแนะนำสมุนไพรชนิดใหม่ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานก็เปลี่ยนตามไป หรือบางคนก็ดูจากระดับน้ำตาลในเลือดก่อนว่าลดลงหรือไม่ จึงตัดสินใจเปลี่ยน ด้วยเหตุผลว่า

“เพราะอยากหาย ใครบอกอะไรก็เอาทั้งหมด..... เมื่อหยุดสมุนไพรก็มาร.พ.เจาะเลือดดูว่าน้ำตาลลดหรือไม่ ถ้าไม่ลดก็หยุดสมุนไพรตัวนั้น (รายที่ 18)”

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สามารถนำมาสรุปเป็นลักษณะการใช้ร่วมกันได้ 3 ลักษณะดังนี้ คือ

1) การใช้ยาโรงพยาบาลร่วมกับยาสมุนไพร (17 ราย) เช่น ใช้ยาโรงพยาบาลร่วมกับยาสมุนไพร 1 ชนิด ใช้ยาโรงพยาบาลร่วมกับยาสมุนไพรที่ละชนิด ใช้ยาโรงพยาบาลร่วมกับยาสมุนไพรที่ละ 2 ชนิด

2) การใช้ยาคลินิกร่วมกับยาสมุนไพร 1 ชนิด (1 ราย)

3) การใช้ยาโรงพยาบาลร่วมกับการปฏิบัติตนอื่นๆ เพื่อดูแลตนเอง พบเพียง 1 ราย เป็นการให้บริการที่โรงพยาบาลร่วมกับการออกกำลังกาย ด้วยเหตุผลว่าออกกำลังกายเพื่อดูแลตัวเอง

**3.2 การใช้วิธีการรักษาวิธีเดียว** จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกือบครึ่งหนึ่ง (14 ใน 34 ราย) พบว่ามีการใช้วิธีการรักษาวิธีเดียว โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน สถานบริการที่ใช้ ที่พบมากคือ โรงพยาบาล รองลงมาเป็นคลินิก อย่างไรก็ตามพบว่าหนึ่งในสามของผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการใช้วิธีการรักษาจากสถานบริการเพียงแห่งเดียวตลอดที่พบบ่อยก็คือ โรงพยาบาล เนื่องจากสถานการรักษาอยู่ใกล้บ้าน แต่พบว่า หนึ่งในห้าของผู้ให้สัมภาษณ์บอกว่าการเปลี่ยนสถานบริการที่ละแห่ง ได้แก่ จากคลินิกไปโรงพยาบาล จากโรงพยาบาลไปคลินิก จากโรงพยาบาลที่ 1 ไป คลินิก ไปโรงพยาบาลที่ 2 หรือจากโรงพยาบาลที่ 1 ไป โรงพยาบาลที่ 2 กลับไปโรงพยาบาลที่ 1 กลับไปโรงพยาบาลที่ 2 ซึ่งเหตุผลในการตัดสินใจเปลี่ยนสถานบริการส่วนใหญ่เนื่องมาจากค่าใช้จ่ายและการได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อ มีเพียงส่วนน้อยได้ประเมินจากอาการว่าไม่ดีขึ้น หรือบอกว่าสถานบริการอยู่ใกล้บ้าน



**3.3 การใช้วิธีการรักษามากกว่า 2 วิธีขึ้นไป แต่ไม่ใช่พร้อมกัน** จากการสัมภาษณ์พบเพียง 1 ราย มีการใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งยาทานเอง และการปฏิบัติตนอื่นๆ เพื่อดูแลตัวเอง โดยมีลักษณะการใช้ดังต่อไปนี้ หลังจากรักษาที่คลินิก ไปซื้อยาทานเองแล้วไปโรงพยาบาลที่ 1 ย้ายไปโรงพยาบาลที่ 2 ร่วมกับการงดอาหารบางชนิด

#### รูปแบบของการใช้วิธีการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน

หลังจากที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานบอกถึงการใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้รักษาโรคเบาหวานหลังได้รับการวินิจฉัยแล้ว ผู้วิจัยได้สอบถามผู้สูงอายุอีกครั้งเพื่อยืนยันถึงวิธีการรักษาที่ใช้รักษาอยู่ในปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงของวิธีการรักษาไปเนื่องจากมีบางรายไม่ได้ใช้วิธีการรักษาเดิมที่ผ่านมาเป็นวิธีการรักษาในปัจจุบัน ซึ่งพบว่า 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (25 ราย) ใช้การแพทย์แผนปัจจุบันเพียงวิธีเดียวโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการใช้บริการที่โรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ซึ่งมีเพียง 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (9 ราย) ที่ใช้วิธีการรักษา 2 วิธีพร้อมกัน ได้แก่ การใช้บริการโรงพยาบาลกับสมุนไพร (6 ราย) และการใช้บริการโรงพยาบาลร่วมกับการปฏิบัติอื่นๆ เพื่อดูแลตนเอง (3 ราย) การใช้บริการโรงพยาบาลกับสมุนไพรนั้น มีทั้งการให้บริการโรงพยาบาลร่วมกับสมุนไพร 1 ชนิด จำนวน 5 ราย การให้บริการโรงพยาบาลร่วมกับสมุนไพร 2 ชนิด จำนวน 1 ราย ส่วนการให้บริการโรงพยาบาลร่วมกับการปฏิบัติอื่นๆ เพื่อดูแลตนเอง เป็นการให้บริการโรงพยาบาลร่วมกับการออกกำลังกาย มีเพียง 2 ราย และการใช้บริการโรงพยาบาลร่วมกับงดอาหารบางชนิด 1 ราย

#### ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

##### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ข้อมูลในส่วนนี้ได้จากข้อคำถามที่ปรับสร้างขึ้นเพิ่มเพื่อใช้เกริ่นนำก่อนที่จะนำเข้าสู่ประเด็นคำถามหลักเกี่ยวกับรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พร้อมถอดเทปวิเคราะห์เนื้อหาหลังการสัมภาษณ์ทันทีจนได้ข้อมูลอิมตัวคือไม่พบประเด็นสำคัญเพิ่มขึ้นจึงหยุดการสัมภาษณ์ที่จำนวน 34 ราย โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้สูงอายุเริ่มเล่าตั้งแต่ทราบได้อย่างไรว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้มีการจัดการอย่างไร จึงได้ข้อมูลที่น่าสนใจในประเด็นความเป็นมาและการจัดการก่อนที่จะทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 3.1 สาเหตุที่ทำให้ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน

จากการสัมภาษณ์ในคำถามที่ว่า “ท่านทราบได้อย่างไรว่าเป็นโรคเบาหวาน?” พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่ทราบจากการมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น และรองลงมา คือ จากการตรวจพบโดยบังเอิญ ดังนี้

**3.1.1 จากการมีอาการผิดปกติ 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (26 ใน 34 ราย)** สังเกตพบว่ามีอาการผิดปกตินำมาก่อน หรือทราบว่าเป็นโรคเบาหวานจากการไปพบแพทย์เพื่อตรวจอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยอาการผิดปกติดังกล่าว แบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการใหญ่ๆ ได้แก่ กลุ่มอาการไม่เฉียบพลัน และกลุ่มอาการเฉียบพลัน

**3.1.1.1 กลุ่มอาการไม่เฉียบพลัน** เช่น อาการไม่สุขสบายทั่วไป ได้แก่ ใจสั่น เวียนศีรษะ เป็นๆ หายๆ เหนื่อยง่าย ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย เดินไม่ไหว รู้สึกไม่สบาย ท้องผูก และนอนไม่หลับ อาการแสดงทางด้านระบบประสาท ได้แก่ อาการประสาทบวม ปัสสาวะมีมากขึ้น กินน้ำบ่อย และอาการของความอยากอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด กินน้ำบ่อย รวมถึงการหายของแผลซ้ำ หรือมีผื่นขึ้นง่ายผิดปกติ เป็นต้น

**3.1.1.2 กลุ่มอาการเฉียบพลัน** ได้แก่ บางรายเล่าว่ามีอาการเจ็บหน้าอก หน้ามืด บางรายปวดท้องจะเข้าห้องน้ำมีอาการเหมือน “หัวใจแตกดังโพละ” แล้วหึ่งออกอออกทั้งตัว บางรายนั่งเฉยๆ ชักตาค้าง น้ำลายฟูมปาก และบางรายบอกว่า งงหัวแล้วล้มลง

**3.1.2 จากการตรวจพบโดยบังเอิญ** ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 8 ใน 34 ราย บอกว่าตรวจพบโรคเบาหวานโดยบังเอิญขณะไปรักษาโรคอื่น เช่น ต้อกระจก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไตอักเสบและโรคปอด หรือจากการตรวจเช็คสุขภาพประจำปีหรือการตรวจสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ โดยไม่อาการผิดปกติมาก่อน

**3.2 การจัดการเมื่อมีอาการผิดปกติ** ภายหลังจากที่ผู้สูงอายุพบว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ได้มีการจัดการกับอาการเหล่านั้นแตกต่างกันไป ได้แก่

**3.2.1** ไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยทันที ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (14 ใน 34 ราย) บอกว่าหลังจากมีอาการเฉียบพลัน และบางรายมีอาการ ใจสั่น เวียนหัว เหนื่อย และเพลีย จึงจะไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยทันที

**3.2.2** รอดูอาการระยะหนึ่ง 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (8 ราย) บอกว่าจะรอดูอาการระยะหนึ่งก่อนไปตรวจวินิจฉัยและรักษาในกรณีที่มีอาการไม่สุขสบาย และกลุ่มอาการทางระบบประสาท

**3.2.3** ใช้วิธีรักษาตามอาการไประยะหนึ่งจนไม่ดีขึ้นจึงไปรับการตรวจรักษาและวินิจฉัย พบเพียง 4 ใน 23 ราย โดย 2 รายมีกลุ่มอาการไม่สุขสบาย ได้รักษาไปตามอาการระยะหนึ่งแล้วอาการไม่ดีขึ้น อีก 2 รายเป็นแผลรักษาไประยะหนึ่งแล้วไม่หาย

3.3 การตัดสินใจไปรับการตรวจวินิจฉัย ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นทั้งหมด 26 ราย ส่วนใหญ่ตัดสินใจไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยตนเอง (12 ราย) รองลงมาคือ ผู้อื่นตัดสินใจแทน (10 ราย) และรอบปรึกษาผู้อื่น (4 ราย) โดยเฉพาะกลุ่มอาการเฉียบพลันมักจะมีผู้อื่นตัดสินใจแทน เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านพาไปส่ง เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย

3.4 สถานที่ไปรับการตรวจวินิจฉัยวินิจฉัยและรักษา จากการสัมภาษณ์พบว่ามีการไปใช้บริการเพื่อรับการตรวจและวินิจฉัยโรค เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย คือ โรงพยาบาล (22 ราย) คลินิก (9 ราย) และสถานีนามัย (3 ราย) ด้วยเหตุผลที่แตกต่างกันดังต่อไปนี้

3.4.1 ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาล เพราะลูก หลาน และญาติพาไปส่งหรือได้รับคำแนะนำจากคนที่เป็นเบาหวาน อสม.หรือเจ้าหน้าที่อนามัย จะมีบางรายได้รับการส่งต่อจากคลินิกหรือสถานีนามัย

3.4.2 ไปรับการตรวจที่คลินิก เพราะได้รับการแนะนำจากคนรู้จัก หรือมีการรักษาโรคอื่นอยู่ก่อน หรือไปตรวจเบื้องต้นเพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนนำผลไปรักษาที่อื่นหรือวิธีอื่น

3.4.3 ไปรับการตรวจที่สถานีนามัย เพราะไปตรวจเองหรือญาติพาไปเมื่อมีอาการเฉียบพลัน

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่มีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพจากส่วนวิชาชีพ และมีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพจากส่วนพื้นบ้านเป็นส่วนน้อย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทั้ง 3 ด้านได้แก่ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้รับบริการ และมีรูปแบบของการใช้ที่แตกต่างกัน 3 รูปแบบ ได้แก่ การใช้วิธีการรักษา 2 วิธีร่วมกัน การใช้วิธีการรักษาวิธีเดียว และการใช้มากกว่า 2 วิธีขึ้นไปแต่ไม่ใช้พร้อมกัน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเบื้องต้น (Exploratory Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี ซึ่งประกอบด้วย

1. ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้หลังได้รับการวินิจฉัย
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับการวินิจฉัย
3. ศึกษารูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดชลบุรี 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลอ่าวอุดม และโรงพยาบาลบ่อทอง ระหว่าง วันที่ 19 กันยายน ถึง 26 ธันวาคม 2546 การคำนวณหาขนาดของประชากรและกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อัตราความชุกของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทยโดยเฉลี่ยร้อยละ 14.15 (วิทยา ศรีดามา, 2545) ได้ขนาดของประชากรผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดชลบุรีทั้งหมด 1,063 คน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยใช้สูตรของยามาเน่ (1976) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 290 คน และคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในแต่ละโรงพยาบาล ตามอัตราส่วนผู้สูงอายุเบาหวานของแต่ละแห่ง คือ โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลอ่าวอุดม และโรงพยาบาลบ่อทอง ได้แห่งละ 204, 52 และ 34 คนตามลำดับ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งประเภทตามขนาดของโรงพยาบาล (Stratified random sampling) ก่อนจากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) อีกครั้งเพื่อเลือกตัวแทนตามขนาดโรงพยาบาล แล้วจึงสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) จากลำดับการมาเข้ารับบริการที่ห้องตรวจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ทุกคน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2. แบบสอบถามการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้ในปัจจุบันช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดของระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) เป็นคำถามแบบประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับตามความถี่ของการใช้ จำนวน 37 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามการศึกษาของกฤษณา นาดี (2541) และนุสรา นิ่มน้อย (2542) ที่พัฒนาจากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพและการศึกษาของ Kleinman (1980) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามแบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” จำนวน 31 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และจากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) เป็นแนวคิดพื้นฐานในการสร้างแนวคำถามเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ เป็นคำถามกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview schedule) จำนวน 4 ข้อ ที่ให้ผู้สูงอายุเล่าถึงการใช้วิธีการรักษาโรคเบาหวานว่ามีอะไรบ้าง ใช้อย่างไร และมีอะไรเหตุผลในการใช้วิธีการรักษานั้นๆ และแปลผลโดยการวิเคราะห์คำตอบเชิงเนื้อหาแล้วจัดหมวดหมู่คำตอบตามประเด็นที่พบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงตามของเนื้อหา ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การตีความของข้อคำถาม และความครอบคลุมของเนื้อหา นำหลังจากนั้นนำเครื่องมือที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) 2 ครั้ง เพื่อตรวจสอบความตรงตามการใช้งานจริง (Face Validity) กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลบ้านบึง ครั้งละ 30 คนไม่ซ้ำกัน เพื่อป้องกันการจดจำข้อคำถามเดิมและไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริง การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS /Windows ในการคำนวณหาความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

## สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัย ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้หลังได้รับการวินิจฉัย ปีวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพหลังได้รับการวินิจฉัย และรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ โดยนำเสนอทั้งข้อมูลเชิงปริมาณพร้อมข้อมูลเชิงคุณภาพ และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพจากข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

### 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.5) มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 62.1) มีอายุมากที่สุด 86 ปี อายุน้อยที่สุด 60 ปี และอายุเฉลี่ย 68.42 ปี (S.D.=5.819) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 60.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.2) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.7) และไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 60.7) มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 3,000 บาท (ร้อยละ 64.1) รายได้ต่อเดือนสูงสุด 60,000 บาท และต่ำสุด ไม่มีรายได้ รายได้เฉลี่ย 4,309.48 บาท (S.D.=6,992.5) โดยมีแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่จากบุตร (ร้อยละ 72.8) และมีความเพียงพอของรายได้ ในระดับพอใช้และมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 42.8) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากบัตรทองสูงอายุ (ร้อยละ 79.7) และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) อยู่ในช่วง 40- 139 มก./ดล. (ร้อยละ 54.1) โดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) สูงสุด 394 มก./ดล. และต่ำสุด 45 มก./ดล. และค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 141.51 มก./ดล. (S.D.=48.565) และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 45.2) โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานนานที่สุด 31 ปี น้อยที่สุด 1 ปี และโดยเฉลี่ย 8.51 ปี (S.D.=6.89)

### 2. ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้หลังได้รับการวินิจฉัย

จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพหลังได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันในแต่ละส่วน 3 อันดับแรกตามความถี่ของการใช้มีรายละเอียด ดังนี้ การใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนประชาชน เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้ประจำ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้วิธีการคอยสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการต่างๆ (ร้อยละ 80.7) รองลงมาเป็นการออกกำลังกาย (ร้อยละ 65.5) และการควบคุมอาหาร (ร้อยละ 62.1) เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้เป็นบางครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีการควบคุมอาหาร (ร้อยละ 16.9) รองลงมาเป็นการปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 16.6) และปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 13.8) สำหรับข้อรายการที่ไม่มีการใช้เลยนั้นพบ

ว่าส่วนใหญ่เป็นการซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยามารับประทานเอง (ร้อยละ 99.3) รองลงมา เป็นนำตัวอย่างยาจากที่เคยได้รับจากแพทย์ไปซื้อรับประทานเอง (ร้อยละ 98.3) และรับประทาน อาหารเสริม (ร้อยละ 94.8)

การใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้ ประจำ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับบริการจากสถานบริการของรัฐ (ร้อยละ 99.7) รองลงมาเป็นการเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการเจาะเลือดตรวจน้ำตาล (ร้อยละ 99) และการเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการมาตรวจตามนัด (ร้อยละ 99) เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้เป็นบางครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการรับฟังการให้ความรู้จากแพทย์ (ร้อยละ 32.4) รองลงมาเป็นการได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ (ร้อยละ 30.7) และการได้รับคำปรึกษาจากพยาบาล (ร้อยละ 19.7) สำหรับข้อรายการที่ไม่มีการใช้เลยนั้นพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกรายไม่มีการเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนจีน รองลงมาเป็นการเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 99.3) และการเข้ารับบริการจากสถานบริการเอกชน (ร้อยละ 95.9)

การใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนพื้นบ้าน เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้ ประจำ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ด้วยการทำพิธีต่างๆ การเข้ารับการรักษากับหมอพื้นบ้านหรือหมอกกลางบ้านด้วยการรับประทานยาสมุนไพรและด้วยการงดอาหารหรือกิจกรรมบางอย่าง (ร้อยละ 1.7) รองลงมาเป็นการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ด้วยการสะเดาะเคราะห์ และการรับฟังและปฏิบัติตามคำทำนายของหมอดูโชคชะตา (ร้อยละ 0.3) เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้เป็นบางครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ด้วยการทำพิธีต่างๆ (ร้อยละ 2.8) รองลงมาเป็นการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ด้วยการสะเดาะเคราะห์ และการรับฟังและปฏิบัติตามคำทำนายของหมอดูโชคชะตา (ร้อยละ 1.4) และการเข้ารับการรักษากับหมอพื้นบ้านหรือหมอกกลางบ้านด้วยการอบตัว (ร้อยละ 0.7) สำหรับข้อรายการที่ไม่มีการใช้เลยนั้นพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกรายไม่มีการเข้ารับการรักษากับหมอจีนแผนโบราณ ด้วยวิธีการฝังเข็ม การแกะ การกดจุด และการงดอาหารหรือกิจกรรมบางอย่าง รองลงมาเป็นการเข้ารับการรักษากับหมอพื้นบ้านหรือหมอกกลางบ้าน ด้วยการอบตัว (ร้อยละ 99.3)

และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้ ได้แก่

2.1 วิธีการรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกรายมีการใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยไปรับบริการที่โรงพยาบาล มีเพียงบางรายไปคลินิกและสถานีนอนามัย

2.2 การใช้สมุนไพร พบว่า เกือบครึ่งของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (16 ใน 34 ราย) มีการใช้สมุนไพรร่วมด้วย สมุนไพรที่ใช้แบ่งตามจำนวนชนิด ส่วนใหญ่เป็นการใช้สมุนไพร

ชนิดเดียว ที่ใช้กันมาก เรียงตามลำดับ ได้แก่ ฟ้ำทะลายโจร ต้นไต้ใบ แสมและบอระเพ็ด ส่วนการใช้สมุนไพรมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป มีน้อย เช่น บอระเพ็ดกับแสม หรือยาหม้อจากหมอชาวบ้าน เป็นต้น สมุนไพรแบ่งตามวิธีการใช้ ส่วนใหญ่ต้มกินน้ำ มีบางชนิดต้มกินต่างน้ำ เช่น แสม ต้นไต้ใบ เป็นต้น มีเพียงฟ้ำทะลายโจรที่มีรูปแบบเป็นเม็ดด้วย

2.3 การซื้อยามาทานเองจากร้านขายยา มีเพียง 3 ใน 34 ราย โดยนำตัวอย่างยาเดิมไปซื้อ เนื่องจากคิดว่ายาเป็นยาชนิดเดียวกัน ยาเดิมหมดและอาการไม่รุนแรง

2.4 การปฏิบัติตนอื่นๆ เพื่อดูแลตัวเอง มีเพียง 2 ใน 34 ราย ดูแลตัวเองด้วยการออกกำลังกายและงดอาหารบางชนิด เช่น หน่อไม้ เป็นต้น

2.5 ไม่ใช้วิธีการรักษาใดๆ เลย มีเพียง 1 ราย เนื่องจากประเมินว่าระดับน้ำตาลในเลือดปกติ และสีน้ำตาลตามแพทย์นัด

### 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับการวินิจฉัย

จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานตามรายด้าน 3 อันดับแรกเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ปัจจัยที่ผู้สูงอายุระบุว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพด้านระบบบริการสุขภาพ คือ สามารถเดินทางไปรับการรักษาได้สะดวก (ร้อยละ 95.9) รองลงมาเป็น สามารถใช้สวัสดิการและสิทธิในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 92.8) และสถานที่รักษาอยู่ใกล้บ้าน (ร้อยละ 90.0) ส่วนปัจจัยด้านผู้ให้บริการ คือ ความเชื่อถือในผู้ให้การรักษา (ร้อยละ 96.9) รองลงมาเป็นผู้ให้บริการแสดงความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลรักษา (ร้อยละ 96.9) และการได้รับความรู้และคำแนะนำจากผู้ให้บริการ (ร้อยละ 95.9) และ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ คือ การรับรู้ว่าเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษานาน (ร้อยละ 98.6) รองลงมาเป็น พิจารณาประสบการณ์ในการรักษาที่ผ่านมา (ร้อยละ 95.9) และ สังเกตพบว่าตนเองมีอาการของเบาหวานรุนแรงขึ้น (ร้อยละ 92.8)

และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับการวินิจฉัย นำเสนอเรียงตามลำดับปัจจัยที่มีผู้สูงอายุกล่าวถึงมากไปน้อย 5 อันดับแรกดังนี้ คือส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากคนในครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม รองลงมาเป็นสถานที่รักษาอยู่ใกล้บ้าน ความต่อเนื่องของการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการประเมินจากอาการหรือระดับน้ำตาลในเลือดนอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในปัจจุบันไม่แตกต่างจากเดิมแต่มีผู้สูงอายุให้ความสำคัญกล่าวถึงซึ่งนำเสนอเรียงตามลำดับมากไปน้อย 5 อันดับแรกต่างกันดังนี้ ส่วนใหญ่พิจารณาระยะทางจากบ้าน



ถึงแหล่งบริการก่อน รองลงมาเป็น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด การได้รับคำแนะนำ และการส่งตัวไปรักษาต่อ

#### 4. รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานมี 3 รูปแบบ ได้แก่ การใช้ 2 วิธีร่วมกัน การใช้วิธีการรักษาวิธีเดียว และการใช้มากกว่า 2 วิธีขึ้นไป โดยไม่ใช่พร้อม

4.1 การใช้วิธีการรักษา 2 วิธีร่วมกัน ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกินครึ่งหนึ่ง (19 ใน 34) ใช้วิธีการรักษา 2 วิธีร่วมกัน ซึ่งวิธีที่ใช้ร่วมกัน คือ การแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพร และการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการดูแลตนเอง โดยส่วนใหญ่มีการใช้การแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพรมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้จ่ายจากโรงพยาบาลเป็นการรักษาหลัก และใช้ยาสมุนไพรเป็นยาเสริม เพื่อช่วยลดหรือคุมน้ำตาล และคาดหวังว่าจะหายจากโรคเบาหวาน

4.2 การใช้วิธีการรักษาวิธีเดียว ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกือบครึ่งหนึ่ง (14 ใน 34) ใช้วิธีการรักษาวิธีเดียว คือ การแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลทีเดียว และพบว่ามีการเปลี่ยนแหล่งบริการที่ละแห่ง เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาและการส่งตัวไปรักษาต่อ

4.3 การใช้วิธีการรักษามากกว่า 2 วิธีขึ้นไป โดยไม่ใช่พร้อมกัน มีเพียง 1 ราย เป็นการใช้อาหารรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน การซื้อยามาทานเอง และการดูแลตัวเอง

#### 5. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลในส่วนนี้ได้จากข้อคำถามที่ปรับสร้างขึ้นเพิ่มเพื่อใช้เกริ่นนำก่อนที่จะนำเข้าสู่ประเด็นคำถามหลักเกี่ยวกับรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งได้ข้อมูลที่น่าสนใจคือ ประเด็นความเป็นมาและการจัดการก่อนที่จะทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 สาเหตุที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่ (26 ราย) ทราบจากการมีอาการผิดปกติ รองลงมาคือจากการตรวจพบโดยบังเอิญ (8 ราย)

5.1.1 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น แบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการได้แก่

1) กลุ่มอาการไม่เฉียบพลัน เช่น อาการไม่สุขสบาย ได้แก่ ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เป็นต้น อาการแสดงทางระบบปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อยร่วมกับกินน้ำบ่อย เป็นต้น อาการเกี่ยวกับความอยากอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร ผอมลง เป็นต้น และมีอาการหายของแผลช้ากว่าปกติ

2) กลุ่มอาการเฉียบพลัน เช่น นิ่งเฉยๆ ก็ชักตาค้าง น้ำลายฟูมปาก

5.1.2 การตรวจพบโดยบังเอิญ เป็นการตรวจพบเมื่อไปรักษาโรคอื่น และการตรวจสุขภาพโดยไม่มีอาการผิดปกติมาก่อน

5.2 การจัดการเมื่อมีอาการผิดปกติ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีการจัดการเมื่อมีอาการผิดปกติ คือ ไปรับการตรวจรักษาทันที (14 ราย) เมื่อมีอาการเฉียบพลัน รองลงมาคือ รอดูอาการไประยะหนึ่ง (8 ราย) มักพบในรายที่มีอาการไม่สุขสบาย หรือใช้วิธีรักษาตามอาการไประยะหนึ่งจนไม่ดีขึ้นจึงไปตรวจรักษา (4 ราย) เช่น อาการไม่สุขสบายและมีแผลรักษาไม่หาย

5.3 การตัดสินใจไปรับการตรวจวินิจฉัย พบว่า มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานตัดสินใจไปตรวจเอง กับปรึกษาผู้อื่นก่อนหรือให้ผู้อื่นพาไปสัดส่วนใกล้เคียงกัน

5.4 สถานที่ไปรับการตรวจรักษาและวินิจฉัย เรียงตามการไปใช้บริการมากไปน้อย คือ โรงพยาบาล (22 ราย) คลินิก (9 ราย) และสถานีนามัย (3 ราย)

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้หลังได้รับการวินิจฉัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพหลังได้รับการวินิจฉัย และรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพจากข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

### 1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

1.1 เพศ จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.5) ซึ่งเป็นไปตามที่มีการศึกษาว่าโรคเบาหวานที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเป็นเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินและมักจะพบบ่อยในเพศหญิง (วัลลา ตันตโยทัย และอดิศักดิ์ สงดี, 2534) และสอดคล้องกับการศึกษาของภาณุพันธ์ พุฒสุข (2542) และ นุสรา นิมน้อย (2542) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน

1.2 อายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 62.1) อาจเนื่องมาจากช่วงอายุนี้เป็นกลุ่มวัยสูงอายุตอนต้น ที่ยังแข็งแรงสามารถมาเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูลได้สะดวก ทำให้พบผู้ป่วยในกลุ่มอายุนี้นี้มาก ส่วนที่พบในช่วงอายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปน้อย ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับที่วิทยา ศรีดามา (2545) กล่าวว่า จะพบเบาหวานมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นนั้น เนื่องมาจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานในช่วงอายุที่มากขึ้นมีจำนวนลดลงเนื่องจากอาจมี

การเสียชีวิตไปบ้างจากโรคเบาหวาน หรือจากโรคแทรกซ้อนอื่นๆ หรืออาจมีอาการที่ต้องเข้ามารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งไม่ใช่แผนกที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ภาวะเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 60.7) แต่มีรายได้ 1 – 3,000 บาท (ร้อยละ 64.1) รายได้ต่อเดือนสูงสุด 60,000 บาท และต่ำสุด ไม่มีรายได้ รายได้เฉลี่ย 4,309.48 บาท โดยมีแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่จากบุตร (ร้อยละ 72.8) และมีความเพียงพอของรายได้ ในระดับพอใช้และมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 42.8) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จากบัตรทองสูงอายุ (ร้อยละ 79.7) จะเห็นว่าผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีแม้ไม่ได้ทำงาน แต่ก็มีรายได้อยู่ในระดับที่มีเหลือเก็บ อาจเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากครอบครัว และสามารถใช้อิทธิบัตรทองสูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลได้จึงทำให้ยังมีเงินเหลือเก็บ

1.4 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.1) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในช่วง 40- 139 มก./ดล. มีค่าสูงสุด 394 มก./ดล. และต่ำสุด 45 มก./ดล. แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือ ควรอยู่ประมาณ 140-180 มก./ดล. (สุทิน ศรีอัญญาพร, 2542) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมอยู่บ้าง (ร้อยละ 31.7) และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าระดับน้ำตาลสูงมากอยู่เล็กน้อย (ร้อยละ 14.7)

1.5 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 1 – 5 ปี (ร้อยละ 45.2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภาณุพันธ์ พุฒสุข (2542) และนุสรา นิ่มน้อย (2542) ที่มีกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วงนี้เช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาเป็นระยะแรกๆ ของการเจ็บป่วยผู้ป่วยจึงหาวิธีการรักษาเพื่อรักษาตนเองอยู่อย่างต่อเนื่อง เมื่อผ่านไประยะหนึ่งอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ 5 ปีไปแล้ว ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีโรคแทรกซ้อนเสียชีวิตไปก่อนได้ หรือเกิดเป็อหน่ย ท้อแท้ต่อการรักษา โดยเฉพาะเมื่อเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2538) ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง จึงพบกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคในช่วงอื่นน้อยกว่า แต่จากกลุ่มตัวอย่างก็ยังมีผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่เป็นโรคเบาหวานมา แล้วนานที่สุดถึง 31 ปี ก็ยังมีชีวิตอยู่และสามารถมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจทำการศึกษาต่อว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมอย่างไรหรือองค์ประกอบใดบ้างในการควบคุมโรคเบาหวานในระยะเวลาที่ยาวนานนั้น เพราะในการศึกษานี้ทราบเพียงผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเท่านั้น ซึ่งน่าจะมีส่วนประกอบอื่นๆ ส่งเสริมผู้ป่วยในการควบคุมโรคเบาหวานอีก

## 2. ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้หลังได้รับการวินิจฉัย

ผลการศึกษาในระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ในปัจจุบันหลังได้รับการวินิจฉัย จากการศึกษาสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีการใช้วิธีการรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบัน รองลงมาเป็นการใช้สมุนไพร และการซื้อยาทานเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิทักษ์ ศิริวัฒน์ เมธานนท์ และคณะ (2540) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครนายก พบว่าส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุจะเลือกใช้บริการของรัฐ รองลงมาคือ ซื้อยารับประทานเอง และการศึกษาของพัชรา เบญจรัตน์ (2533) ที่ได้ศึกษาความแตกต่างของการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลระหว่างวัยกลางคนและวัยสูงอายุในประเทศไทย พบว่า มีการเลือกวิธีการรักษาใกล้เคียงกัน คือนิยมไปรับบริการจากแพทย์มากที่สุด รองลงมาคือ รักษาตนเอง

การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในแต่ละส่วน ขอเสนอผลการอภิปราย ดังนี้

2.1 การใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนวิชาชีพ เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้เป็นประจำ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับบริการจากสถานบริการของรัฐ (ร้อยละ 99.7) รองลงมาเป็นการเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการเจาะเลือดตรวจน้ำตาล (ร้อยละ 99) การเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการมาตรวจตามนัด (ร้อยละ 99) การเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการรับประทานยา (ร้อยละ 94.1) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลสุขภาพและให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาที่ทำให้สามารถควบคุมโรคได้เป็นอย่างดี (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2545) ทั้งนี้การเข้ารับบริการจากสถานบริการของรัฐของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สามารถอธิบายจากข้อมูลเชิงคุณภาพได้ว่า อาจมาจากเหตุผลที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่า “ยากlinikแพงกว่า” “ใช้บัตรทองได้” “ไม่ต้องเสียเงิน” รองลงมา บอกว่า “ใกล้บ้าน” และ “ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อในโรงพยาบาล”

ในด้านการได้รับฟังความรู้เบาหวานและได้รับคำปรึกษา จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งระบุว่าได้รับฟังความรู้เบาหวานและได้รับคำปรึกษาจากพยาบาล ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในการดูแลผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญในการบำบัดรักษาและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรด้านอื่นๆ (วัลลา ตันตโยทัย และอดิศัย สงดี, 2540; ปาลิรัตน์ พรทวีภักดิ์ และลินจง โปธิบาล, 2545) อีกทั้งในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง การให้ความรู้โรคเบาหวานจึงเป็นเรื่องจำเป็นเร่งด่วนอย่างยิ่ง เพราะยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ทำให้การดูแลรักษาโรคเบาหวานยังไม่ได้มาตรฐาน ดังนั้นหากได้มี

การพัฒนาบทบาทพยาบาลในด้านนี้มากยิ่งขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองและควบคุมโรคได้ดีขึ้น (สมพงษ์ สุวรรณวัลย์กร, 2545)

2.2 จากผลการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้เป็นประจำ ส่วนใหญ่ใช้วิธีการคอยสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการต่างๆ ของเบาหวาน (ร้อยละ 80.7) รองลงมาเป็นการออกกำลังกาย (ร้อยละ 65.5) การควบคุมอาหาร (ร้อยละ 62.1) เป็นประจำ อภิปรายได้ว่า เป็นการดูแลตนเองที่ดีเป็นไปตามแผนการรักษาโรคเบาหวานที่ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2545) ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีการปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกัน (ร้อยละ 34.1) มากกว่าการขอคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 14.8) หรือคนอื่นๆ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากผู้ป่วยคนอื่นมีประสบการณ์การรักษาที่สามารถนำมาถ่ายทอด แนะนำ และแลกเปลี่ยนกันได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่าปัจจัยด้านการได้รับการแนะนำ หรือบอกต่อ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพมากที่สุด โดยได้รับการแนะนำจากบุคคลอื่น ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วย และสอดคล้องกับแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ของ Kleinman (1980) ที่ว่าบุคคลจะเรียนรู้และได้รับการถ่ายทอดการเยียวยาตนเองจากครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม

อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพจากส่วนประชาชนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำร้อยละ 27.9 สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่พบว่า ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 4 ที่ยังคงใช้สมุนไพร่วมกับการรับการรักษาจากโรงพยาบาล โดยใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นหลักและใช้สมุนไพรมาเสริมในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของอาทร ژیวไพบูลย์ (2533) เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 84 เคยใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน และร้อยละ 52 ยังคงใช้อยู่ และการศึกษาของเพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ ลือชัย ศรีเงินยวง (2537) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาเกือบทั้งหมดมีความเชื่อว่าโรคเบาหวานต้องอาศัยการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลักและมีผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งยังคงมีการใช้สมุนไพรควบคู่ไปกับยาแผนปัจจุบัน ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในการศึกษาคั้งนี้ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตชุมชน ทำให้มีความสะดวกในการจัดหาและเตรียมยา เนื่องจากสมุนไพรบางชนิดสามารถปลูกได้เองหรือซื้อรับประทานเป็นเม็ดได้ เช่น ฟ้าทะลายโจร เป็นต้น

นอกจากนี้จากผลการศึกษาพบว่า ในระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ส่วนประชาชนในปัจจุบันนั้น กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกราย (ร้อยละ 99.3) ไม่มีการซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยามารับประทานเองเลย สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว จึงไม่ต้องไปซื้อยามารับประทานเอง และสามารถใช้สิทธิบัตรสูงอายุได้เป็นการ

ประหยัดค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับผลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลว่า การใช้สวัสดิการ และสิทธิในการรักษาพยาบาลได้ และการประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

2.3 การใช้ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนพื้นบ้าน เมื่อพิจารณาข้อรายการที่มีการใช้เป็นประจำ พบว่า มีการใช้น้อย (ร้อยละ 1.7) ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ด้วยการทำพิธีต่างๆ การเข้ารับการรักษาที่หมอพื้นบ้านหรือหมอกลางบ้านด้วยการรับประทานยาสมุนไพร และด้วยการงดอาหารหรือกิจกรรมบางอย่าง ซึ่งนอกจากนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ศึกษาทุกรายไม่มีการเข้ารับการรักษาที่หมอจีนแผนโบราณทุกวิถีและการแพทย์แผนจีนในส่วนวิชาชีพเลย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมารับบริการในส่วนวิชาชีพด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันอยู่แล้ว มีบัตรสูงอายุไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ไม่มีความเชื่อถือในการรักษาและผู้ให้การรักษาด้วยวิธีดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่ตรงกันทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่พบว่า ความเชื่อถือในผู้รักษา สิทธิการรักษาพยาบาล และความเชื่อถือในการรักษา เป็นปัจจัยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของ ชื่นชม เจริญยุทธ (2522) ศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสุขภาพของประชาชนในชนบท พบว่า ปัจจัยเรื่องความเชื่อถือเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพ ถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติจะใช้การรักษาพื้นบ้านหรือแผนโบราณ แต่ถ้าเชื่อว่ามีสาเหตุจากธรรมชาติ จะใช้การรักษาแผนปัจจุบันมากกว่า สอดคล้องกับนิตยา กิจไพศาล (2539) ที่ศึกษาพบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยมารักษาที่หมอพื้นบ้าน เนื่องจากมีความเชื่อมั่นศรัทธาในตัวหมอ และเชื่อถือประสิทธิภาพการรักษา

### 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับการวินิจฉัย

จากข้อมูลเชิงปริมาณ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ขอนำเสนออภิปราย ตามรายด้าน ดังนี้

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้รายด้าน ในด้านระบบบริการสุขภาพนั้น จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าร้อยละ 95.9 สามารถเดินทางไปรับการรักษาได้สะดวก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัย 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนต้น ยังสามารถเดินทางไปมาที่ต่างๆ ได้เอง อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะยังสามารถเดินทางได้เอง แต่โดยปกติแล้วในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความเสื่อมถอยของร่างกายดังนั้นการที่ผู้สูงอายุต้องออกจากที่พักอาศัยไปยังสถานที่อื่นจึงต้องคำนึงถึงความสะดวกในการเดินทางด้วย อันได้แก่ ลักษณะยานพาหนะ การขึ้นลงยานพาหนะ

ในสถานที่ที่ไป สภาพร่างกายขณะเดินทาง และการพึ่งพาผู้อื่นไปรับไปส่ง ดังจะเห็นได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “ไปมาสะดวก มีรถเมล์ผ่าน มาเองได้” จึงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ เลี้ยวประไพ และ บุญผา ศิริวัฒน์ (2531) เรื่อง สถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท และการศึกษาของสุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ (2540) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (ในเขตภาคกลาง) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพ คือ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการเช่นกัน

3.2 สำหรับปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ที่พบมากที่สุด คือ ความเชื่อถือในผู้ให้การรักษา และผู้ให้บริการแสดงความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลรักษา (ร้อยละ 96.9) อธิบายได้ว่าเป็นเรื่องปกติของผู้ป่วยโดยทั่วไป หากผู้ให้รักษามีความน่าเชื่อถือว่าจะสามารถรักษาได้ รักษาหาย รักษาถูกต้องวิธี ถูกโรค ผู้ป่วยก็จะตัดสินใจเข้าไปรับการรักษา โดยเฉพาะเมื่อไปแล้วผู้ให้บริการหรือให้การรักษาแสดงท่าทีสนใจและเอาใจใส่ดูแลสอบถามและรักษา ผู้ป่วยก็จะประทับใจและเข้าไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ความมีอัธยาศัยดี และทำที่เป็นกันเองของผู้ให้บริการเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่พบมากที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 94.1) และจากผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุบอกว่า “ชอบที่นี่ ทุกคนเป็นกันเอง สนุกกับแพทย์ พยาบาล” ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาในหลายเรื่อง เช่นของ ธารา อ่อนชมจันทร์ และคณะ (2538) เรื่อง ทางเลือกในการรักษากระดูกหัก การศึกษาของนิตยา กิจไพศาล (2539) เรื่อง ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านรักษากระดูกคนหนึ่ง และการศึกษาของสุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ (2540) เรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (ในเขตภาคกลาง) ที่พบว่า ความเชื่อถือ ความศรัทธาในตัวหมอพื้นบ้าน หรือแพทย์เฉพาะทาง เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะเข้ารับการรักษา ด้วยวิธีการนั้นๆ

3.3 ปัจจัยที่ผู้สูงอายุนับว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพด้านผู้รับบริการมากที่สุด เป็นการรับรู้ว่าเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษานาน (ร้อยละ 98.6) สามารถอาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานทราบว่าเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลารักษานาน และหากไม่รักษาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ ซึ่งการรับรู้ระยะเวลาและความรุนแรงอาจเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกวิธีการต่างๆ มารักษา และคาดหวังว่าอาจจะมีวิธีใดวิธีหนึ่งที่รักษาให้หายขาดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kleinman (1980) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของบุคคล นั่นคือ เมื่อรับรู้ว่าเป็นเจ็บป่วยจะทำให้บุคคลมีการแสวงหาระบบบริการ สุขภาพที่จะแก้ปัญหาการเจ็บป่วยนั้น

ส่วนการที่พบว่า การได้รับคำแนะนำจาก ผสส. หรือ อสม. ในชุมชน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพด้านผู้รับบริการของผู้สูงอายุโรคเบาหวานน้อยที่สุด (ร้อยละ 16.2) อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไปรับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว และได้รับคำแนะนำจากเครือข่ายทางสังคมอื่นมาบ้างแล้ว ประกอบกับในปัจจุบัน ผสส. หรือ อสม. อาจมีบทบาทในปัญหาสุขภาพที่เร่งด่วนเรื่องอื่นๆ มากขึ้น เช่น ปัญหาการปราบยาเสพติด เป็นต้น จึงไม่ค่อยได้มาพบปะ ผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำเรื่องโรคเบาหวาน ทำให้หัวข้อนี้อาจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพในเขตพื้นที่นี้ก็ได้

3.4 . ทั้งนี้ จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ผ่านมาหลังได้รับการวินิจฉัย เรียงตามลำดับมากไปน้อย 5 อันดับแรก ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากคนในครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม พิจารณาระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการ ความต่อเนื่องของการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการประเมินจากอาการหรือระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยที่พบในหลายการศึกษาเช่นกัน (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2540; นริสา ศรีลาชัย, 2540; ปฏิญาพร พรณราย, 2540; เพชรรัตน์ เตียมละออ, 2540; วไลพรพรน ชลสุข, 2540; ศุภรัตน์ ไพศาลตันติธรรม, 2540) เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ในปัจจุบันกับที่ผ่านมาหลังได้รับการวินิจฉัย มีความแตกต่างกันในบางประเด็นที่พบ ได้แก่ การส่งตัวไปรักษาต่อ และความต่อเนื่องของการรักษา และมีการกล่าวถึงตามลำดับมากน้อยต่างกัน เรียงตามลำดับมากไปน้อย 5 อันดับแรก ได้ดังนี้ พิจารณาระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการ ค่าใช้จ่ายในการรักษา การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด การได้รับคำแนะนำ และการส่งตัวไปรักษาต่อ สามารถอธิบายจากคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษาคั้งนี้ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลถึงปัจจัยเรื่องความต่อเนื่องของการรักษา ว่าอาจเนื่องมาจากหลังการวินิจฉัยใหม่ๆ ผู้ป่วยต้องการการรักษา แต่เมื่อรักษาไประยะหนึ่ง เกิดมีโรคแทรกซ้อนหรือ มีความจำเป็นด้านอื่น เช่น ย้ายภูมิลำเนา หรือย้ายตามสิทธิบัตรลดหย่อน จึงต้องมีการส่งต่อการรักษา

และเช่นกันเมื่อเปรียบเทียบตามลำดับความสำคัญของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทั้งปัจจุบันและที่ผ่านมาหลังได้รับการวินิจฉัยอันดับแรก พบว่า ผู้สูงอายุเล่าว่าหลังได้รับการวินิจฉัยใหม่ๆ “ใครว่าอะไรดีก็เอาทั้งนั้น” แต่เมื่อรักษามาจนปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คำนึงถึงความไกลใกล้บ้านเป็นอันดับแรก ต่อมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา และจึงเป็นระดับน้ำตาล ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากลักษณะกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นวัยสูงอายุตอนต้น ที่ยังสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนเอง พอมีรายได้เล็กน้อย และไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในระดับเหมาะสมได้ ดังนั้นจึงต้องมีการพิจารณาปัจจัยดังกล่าวในการใช้วิธีการรักษาต่างๆ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของนุสรา นิมน้อย (2542) เรื่องพฤติกรรมและการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินพบว่า ระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการสุขภาพ สวัสดิการการ



รักษาและอัตราค่ารักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยคำนึงถึงมากที่สุดในการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ภาพเช่นกัน

นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ ยังพบว่า มีประเด็นใหม่เพิ่มเติมจากปัจจัยตามราย ข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เรียงตามลำดับการพบจากมากไปน้อย ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากการ พังทางวิทยุ ระบบการส่งต่อการรักษา ความสะดวกในการจัดหาและการเตรียมยา และการรักษาร่วม กับโรคอื่น ซึ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่น่าสนใจในบริบทของสังคมในกลุ่ม ตัวอย่างนี้ และมีประเด็นที่น่าสนใจเพิ่มเติม คือ ในข้อคำถามเชิงปริมาณปัจจัยที่ต้องการทดลองวิธี การรักษาใหม่ๆ พบว่า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถึง ร้อยละ 58.6 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เกินกว่าครึ่งมีการเลือกใช้วิธีการรักษาใหม่หรือเปลี่ยนวิธีการรักษาเรื่อย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีระดับน้ำตาลอยู่ใน ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่เหมาะสม ดังที่กล่าวมาข้างต้น

#### 4. รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จากผลการศึกษาซึ่งพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดชลบุรีมีรูปแบบของการ ใช้วิธีการรักษาโรคเบาหวาน 3 รูปแบบได้แก่ การใช้ 2 วิธีร่วมกัน การใช้วิธีการรักษาวิธีเดียว และ การใช้มากกว่า 2 วิธีขึ้นไป แต่ไม่ใช้พร้อมกัน

4.1 การใช้ 2 วิธีร่วมกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การรักษา 2 วิธีร่วม กันโดยวิธีที่ใช้ร่วมกัน คือ การแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพร และการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับ การปฏิบัติตนอื่นๆ เพื่อดูแลตนเอง ซึ่งเมื่อจัดเข้าระบบการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของ Kleinman (1980) เป็นการที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพที่พร้อมๆกับส่วนประชาชน โดยผลการวิจัย ครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของนุสรา นิมน์น้อย ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานแล้วพบว่า ผู้ป่วยมี การใช้วิธีการรักษา 2 วิธีร่วมกันเช่นกัน เป็นการที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนกับส่วนวิชา ชีพ ส่วนใหญ่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการใช้สมุนไพร รองลงมาเป็นการใช้การแพทย์แผน ปัจจุบันร่วมกับการรักษาตนเองด้วยการลดขนาดยาที่รับจากโรงพยาบาลเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kleinman (1980) ในรูปแบบที่ใช้วิธีการรักษาหลายวิธี จากระบบ การดูแลสุขภาพในแต่ละส่วนร่วมกัน เช่น เมื่อรู้สึกมีอาการไม่สบาย ใช้วิธีการนอนพักและการ รักษาตนเองด้วยการทานอาหารเสริม ต่อมาเมื่อประเมินว่าอาการไม่ดีขึ้น จึงไปรับการรักษาจาก แพทย์แผนปัจจุบัน ต่อมาเมื่อญาติแนะนำว่าอาจจะดวงไม่ดี จึงไปไหว้พระขอพรเสริมอีก เป็นต้น และผลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีการประเมินอาการและระดับน้ำตาลจากการมาตรวจ ตามนัด จากนั้นจะมีการเปลี่ยนชนิดสมุนไพรหรือแหล่งบริการ หากไม่สามารถลดระดับน้ำตาลใน

เลือดได้ โดยรูปแบบนี้มักพบในวัยผู้ใหญ่ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือกลับมาเป็นซ้ำ เหมือนกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

4.2 การใช้วิธีการรักษาวิธีเดียว ที่พบคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันจากระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพแต่มีการเปลี่ยนแหล่งบริการที่ละแห่ง เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่าย เช่น รักษาที่คลินิกแพ่งจึงย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ และการส่งตัวไปรักษาต่อ เช่น จากสถานีนอนามัยย้ายไปรักษาโรงพยาบาลชุมชน เพราะมีอาคารรุนแรง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนุสรา นิมน์น้อย ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการรักษาวิธีเดียวจากส่วนวิชาชีพและเปลี่ยนแหล่งบริการเช่นกัน แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Kleinman (1980) ในรูปแบบที่ใช้วิธีการรักษาที่ละวิธีจากระบบการดูแลสุขภาพที่ละส่วน ซึ่งอาจใช้วิธีการเดิมแต่เปลี่ยนผู้รักษา เช่น มีใช้สูง ผู้ป่วยใช้สมุนไพรในการรักษา ต่อมาอาการไม่ดีขึ้นจึงหยุดใช้ และไปพบแพทย์แผนจีนคนแรก ต่อมาอาการทรุดหนัก จึงเปลี่ยนแพทย์คนใหม่

4.3 สำหรับการใช่มากกว่า 2 วิธีขึ้นไปซึ่งไม่ใช้พร้อมกัน เป็นการใช้การรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน การซื้อยามาทานเอง และการปฏิบัติตนอื่นๆ เพื่อดูแลตัวเอง เป็นการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพและส่วนประชาชน เมื่อพิจารณาพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Kleinman (1980) ในรูปแบบที่ใช้วิธีการรักษาหลายวิธีจากระบบการดูแลสุขภาพในแต่ละส่วนร่วมกันโดยไม่ได้ใช้พร้อมกันทั้งหมดเช่นกัน

ดังนั้นจากผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า รูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นไปตามแนวคิดและการศึกษาของ Kleinman (1980) 2 รูปแบบ คือ รูปแบบของการใช้วิธีการรักษาหลายวิธี จากระบบการดูแลสุขภาพในแต่ละส่วนร่วมกัน และรูปแบบของการใช้วิธีการรักษาที่ละวิธี จากระบบการดูแลสุขภาพที่ละส่วน ทั้งนี้ไม่พบรูปแบบของการใช้วิธีการรักษาหลายวิธีจากทุกส่วน พร้อมกัน ในเวลาเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในการศึกษาคั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งต่างกับรูปแบบที่ Kleinman (1980) พบในผู้ป่วยเด็ก

## 5. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากข้อคำถามสร้างขึ้นเพื่อใช้เกริ่นนำก่อนที่จะนำเข้าสู่ประเด็นคำถามหลักเกี่ยวกับรูปแบบของการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ทำให้ได้ข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับความเป็นมาและการจัดการก่อนที่จะทราบว่าเป็นโรคเบาหวานซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่บอกมาก่อนทราบว่าเป็นเบาหวาน จะมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเองก่อนที่จะไปตรวจ หรือบางรายตรวจพบโดยบังเอิญเมื่อไปรักษาโรคอื่นหรือไปตรวจเช็คสุขภาพ หลังจากนั้นจะมีการจัดการกับอาการผิดปกติด้วยการรอสังเกตอาการไประยะหนึ่ง หรือไปรับการตรวจรักษาทันที หรือรักษาไปตามอาการระยะหนึ่งเมื่อไม่ดีขึ้นจึงไปรับการตรวจวินิจฉัยโดยการตัดสินใจด้วยตนเอง หรือขอคำปรึกษาจากผู้อื่น หรือให้ผู้อื่นพาไป

ซึ่งเหตุการณ์ทั้งหมดตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานนั้น เป็นการที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของประชาชนของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) ที่กล่าวว่าระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เป็นระบบการดูแลสุขภาพตนเองขั้นพื้นฐาน มีการรับรู้ ตีความ และวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยพร้อมกับมีการตัดสินใจจัดการกับความเจ็บป่วยและเกิดกิจกรรมการรักษารั้งแรกในระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลนี้ เป็นไปตามการอธิบายหรือตีความจากประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง การปรึกษาเพื่อน หรือญาติพี่น้อง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุของ กฤษณา นาดี (2541) และในผู้ป่วยเบาหวานของนุสรา นิมน์น้อย (2542) พบว่า ผู้ป่วยจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลก่อนใช้การดูแลสุขภาพในส่วนอื่นเช่นกัน

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 7 ใน 34 ราย ที่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ มาก่อนแต่ตรวจพบโรคเบาหวานโดยบังเอิญ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นการค่อยๆ เสื่อมของอวัยวะต่างๆ ตามวัย ทำให้ไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนชัดเจน จะทราบเมื่อเข้ารับการตรวจสุขภาพเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานบางรายที่ไม่ทราบว่าเป็นเบาหวานมาก่อน อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่พบมากในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ และมีอัตราการตายสูงถ้าไม่ได้รับการรักษาทันที่ (สุนิตย์ จันทประเสริฐ, 2537) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเข้าตรวจสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหรือบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น อ้วน มีกรรมพันธุ์ เป็นต้น จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการคัดกรองผู้ป่วย ควบคุมโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (เทพ หิมะทองคำ, 2545)

นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพของระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้บอกถึงการใช้อยู่หมัดในการรักษาโรคเบาหวาน ทำให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับชนิดและวิธีการใช้อยู่หมัดเพิ่มมากขึ้น และประเด็นที่น่าสนใจคือ การต้มกินแทนน้ำ ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง กล่าวว่า “ก็กินเหมือนแทนน้ำไม่รบกวนเวลากินยาหลวง กินเมื่อไหร่ก็ได้” อีกรายบอกว่า “เพราะยาหลวงกินก่อนข้าวตอนเช้าแค่นั้น มีอื่นไม่มียากินเลย” เป็นต้น ส่วนสมุนไพร “แฮ่ม” เป็นสมุนไพรที่น่าสนใจ เพราะที่ได้รับการนิยมนำมาบดคั้นมากในกลุ่มตัวอย่างแต่บางคนยังไม่กล้าทดลองใช้แต่ก็ยอมเล่าให้ฟัง อย่างไรก็ตามหลายคนยืนยันว่าสามารถใช้ลดน้ำตาลในเลือดได้จริง แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ว่าได้ผลจริงหรือไม่ ซึ่งทั้ง 2 ประเด็นจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุใช้อยู่หมัดในการรักษาเบาหวาน ทั้งนี้การใช้อยู่หมัดของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องการศึกษาของผกามาศ นามประดิษฐ์ (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน เช่น ฟ้าทะลายโจร ว่านหางจระเข้ หญ้าไต้ใบ หรือยาไทย พวกยาผีบอก และมีการใช้รับประทานยาแบบต้มเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือการปั้นเป็นลูกกลอน และจากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2544 ที่พบว่าประชากรไทยมีการใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรร้อยละ 14.2 เพื่อการรักษาโรค ซึ่งโรคเบาหวานก็เป็น 1 ใน 10 ของกลุ่มโรค

ที่มีการใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรโดยมีผู้ใช้ คิดเป็นร้อยละ 2.2 และในปี พ.ศ. 2546 พบว่า 1 ใน 3 ของ ผู้สูงอายุไทยมีการใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรเพื่อรักษาโรคและบำรุงร่างกาย

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานำมาเป็นแนวทางในด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาและสนับสนุนการวิจัยได้ดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาพบว่า ในการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีวะของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานส่วนใหญ่ได้รับฟังความรู้และได้รับคำปรึกษาจากพยาบาล แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานยังขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านการให้ความรู้และคำปรึกษาอีกมาก ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีการตอบรับการบริการพยาบาลในส่วนนี้สูง จึงควรมีการพัฒนาและส่งเสริมให้พยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานได้มีโอกาสรับการอบรมฝึกทักษะการให้ความรู้และคำปรึกษาให้มากขึ้น เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องสามารถควบคุมโรคได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่มีโรคแทรกซ้อน

2. ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ขั้นตอนในการซักประวัติผู้ป่วย ควรสอบถามถึงวิธีการรักษาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเคยใช้ กำลังใช้อยู่ และความเชื่อในการรักษาโรคเบาหวานด้วย เพื่อเป็นการประเมินการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ เพื่อให้สามารถดำเนินการรักษาและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องและไม่ซ้ำซ้อน เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยใช้สมุนไพรลดระดับน้ำตาลเองโดยไม่ได้บอกแพทย์ร่วมกับการรับยาลดระดับน้ำตาลตามคำสั่งแพทย์ด้วย ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันต่างๆ เช่น ภาวะหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมาก เป็นต้น

3. จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพมากที่สุด ในด้านระบบบริการสุขภาพ คือ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการของผู้ป่วยเบาหวานในวัยสูงอายุ ดังนั้นควรมีการพัฒนาบริการสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น เช่น เพิ่มและพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านเบาหวานให้สามารถทำการตรวจรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซับซ้อนมากในหน่วยบริการที่ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เช่น ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนของแต่ละชุมชนได้ หรือส่งเสริมให้มีการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและครอบครัวสามารถปฏิบัติร่วมกันที่บ้านได้เพื่อควบคุมโรค หรือเปิดให้บริการตรวจรักษาโรคเบาหวานเคลื่อนที่ในชุมชน เป็นต้น

## ด้านการศึกษา

1. ในโปรแกรมการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลที่ออกฝึกงานในชุมชน ควรมีประเด็นเพื่อเรียนรู้ในการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ชุมชนนั้นๆ ด้วยว่า เป็นอย่างไร เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจในการใช้วิธีการรักษาและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานในบริบทต่างๆ ของสังคมมากขึ้น อีกทั้งสามารถเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยด้วย

2. ควรส่งเสริมให้มีการเรียนการสอนวิชาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวานที่ถูกต้อง และการใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวานให้แก่ นักศึกษาพยาบาล พยาบาล และทีมสุขภาพ เพื่อเป็นการเรียนรู้ที่สามารถนำไปให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

## ด้านการวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ไม่สามารถทราบจำนวนประชากรที่แท้จริง จึงเป็นข้อจำกัดในการศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในแต่ละชุมชน เนื่องจากขาดสถิติข้อมูลประชากรในพื้นที่ชุมชน มีเพียงสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานบริการของรัฐเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการสำรวจความชุกของผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย รวมถึงแยกข้อมูลสถิติโรคเบาหวานจากโรคอื่นๆ และจำแนกอายุด้วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลศึกษาวิจัยการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในแต่ละชุมชนได้และเพื่อให้เกิดการคัดกรอง ติดตามและควบคุมโรคเบาหวานได้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

2. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวานหลายชนิด ซึ่งมีสมุนไพรรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ได้รับการยืนยันจากหลายคนตรงกันว่า ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้จริง เช่น แยม และใบสักทอง เป็นต้น ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยต่อเกี่ยวกับสมุนไพรรักษาโรคเบาหวานเหล่านี้ว่ามีผลทางวิทยาศาสตร์จริงหรือไม่ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลใช้รักษาโรคเบาหวานได้ต่อไป

3. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ควรมีการนำข้อมูลไปพัฒนาเพื่อศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ระบบการดูแลสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป โดยทำการศึกษา ทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และรูปแบบของการใช้ กับระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งองค์ประกอบด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเพิ่มเติมข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่พบเพิ่มเติมจากข้อมูลเชิงคุณภาพตามผลการศึกษานี้ด้วย คือ การได้รับคำแนะนำจากการฟังทางวิทยุ ระบบการส่งต่อการรักษา ความสะดวกในการจัดหาและการเตรียมยา และการรักษาร่วมกับโรคอื่น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กฤษณา นาดี. 2541. พฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีเป็นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ โรงพยาบาลชลบุรี. 2544. สถิติโรคผู้ป่วยนอก(OPD) ประจำปีงบประมาณ 2544 จำแนกตามแผนก (ห้องตรวจ). โรงพยาบาลชลบุรี.

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ โรงพยาบาลชลบุรี. 2545. คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการบัตรทอง ณ โรงพยาบาลชลบุรี. โรงพยาบาลชลบุรี.

กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย. 2539. ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ .2535. ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมไทย.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543. สุขภาพคนไทยปี พ.ศ.2543: สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์. 2540. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิตตินันท์ พงสุวรรณ. 2542. ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 19(3): 66-82.

ชื่นชม เจริญยุทธ. 2522. ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ของประชาชนในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2533. การดูแลสุขภาพตนเอง พรมแดนความรู้ ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (บรรณาธิการ). หน้า 17. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ทิพย์สุดา เณรทอง. 2534. การเลือกใช้บริการรักษาโรคแผนพื้นบ้านและปัจจุบัน : กรณีศึกษาเฉพาะวัดโพธิ์ทองบนและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2545. ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทพินทร์ พัทธานุกรณ์. 2533. แนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเยี่ยวยาแบบพื้นบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธารา อ่อนชมจันทร์ และคณะ. 2538. ทางเลือกในการรักษากระดูกหัก กรณีศึกษาหมอกระดูกอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย. รายงานการสัมมนาวิชาการเรื่องการแพทย์แผนไทยกับสังคมไทย. หน้า 47-58. 10-13 มีนาคม 2538. โครงการจัดงานทศวรรษ การแพทย์แผนไทย.
- นริสา ศรีลาชัย. 2540. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี. 2536. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. หน้า 180-210. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม.
- นิตยา กิจไพศาล. 2539. การศึกษากฎมีปัญญาหมอฟันบ้านรักษากระดูก : กรณีศึกษาหมอคณหนึ่ง ในตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขา วิชาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุสรา นิ่มน้อย. 2542. พฤติกรรมกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญทิพย์ สิริธวัชศรี. 2538. ผู้ป่วยเบาหวาน : การดูแลแบบองค์รวม. กรุงเทพมหานคร: สถาบัน พัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และ บุญผา ศิริวัศมี. 2531. สถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการ สาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท. รายงานวิจัย. นครปฐม: สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม.

- บุศรา เกิดพึ่งบุญประชา. 2534. แนวความคิดอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข  
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปฎิญา พรณราย. 2540. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดัน  
โลหิตสูงในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
 คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์. 2535. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน: การศึกษาเชิง  
มนุษยวิทยาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต  
 สาขามนุษยวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรรณสูตร. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.  
 กรุงเทพมหานคร: ด้านสุภากรพิมพ์.
- ปาลีรัตน์ พรทวีภัณฑา และ ลินจง โปธิบาล. 2545. การเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุไทยและบทบาท  
 ของพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ใน บุญศรี นุเกตุ ปาลีรัตน์ พรทวีภัณฑา  
 และคณะ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ. หน้า 1-5. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ  
 วิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล. 2536. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย  
เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาจังหวัด  
กาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะสังคมศาสตร์  
 และมนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพิศ ชีวะคำนวน. 2535. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และ  
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์  
 ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัย  
 ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา.
- พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์. 2533. ความแตกต่างของการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลระหว่างวัยกลาง  
คนและวัยสูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชา  
 การและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรี คมจักรพันธ์. 2544. ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะ  
 พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



- พิทักษ์ ศิริวัฒน์เมธานนท์. 2540. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการสาธารณสุข 6(1): 115-121.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530. แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และ อรัญญา ปุณณัน. (บรรณาธิการ), การดูแลตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 66-90. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบาย สาธารณสุข.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2534. สังคมวัฒนธรรมของการใช้สมุนไพร. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบาย สาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2528. ปัจจัยบางประการที่กำหนดการใช้บริการสุขภาพอนามัย: การศึกษาที่ชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิจัย ประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ. 2540. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวนา กীরติบุตรวงศ์. 2537. การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภานุพันธ์ พุฒสุข. 2542. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานพ คณะโต. 2525. พฤติกรรมมารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลี จำนงผล. 2540. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลี บรรจบ และ สุธิดา ไชยราช. 2541. การศึกษาสรรพคุณลดน้ำตาลในเลือดของพันธุ์ไม้ไทย. สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: เอส. อาร์. ฟรินดิง แมสโปรดักส์ จำกัด.
- มาลี สิทธิเกรียงไกร. 2538. หมอเหยา: ผู้รักษาพื้นบ้านในชุมชนชาวผู้ไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ยวดี ภาษา และคณะ. 2537. วิจัยทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์  
การพิมพ์.
- เยาวเรศ สมทรัพย์. 2544. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานใน  
จังหวัดสงขลา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 21 (3): 188-203.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, รุจิณาด อรรถดิษฐ์. 2535. ศักยภาพหมอพื้นบ้านกับสาธารณสุขมูลฐาน: ภาพรวม.  
กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, พิมลพรรณ อุโฆษกิจ และ กัญญารัตน์ กล้าถนอม.  
2536. รายงานเบื้องต้นผลงานวิจัย การรับรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ  
ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์  
และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์. 2540. กระบวนการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน: A grounded  
theory study. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล 1(1): 71-90.
- วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์ และวิทยา ศรีดามา. 2545. การวินิจฉัยและการแบ่งประเภทโรคเบาหวาน  
ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ฉบับที่ 13 พิมพ์  
ครั้งที่ 3. หน้า 2-3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วไลพรรณ ชลสุข. 2540. การศึกษาระบบการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็ง  
ปากมดลูกในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรี้ แก้วนอกเขา. 2536. ความพอใจของผู้สูงอายุต่อการให้บริการตรวจรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลา ตันตโยทัย และ อติศัย สงดี. 2540. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล  
(บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ 4. หน้า 241-268. กรุงเทพมหานคร:  
วีเจ พรินติ้ง.
- วาทีณี บุญชะลิกษ์. 2530. รูปแบบการเลือกใช้บริการการรักษาของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังใน  
ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม  
คณะสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ศรีดามา. 2545. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ฉบับที่ 13 พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:  
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วีณา สันตะบุตร. 2537. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการของผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาในสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภรัตน์ ไพศาลตันติธรรม. 2540. การศึกษาระบบการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. 2542. การพยาบาลโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. 2543. รวมบทความวิจัยการแพทย์แผนไทยและทิศทางการวิจัยในอนาคต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถิต ยะสะกะ. 2539. การกระจายอำนาจ ผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข. วารสารหมออนามัย 5(4): 9-16.
- สมพงษ์ สุวรรณวัลย์กร. 2545. การให้ความรู้โรคเบาหวาน ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ฉบับที่ 13 พิมพ์ครั้งที่ 3. หน้า 249-251. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมหมาย หิรัญนุช. 2547. อัตรากำลังทางการพยาบาลที่พึงประสงค์. เอกสารประกอบการบรรยายวิชาการเรื่อง Nursing Update. หน้า 6-8. 25-26 มีนาคม 2547 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัญญาชัย วัฒนา และ มะลิวัลย์ ยุติธรรม. 2538. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน จังหวัดชลบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2(2): 60-64.
- สันทัด เสริมศรี และ เจมส์ เอ็น ไรลีย์. 2517. พฤติกรรมการใช้แหล่งบริการทางการแพทย์สาธารณสุข และการคุมกำเนิดของไทย: การวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่ง. รายงานการวิจัย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. 2544. ข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2544
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. 2545. ทะเบียนรายชื่อสถานประกอบธุรกิจด้านยา ในจังหวัดชลบุรี ปี 2545.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. 2545. ทะเบียนสถานพยาบาลในจังหวัดชลบุรี ประจำปี 2545.

สำนักนโยบายและแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

2541. รายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2541.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2542.

รายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2542

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2543.

รายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2544.

รายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2544.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธ์. 2544. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 11.

กรุงเทพมหานคร: เพ็ญฟ้า พรินต์ติ้ง.

สุชาติ ปิ่นณะแต่้ม. 25 สิงหาคม 2540. ชมรมผู้ป่วยเบาหวานและการสร้างทัศนคติที่ดี. เดลินิวส์: 35.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. 2545 รายงานฉบับสมบูรณ์ : โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย

รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจน ข้อเสนอแนะ  
ทางนโยบายและการวิจัย.” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สุทิน ศรีอักษรพร. 2542. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ. ใน คณะอาจารย์แพทย์โรงพยาบาลศิริราช.

หน้า 29-44. อนุสรณ์งานฌาปนกิจศพ คุณพ่อธานีรินทร์ มัททองกูร: โรคที่พบบ่อยใน  
ผู้สูงอายุและการดูแลรักษา. กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.

สุนิตย์ จันทระประเสริฐ. 2537. เบาหวานในผู้สูงอายุ. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณานุกรม), โรคต่อมไร้ท่อ

และเมตาบอลิซึมสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. หน้า 94-100. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตี  
พับลิเคชั่น.

สุปราณี เสนาดิสัย. 2544. ระบบบริหารการพยาบาลกับการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นสูง. เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ สภาการพยาบาล ครั้งที่ 1 เรื่อง การจั  
การศึกษเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร  
วันที่ 22-24 สิงหาคม พ.ศ. 2544. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่).

สุรีย์ จันทระโมลี. 2535. ประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแล

สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี  
บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ. 2540. ภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

ของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง). รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร:  
แอล.ที.เพรส.จำกัด.

สุวิทย์ เกียรติเสวี. 29 พฤศจิกายน 2540. มองคุณภาพชีวิต. เดลินิวส์: 12.

- แสงจันทร์ ทองมาก. 2541. สุขภาพวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 76-77. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- อาทร ริวไพบูลย์ และคณะ. 2533. รายงานการวิจัย การศึกษาการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก กรุงเทพมหานคร.
- อุไรวรรณ คณิงเกษม. 2536. ปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลของชาวชนบท: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนา 6(1): 99-114.

### ภาษาอังกฤษ

- Andersen, R.M. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? Journal of Health and Behavior, 36 (March): 1-10.
- Ferraro, K. F. 1980. "Self-ratings of health among the old and the old-old." Journal of Health and Social Behavior. 21 (December): 377-383.
- Gilmer, T. P., O'Connor, P. J., Manning, W. G., Rush, W. A. 1997. The cost to health plans of poor glyceimic control. Diabetes Care, 20(12): 1847 -1853.
- Holloway, I & Wheeler, S. 1996. Qualitative Research for Nurses. Massachusetta: Blackwell Science Ltd.
- Kleinman, A. 1980. Patients and healers in the context of culture. London: University of California Press.
- Lauver, D. 1992. A theory of care-seeking behavior. Image: journal of Nursing Scholarship, 24 (4): 281-286.
- Lauver, D. 1994. Care-seeking behavior with breast cancer symptoms in caucasian and african-american woman. Research in Nursing & Health, 17: 421-431.
- McDowell, L. & Newell, C. 1987. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York : Oxford University Press.
- O'Connor, P.J., Fragneto, R, Coulehan, J., et al. 1987. Metabolic control in non-insulin dependent diabetes mellitus: factors associated with patient outcomes. Diabetes Care. 10(6): 697-700.
- Young, J.C. 1981. Non-Use of Physicians: Methodological Approaches, Policy Implications, and the Utility of Decision Models. Social Sciences & Medicine, 15: 499-507.

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ. 2536. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และคณะ. 2545. พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุ. รายงานวิจัย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และ สุพจน์ เด่นดวง. 2538. ชาติพันธุ์กับแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ 8(1): 27-37.
- ไพบุลย์ จาตุรปัญญา. 2536. เบาหวานกับการรักษาตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: รวมทรรศน์.
- โยธิน แสงดี พิมลพรรณ อิศรภักดี และ มาลี สันภูวรรณ. 2543. ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (บรรณาธิการ). 2533. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิลาวัล ผลพลอย. 2539. การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศุภวรรณ ธนภาพรังสรรค์. 2540. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ใน อรวรรณ อุทัยเสน (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ. หน้า 127-141. กรุงเทพมหานคร: ธีรพงษ์การพิมพ์.
- สาธิต วรรณแสง. 2530. Goal of therapy and monitoring of diabetic control. ใน Diabetes in practice. หน้า 25-27. กรุงเทพมหานคร: ออฟเซทเพรส จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2539. รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2538-2539. กรุงเทพมหานคร: ไอดีเอสแควร์, ม.ป.ป.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรื. 2544. สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544. แหล่งที่มา: <http://www.nso.go.th> [1 พฤษภาคม 2546].

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2546. ผู้สูงอายุไทย 2545. แหล่งที่มา:  
<http://www.nso.go.th> [1 พฤษภาคม 2546].

สุนทร ตัณชนันท์. 2536. การดูแลรักษาตนเอง. วารสารเบาหวาน 25(4): 43-52.

อวยพร ตัณมุขกุล และคณะ. 2543. การศึกษาระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านและระบบการดูแลสุขภาพแบบสามัญชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในชุมชนด้านนา  
โครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบทางเลือก เพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ก

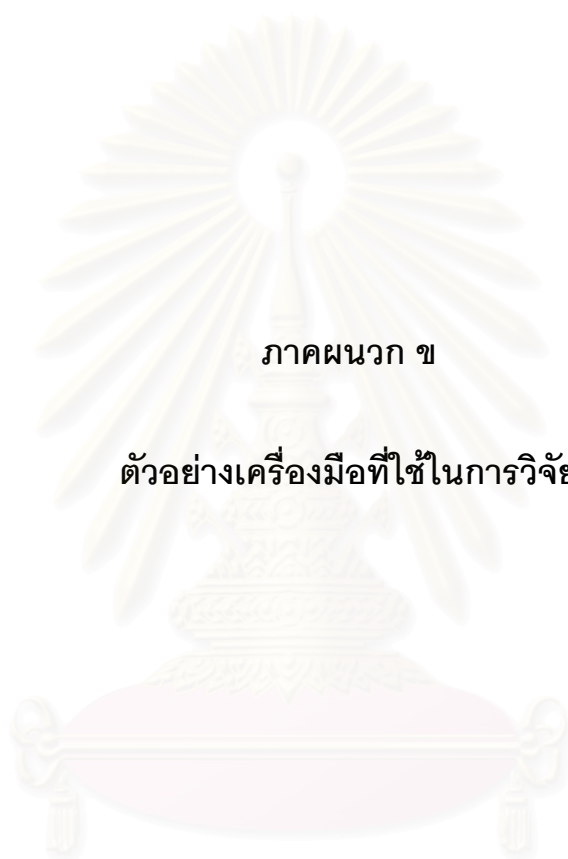
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. ศ.นพ.เทพ หิมะทองคำ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพธารินทร์
2. ผศ.ดร.วัลลา ตันตโยทัย	ที่ปรึกษาผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพธารินทร์
3. รศ.ประคอง อินทรสมบัติ	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผศ.ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ดร.อวยพร ตันมุขยกุล	อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6.รศ.ชื่นชม เจริญยุทธ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7.รศ.ดร.วาทีณี บุญชะลิกษ์	อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แบบสอบถาม**  
**การศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**  
**ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี**

**คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย**

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางลักษณ์ บรรณจิริกุล นิสิตพยาบาลปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้กำลังทำวิจัยศึกษาเกี่ยวกับ “การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี” เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อไป

ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะขออนุญาตสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของท่าน ซึ่งจะใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที โดยขณะสัมภาษณ์จะขออนุญาตอัดเทปเสียงด้วย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับ จะนำมาใช้เผยแพร่เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยไม่ระบุชื่อของผู้ให้สัมภาษณ์

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีตอบให้ท่านเข้าใจ ท่านมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และแม้ท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วท่านยังมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยขณะสัมภาษณ์ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการที่ท่านจะได้รับ ท่านยินดีจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไหมคะ ขอขอบคุณมากค่ะ

นางลักษณ์ บรรณจิริกุล

นิสิตพยาบาลปริญญาโท

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แบบสอบถาม**  
**การศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**  
**ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี**

**คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์**

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ตามพฤติกรรม ความเชื่อ ทศนคติ และการรับรู้ของผู้สูงอายุเมื่อเป็นโรคเบาหวาน กรุณากรอกข้อความคำตอบ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ที่ได้รับการสัมภาษณ์

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 2 ชุด และแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด ได้แก่**

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ป่วยรายที่ .....

## แบบสอบถามชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย  ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับ  
สภาพที่เป็นจริงของผู้รับการสัมภาษณ์ และเลือกเพียงคำตอบเดียว

วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์ .....โรงพยาบาล.....

เวลา .....น. ถึง .....น.

เลขประจำตัวโรงพยาบาล .....

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว .....นามสกุล.....

1. อายุ ..... ปี 1
2. เพศ  1) ชาย  2) หญิง 2
3. สถานภาพสมรส 3
- .....
- .....
10. สิทธิการรักษาพยาบาล 10
- 1) จ่ายเอง  2) เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ จากระบุ.....
- 3) บัตรทองผู้สูงอายุ  4) อื่น ๆ ระบุ.....
11. ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ..... ปี 11
12. ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FPG) จากทะเบียนประวัติผู้ป่วย 12
- ในวันสัมภาษณ์ ..... mg%

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถาม ชุดที่ 2

### การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

#### ตอนที่ 1 ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานใช้

**คำชี้แจง** โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด เกี่ยวกับการใช้วิธีการดูแลและรักษาสุขภาพเมื่อมีอาการของโรคเบาหวานของท่านในปัจจุบัน ซึ่งคำตอบมีให้เลือก ดังนี้

ใช้เป็นประจำ หมายถึง ใช้วิธีการรักษาในข้อคำถามอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ใช้เป็นบางครั้ง หมายถึง ใช้วิธีการรักษาในข้อคำถามบ้างแต่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ไม่ได้ใช้เลย หมายถึง ไม่ได้ใช้วิธีการรักษาที่ระบุในข้อคำถามเลย

ข้อความ	ใช้เป็นประจำ	ใช้เป็นบางครั้ง	ไม่ได้ใช้เลย
ปัจจุบันท่านใช้วิธีการต่อไปนี้เพื่อการดูแลและรักษาสุขภาพเมื่อมีอาการของโรคเบาหวานบ่อยเพียงใด			
<b>ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้จากส่วนประชาชน</b>			
1. คอยสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการต่างๆ ของเบาหวาน เช่น อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย และน้ำหนักลด เป็นต้น			
2. ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยารับประทานเอง			
3. นำตัวอย่างยาจากที่เคยได้รับจากแพทย์ไปซื้อมารับประทานเอง			
.....			
.....			
12. บริกรหาหรือขอคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคเบาหวานจากสมาชิกในชมรมต่างๆ เช่นชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น			

ข้อความ	ใช้เป็นประจำ	ใช้เป็นบางครั้ง	ไม่ได้ใช้เลย
<b>ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้จากส่วนวิชาชีพ</b>			
1. รับการรักษาอาการเบาหวานจากแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วยวิธีการรับประทานยา .....			
5. รับฟังการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลและ รักษาสุขภาพเมื่อเป็นโรคเบาหวาน จาก..... .....			
8. ได้รับคำปรึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและ ควบคุมอาการเบาหวาน จาก..... .....			
.....			
<b>13. รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการ ของแพทย์แผนจีน</b>			

ข้อความ	ใช้เป็นประจำ	ใช้เป็นบางครั้ง	ไม่ได้ใช้เลย
<b>ระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้จากส่วนพื้นบ้าน</b>			
1. รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการของหมอ พื้นบ้าน/หมอกกลางบ้านในชุมชน ด้วยวิธีการ..... .....			
5. รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีการของหมอจีนแผน โบราณในชุมชน ด้วยวิธีการ ..... .....			
9. รับการรักษาอาการเบาหวานด้วยวิธีทาง ไยศาสตร์ ด้วยวิธีการ ..... .....			
12. รับฟังและปฏิบัติตามคำทำนายนายของหมอไสย ศาสตร์ เพื่อรักษาอาการเบาหวาน			



## ตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

**คำชี้แจง** โปรดกรอกข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด เกี่ยวกับเหตุผลในตัดสินใจใช้วิธีการรักษาโรคเบาหวานของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
<b>ข้อต่อไปนี้เป็นเหตุผลในการตัดสินใจใช้วิธีการดูแลสุขภาพและรักษาโรคเบาหวาน ด้วยหรือไม่</b> <b>ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ</b> 1. สถานที่รักษาอยู่ใกล้บ้าน 2. สามารถเดินทางไปรับการรักษาได้สะดวก ..... 7. สามารถใช้สวัสดิการและสิทธิในการรักษาพยาบาลได้		
<b>ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ</b> 1. ชื่อเสียงของผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือหมอยา 2. ความมีอัธยาศัยดี ท่าที่เป็นกันเองของผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือ หมอยา ..... 7. ผู้ให้บริการแสดงความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลรักษา		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
<b>ปัจจัยด้านผู้รับบริการ</b> 1. สังเกตตนเองพบว่ามีอาการของโรคเบาหวานที่รุนแรงขึ้น 2. พิจารณาจากผลระดับน้ำตาลในเลือด ..... 17. เนื่องจากท่านรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานอาจเกิดอาการแทรกซ้อน เช่น ทำให้เกิดแผลหายช้า จนต้องตัดเท้าหรือขา ตาบอด ไตวาย เป็นโรคหัวใจจนถึงเป็นอัมพาต เป็นต้น		

**แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3**  
**การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**

**คำชี้แจง** โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด เกี่ยวกับการใช้วิธีการรักษาโรคเบาหวานของท่าน

ท่านทราบได้อย่างไร ว่าเป็นโรคเบาหวาน

.....  
.....

1. เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแล้ว ท่านใช้วิธีอะไรในการรักษามาบ้าง

.....

2. อะไรทำให้ท่านใช้วิธีการรักษานั้นๆ หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

.....

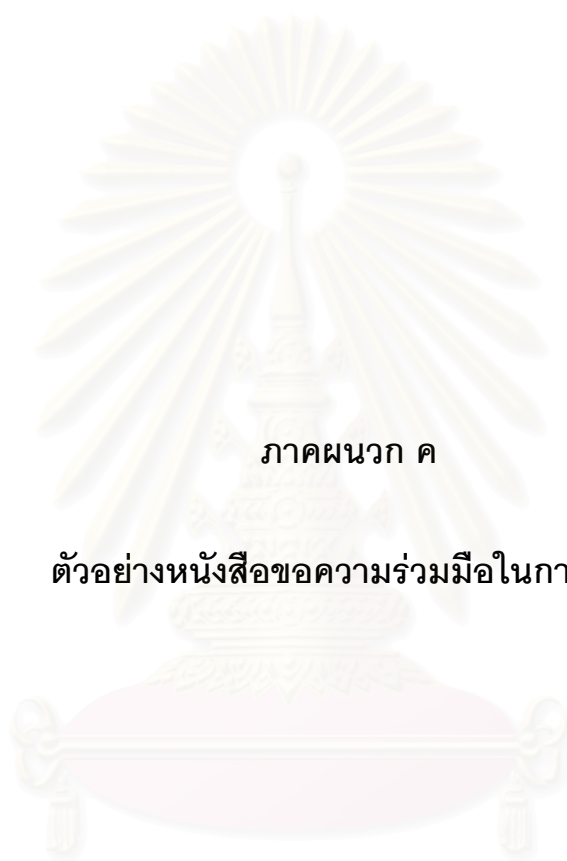
3. ท่านลองเล่าให้ฟังว่าท่านมีวิธีการใช้วิธีการรักษาโรคเบาหวานอย่างไร มีการใช้วิธีการรักษาควบคู่กันบ้างไหม อย่างไร

.....

4. ในปัจจุบันนี้ท่านใช้วิธีการอะไรรักษาโรคเบาหวานบ้าง เพราะอะไร

.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท

กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ บรรณจิรกุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ รอ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ เป็น ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญภรณ์ มูลศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

งานจัดการศึกษา

โทร. 02-2189825 โทรสาร 02-2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 02-2189822

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ รอ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-2189808

ชื่อนิสิต

นางสาวนงลักษณ์ บรรณจิรกุล โทร. 01-9831246

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2546

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ บรรณจิรกุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี” โดยมีอาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ รอ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์การใช้ระบบการดูแลสุขภาพกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านบึง จำนวน 30 คน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ให้ นางสาวนงลักษณ์ บรรณจิรกุล ได้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญภรณ์ มูลศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานจัดการศึกษา โทร. 02-2189825 โทรสาร 02-2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 02-2189822

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ รอ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-2189808

ชื่อนิสิต นางสาวนงลักษณ์ บรรณจิรกุล โทร. 01-9831246

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2546

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสสินคม

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ บรรณจิรกุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี” โดยมีอาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ รอ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนัสสินคม จำนวน 204 คน จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยการใช้แบบสัมภาษณ์การใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ให้ นางสาวนงลักษณ์ บรรณจิรกุล ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญภรณ์ มูลศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานจัดการศึกษา โทร. 02- 2189825 โทรสาร 02- 2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 02-2189822

อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม อาจารย์ รอ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-2189808

ชื่อนิสิต นางสาวนงลักษณ์ บรรณจิรกุล โทร. 01-9831246

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนงลักษณ์ บรรณจิรกูล เกิดวันที่ 8 สิงหาคม 2511 ที่จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ปีการศึกษา 2533 ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประจำตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุชาย 2 ปี ประจำตึกศัลยกรรมกระดูกหญิง 3 ปี และประจำตึก หู ตา คอ จมูก และศัลยกรรมใบหน้า ชาย 6 ปี และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2544 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 โรงพยาบาลชลบุรี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย