

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
2. ความรู้เกี่ยวกับยาเบาหวาน
3. แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม
4. การดูแลตนเองเรื่องยาและปัญหาการใช้ยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถหลั่งอินซูลินได้ หรือหลั่งได้แต่ไม่เพียงพอ หรือหลั่งได้ปกติแต่ไม่สามารถออกฤทธิ์บริเวณเนื้อเยื่อได้ ซึ่งเรียกว่า “ภาวะดื้ออินซูลิน” อาการแสดงที่สำคัญของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะมาก โดยเฉพาะเวลากลางคืน กระหายน้ำบ่อย หิวบ่อย และรับประทานจุแต่น้ำหนักลด เนื่องจากร่างกายมีการสลายเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้ (อาเบะ ทะทสึมิ, 2544) สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้ออินซูลิน ร่วมกับความผิดปกติที่เบต้าเซลล์ของตับอ่อน ความอ้วนจัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงปัจจัยหนึ่งต่อการเป็นเบาหวานพบว่า ร้อยละ 70 ของเด็กอ้วนจะกลายเป็นผู้ใหญ่อ้วน และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (เทพ หิมะทองคำ, 2550)

เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Diabetes Association [ADA]) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน (Criteria for the Diagnosis of Diabetes Mellitus) โดยหากพบข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (ADA, 2007)

1. มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร ≥ 200 มก.% ร่วมกับมีอาการของเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ กินจุ น้ำหนักลด ให้ถือว่าเป็นเบาหวานได้เลย

2. มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า โดยไม่ได้รับประทานอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar) ≥ 126 มก.% ขึ้นไป

3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test) หากมีระดับน้ำตาลในชั่วโมงที่ 2 ≥ 200 มก.%

นอกจากนี้ยังได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยระยะก่อนเป็นโรคเบาหวาน (Criteria for the Diagnosis of Pre-Diabetes Mellitus) ไว้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าโดยไม่ได้รับประทานอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar) $\geq 100-125$ มก.%

2. กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังทำการทดสอบความทนต่อน้ำตาลกลูโคส 2 ชั่วโมง $\geq 140-199$ มก.%

ความรู้เกี่ยวกับยาเบาหวาน

การดูแลตนเองเรื่องยามีความสำคัญทางคลินิกเป็นอย่างมากและอาจนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลวได้หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ดังนั้นผู้เป็นเบาหวานจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงวิธีการใช้ยา การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิด ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาไม่ตรงตามสั่ง ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการใช้ยาทั้งนี้เพื่อให้การใช้ยาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด พร้อมทั้งเพื่อป้องกันอันตรายและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ยาเบาหวานที่ใช้ทั่วไปมี 2 ชนิด คือ ชนิดฉีด และ ชนิดรับประทาน

ยาเบาหวานชนิดฉีด ยาเบาหวานชนิดฉีด มีชื่อเรียก คือ อินซูลิน หรือยาฉีดอินซูลิน เป็นยาที่ใช้สำหรับรักษาผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ ใช้ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือดในขนาดที่สูง แต่ไม่ได้ผลจึงต้องใช้ยาฉีดอินซูลินช่วย หรือในผู้ที่มีปัญหาโรคตับหรือไตร่วมด้วย ซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือดได้ จึงต้องใช้การฉีดอินซูลินแทนชนิดของอินซูลินแบ่งตามการออกฤทธิ์ของยาได้ 4 ชนิด คือ ชนิดออกฤทธิ์เร็วมาก ชนิดออกฤทธิ์เร็ว และสั้น ชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง และชนิดออกฤทธิ์ยาว แต่ในที่นี้ จะไม่ขอกล่าวรายละเอียดของยาฉีดแต่ละชนิด เนื่องจากผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยยาชนิดรับประทานเท่านั้น

ยาเบาหวานชนิดรับประทาน

เป็นยาที่ใช้สำหรับ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ออกฤทธิ์โดยการลดระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจุบันมี 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. กลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylureas) ยานี้จะออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน

จากตับอ่อน ช่วยให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไวขึ้น (Insulin Sensitivity) และลดการสังเคราะห์กลูโคสจากตับ (วิทยา ศรีดามา และศักดิ์ชัย ปาละวัฒน์, 2541) ยาจะดูดซึมได้ดีเมื่อรับประทานก่อนอาหาร 30 นาที การรับประทานยาพร้อมอาหารหรือหลังอาหารจะทำให้การดูดซึมของยาลดลง เมื่อยาเข้าสู่ร่างกาย ยาจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับและขับออกทางไต ห้ามใช้ยากลุ่มนี้ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ มีภาวะบกพร่องของตับ ไตที่รุนแรง การติดเชื้อรุนแรง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ชื่อสามัญ คือ

1.1 กลิเบนคลาไมด์ (Glibenclamide) ชื่อการค้า คาโอนิล (Daonil) ปริมาณขนาดเม็ดละ 5 มก. เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 45-60 นาที สูงสุดภายใน 2-4 ชั่วโมง และจะคงฤทธิ์นานถึง 20-24 ชั่วโมง (วิทยา ศรีดามา และศักดิ์ชัย ปาละวัฒน์, 2541) ขนาดยาที่ใช้ในผู้ใหญ่ เริ่มรับประทานวันละ 2.5-5 มก. ก่อนอาหาร การปรับขนาดยาควรค่อย ๆ ปรับเพิ่มหรือลดลง สัปดาห์ละ 2.5 มก. จนสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามต้องการ หากต้องใช้ขนาดสูงกว่า วันละ 10 มก. ควรแบ่งให้วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น แต่ไม่ควรใช้เกินวันละ 20 มก.

1.2 คลอร์โพรพามีด์ (Chlorpropamide) มีชื่อการค้าว่า ไดอะไบเนส (Diabinese) ปริมาณขนาดเม็ดละ 100 มก. และ 250 มก. ยาถูกดูดซึมได้ดีในทางเดินอาหาร เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากได้รับยา และสูงสุดใน 2-4 ชั่วโมง คงฤทธิ์อยู่ได้นานถึง 24-72 ชั่วโมง (วิทยา ศรีดามา และศักดิ์ชัย ปาละวัฒน์, 2541) ผู้ใหญ่เริ่มรับประทานวันละ 125-500 มก. ก่อนอาหารเช้า และค่อย ๆ เพิ่ม สัปดาห์ละ 50-120 มก. จนสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามต้องการ แต่ไม่ควรใช้เกินวันละ 750 มก. หากต้องใช้ขนาดสูงอาจให้วันละ 2 ครั้ง ควรรับประทานยาก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้ระดับยาในเลือดสูงพอที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือด ผู้เป็นเบาหวานบางรายที่ได้รับยานี้ อาจมีอาการตัวเหลืองเนื่องจากท่อน้ำดีอุดตันเป็นผลจากท่อน้ำดีเอง ดังนั้น หากผลการตรวจพบปริมาณอัลคาไลน์ฟอสฟาเตส (Alkaline Phosphatase) ในเลือดสูง ควรหยุดยาทันที

1.3 กลิพิไซด์ (Glipizide) ชื่อการค้า มินิเดียบ (Minidiab) ปริมาณขนาดเม็ดละ 5 มก. อาหารมีผลทำให้การดูดซึมของยาช้าลง จึงต้องรับประทานก่อนอาหาร ยาจะเริ่มออกฤทธิ์ ลดระดับน้ำตาลในเลือดภายใน 15-30 นาที มีฤทธิ์สูงสุดภายใน 1-2 ชั่วโมง และจะคงฤทธิ์อยู่ได้นานถึง 12-14 ชั่วโมง (วิทยา ศรีดามา และศักดิ์ชัย ปาละวัฒน์, 2541) ในผู้ใหญ่รับประทานวันละ 2.5-30 มก. สำหรับผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีปัญหาโรคตับ ควรเริ่มต้นที่ขนาดวันละ 2.5 มก. หากระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่ลดลงเท่าที่ต้องการ อาจเพิ่มขนาดได้วันละ 2.5-5 มก. โดยเว้นระยะห่าง 3-5 วัน แต่ไม่ควรเกินวันละ 30 มก. หากต้องการใช้ขนาดสูงกว่าวันละ 15 มก. ควรแบ่งให้วันละ 2 ครั้ง เช้า และเย็น

1.4 กลลิซไซด์ (Glicazide) ชื่อการค้า ไดอะมิครอน (Diamicron) ปริมาณขนาดเม็ดละ 80 มก. ผู้ใหญ่เริ่มรับประทานวันละ 80-160 มก. ก่อนอาหาร หากระดับน้ำตาลในเลือดยังคงลดลงไม่มากเท่าที่ต้องการอาจเพิ่มขนาดได้ แต่ไม่ควรสูงกว่าวันละ 320 มก. (วิทยา ศรีคามา และ ศักดิ์ชัย ปาละวัฒน์, 2541) ในกรณีที่ต้องใช้ขนาดสูง ควรแบ่งให้วันละ 2 ครั้ง โดยให้ก่อนอาหารมื้อใหญ่ที่สุดของวันในขนาดสูงกว่า อาหารมื้อเล็ก

2. กลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanides) ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มการใช้น้ำตาลกลูโคสที่กล้ามเนื้อต่าง ๆ ลดการดูดซึมของกลูโคสจากลำไส้ ลดการสร้างกลูโคสจากตับ ปัจจุบันที่มีใช้อยู่ และมีความเสี่ยงน้อยกว่าตัวอื่น ๆ ชื่อสามัญ คือ เมตฟอร์มิน (Metformin) ชื่อการค้า กลูโคเฟจ (Glucophage) และไดอะเมต (Diamet) ไม่มีฤทธิ์กระตุ้นให้ตับอ่อนหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น นิยมใช้ร่วมกับยาในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียในกรณีที่ใช้ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียอย่างเดียวไม่ได้ผล หรือใช้เดี่ยว ๆ มักใช้ในผู้เป็นเบาหวานที่มีรูปร่างอ้วน และมีระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงมาก ผู้เป็นเบาหวานที่รับประทานยานชนิดนี้จะรู้สึกเบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย น้ำหนักตัวจะลดลง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลลดลงด้วย (เทพ หิมะทองคำและคณะ, 2547) ปริมาณขนาดเม็ดละ 500 มก. และ 850 มก. ยาระงับฤทธิ์สูงสุดในเลือดภายใน 2-4 ชั่วโมง และคงฤทธิ์อยู่นาน 24-48 ชั่วโมง ผู้ใหญ่เริ่มรับประทานครั้งละ 500-3,000 มก. (วิทยา ศรีคามา และ ศักดิ์ชัย ปาละวัฒน์, 2541) พร้อมอาหาร แบ่งให้วันละ 1-3 ครั้ง ก่อ ๆ เพิ่มขนาดแต่ไม่ควรเกินวันละ 3,000 มก. ห้ามใช้ในผู้เป็นโรคตับ โรคไต โรคสุราเรื้อรัง หัวใจวาย และโรคทางเดินหายใจอุดกั้น มีการติดเชือรุนแรง การผ่าตัด การตั้งครรภ์ การอักเสบของลำไส้

3. ยาด้านแอลฟาไกลูโคซิเดส (α -Glucosidase Inhibitor) ยาระงับฤทธิ์เฉพาะที่ลำไส้ โดยไปจับกับเอนไซม์แอลฟาไกลูโคซิเดส ทำให้เอนไซม์แอลฟาไกลูโคซิเดสมีการย่อยสลายอาหารจำพวกแป้งน้อยลง ผลคือ ลดการดูดซึมน้ำตาลกลูโคสเข้าเนื้อเยื่อร่างกาย ดังนั้นเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด จึงต้องรับประทานพร้อมอาหาร ปัจจุบันที่มีขายในประเทศไทย คือ อะคาร์โบส (Acarbose) ชื่อการค้า กลูโคเบย์ (Glucobay) ใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานที่ยังมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารสูง หลังได้รับซัลโฟนิลยูเรีย หรืออินซูลิน (Insulin) เพราะถ้ายังเพิ่มขนาดซัลโฟนิลยูเรีย หรืออินซูลินจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าต่ำได้ ปริมาณขนาดเม็ดละ 50 มก. และ 100 มก. ผู้ใหญ่เริ่มรับประทานครั้งละ 50 มก. วันละ 3 ครั้ง จนถึง 200 มก. (วิทยา ศรีคามา และ ศักดิ์ชัย ปาละวัฒน์, 2541) รับประทานพร้อมอาหารคำแรกเสียก่อน กลืน อาจปรับเพิ่มขนาดได้ทุก 4-8 สัปดาห์ ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

4. ยาเพิ่มความไวต่ออินซูลิน (Insulin Sensitizer) หรือ กลุ่มไทอะโซไลดีนไดโอนีส (Thiazolidinediones) เป็นยาที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ล่าสุดโดยมีกลไก ไปกระตุ้นเซลล์ของร่างกาย

สร้างเซลล์ที่ทำให้มีความไวต่ออินซูลินมากขึ้น จึงเพิ่มการนำน้ำตาล และไขมันเข้าสู่เซลล์ ช่วยให้อินซูลินทำงานได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็ลดกระบวนการผลิตน้ำตาลกลูโคสที่ตับ ปัจจุบันที่มีขายอยู่คือ อะแวนเดีย (Avandia) แอกทอส (Actos) รับประทาน 1-2 ครั้งต่อวันร่วมกับอาหาร (เทพหิมะทองคำ และคณะ, 2547) ในที่นี้จะไม่ขอกล่าวรายละเอียดเนื่องจากในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีใช้

ผลข้างเคียง/ข้อควรระวังในการใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทาน สรุปได้ดังนี้

1. อาจมีอาการผื่นขึ้นตามร่างกาย ลักษณะจะคล้ายการแพ้ยา อาจต้องหยุดยาไปเลย แต่บางครั้งเพียงแก้ลดขนาดยา หรืออาจใช้ยาต่อไปสักระยะ อาการจะหายได้เอง พบในยา กลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย ดังนั้น หากมีอาการหรือสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นต้องปรึกษาเภสัชกร หรือแพทย์ทุกครั้ง
2. ทำให้รับประทานอาหาร ได้น้อยลง น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว เมื่ออาหาร พบในยา กลุ่ม ไบแกัวโนลด์ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะการได้รับ แอลกอฮอล์ร่วมกับยานี้ จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกรดคั่งในเลือดได้ง่าย และรุนแรงขึ้น
3. อาจทำให้มีอาการท้องอืด แน่นท้อง ผายลมบ่อย ถ่ายเหลว ปวดท้อง โดยเฉพาะถ้าใช้ยาในขนาดสูง พบในกลุ่มยาต้านแอลฟา กลูโคซิเตส ดังนั้น ควรเริ่มยาในขนาดต่ำ ๆ และค่อยปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นจะช่วยลดความรุนแรงของผลข้างเคียงได้ กรณีเกิดภาวะน้ำตาลต่ำจากการใช้ยา กลุ่มนี้ต้องให้น้ำตาลกลูโคสเนื่องจากน้ำตาลธรรมชาติไม่สามารถดูดซึมได้ (ASHP, 1994)
4. การใช้ยาเกินขนาด เนื่องจากการออกฤทธิ์ของยาจะต้องสัมพันธ์ และได้สัดส่วนกับอาหาร และการใช้พลังงานของร่างกาย หากไม่ได้สัดส่วนจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำถึงขั้นหมดสติ และเสียชีวิตได้ ดังนั้นการเพิ่มขนาดยาต้องอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ โดยดูจากระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ใช้ความรู้สึกร่างกายของตนเองในการตัดสินใจ เพราะมีโอกาสผิดพลาด และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้
5. การรับประทานยาไม่ตรงเวลาตามสั่งจะทำให้การดูดซึมหรือการออกฤทธิ์ของยาได้ไม่เต็มที่ หากก่อนอาหารแนะนำให้รับประทานก่อนอาหาร 15-30 นาทีจะเป็นผลดี การรับประทานอาหารเข้าไป ภายหลังจากที่รับประทานยาไปแล้ว อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ แต่หากลืมรับประทานยา จะต้องรับประทานทันทีที่นึกขึ้นได้ โดยห่างจากการรับประทานยามื้อต่อไปอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
6. การใช้ยาอื่น ๆ ร่วมในการรักษา ต้องปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง เพราะยาอาจเกิดการเสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกัน ทำให้ยามีฤทธิ์แรงขึ้นและเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ หรือทำให้มีการด้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี โดยเฉพาะยาคุมกำเนิด

ยาขับปัสสาวะ ยาเพรดนิโซโลน และยาแก้แพ้

7. การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 มก.% ภาวะนี้พบได้ในผู้ที่ได้รับยาเบาหวานเกินขนาด ได้รับยาไม่ตรงเวลาที่กำหนด หรือการได้รับยาอื่น ๆ ที่เสริมฤทธิ์ของยาเบาหวาน หรือการดื่มสุราในขณะที่ท้องว่าง ซึ่งจะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ หน้ามืดเป็นลม มีอาการอ่อนกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขา หรืออาจชักไม่รู้สึกรู้สีกตัว อาการที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดพร้อม ๆ กัน หรือแสดงอาการอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ หากมีอาการดังกล่าวให้ดื่มน้ำหวานทันที อมลูกอม หรืออมน้ำตาล เพื่อให้อาการดีขึ้น หากไม่ดีขึ้นต้องรีบไปโรงพยาบาล

แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม

การดูแลตนเองตามความหมายของ โอเร็ม (Orem, 1985) หมายถึง พฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) เป็นการกระทำอย่างจงใจของบุคคลขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจว่าจะทำอะไรคือสิ่งที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ มนุษย์สามารถกระทำตามที่ได้ตัดสินใจว่าสิ่งนั้นเหมาะสมกับตนเอง แม้ว่าการกระทำนั้น ไม่ใช่สิ่งที่ดีก่อให้เกิดความสุข ความเพลิดเพลิน ที่เห็นชัดเจน คือ เมื่อบุคคลเจ็บป่วยต้องกระทำการดูแลตนเองหลายอย่าง เช่น ต้องรับประทานยา ต้องปรับพฤติกรรมที่เคยชิน เพราะคิดว่าการกระทำเหล่านั้นเหมาะสมกับตนเอง แม้ว่าจะก่อให้เกิด ความยากลำบากก็ตาม การดูแลตนเองแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย

1. ระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และค้นหา ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อใช้ในการวินิจฉัยเคราะห์ปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจดูแลตนเอง ดังนั้น ในระยะนี้ผู้เป็นเบาหวานจึงจำเป็นต้องทราบถึงการดูแลตนเองที่จำเป็นตัดสินใจเลือกปฏิบัติในกิจกรรมที่คิดว่าน่าจะก่อให้เกิดผลดีและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง

2. ระยะของการกระทำและประเมินผลการกระทำ ผู้เป็นเบาหวานจะลงมือกระทำในกิจกรรมที่ตนเองได้เลือกไว้ พร้อมทั้งประเมินผลของการกระทำว่าเกิดประโยชน์กับตนเองเหมาะสมกับสภาพร่างกายสภาพการดำเนินชีวิตหรือไม่ เพื่อที่จะได้นำไปปรับปรุงกิจกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisite) มี 3 ด้าน รวมเรียกว่า ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

แต่ในที่นี้ขอกล่าวเฉพาะการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ เนื่องจากการดูแลตนเองเรื่องยาเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพเป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นภายหลัง

จากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรค หรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย การรักษาของแพทย์ ความพิการมาแต่กำเนิด การดูแลตนเองที่จำเป็น ประกอบไปด้วย การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย การเรียนรู้ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับ และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค การรับรู้ และสนใจในพยาธิสภาพของ โรคที่กำลังเป็น ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง การปรับตัวยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบสุขภาพ การปรับหน้าที่และการพึ่งพาคือคนอื่น การเรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต

การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน โดยทั่วไปจะไม่ต่างจากผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ การดูแลตนเองที่จำเป็นในผู้ป่วยเรื้อรัง (ประคอง อินทรสมบัติ, 2531 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) มีดังนี้ การแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การรับรู้ สนใจจัดการดูแลขั้นต้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัยและการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้เกิดผลดีที่สุด มีการแสวงหาความรู้ พิจารณาประสิทธิผล ความถูกต้อง เหมาะสมและกำหนดเวลาให้กับตนเอง การติดตามตรวจสอบตนเอง แผนการรักษาเมื่อมีการปรับเปลี่ยนยาหรือวิธีการรักษาพยาบาลใหม่ การปรับความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด การเหนื่อยล้าจากความเจ็บป่วยและการรักษา การรักษาสัมพันธภาพ และการติดต่อสื่อสารที่ดีกับทีมสุขภาพ ครอบครัวและญาติมิตรเพื่อพัฒนาการดูแลตนเอง การบริหารจัดการและผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อพัฒนาการ การยอมรับข้อจำกัดและผลของภาวะสุขภาพ การยอมรับการพึ่งพาคือคนอื่นเมื่อจำเป็น การบรรเทาภาวะเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ภาวะสูญเสียอำนาจด้วยวิธีการที่เหมาะสม การปรับกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และแผนการรักษา การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ การปรับการดูแลตนเองและส่งเสริมพัฒนาการ โดยตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและเป็นไปได้ และการแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและพัฒนาการการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเรื่องยา (Medication Self-Care) ต่างจากการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาตามสั่ง (Medication Compliance) เนื่องจากการรับประทานยาตามสั่งเป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งหมายถึง การกระทำ หรือพฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่เหมือนกับแผนการรักษา เป็นการกระทำที่ยอมรับทำตามคำสั่ง หรือเชื่อฟังคำสั่งของผู้รักษา ผู้ใช้บริการยอมรับทำตามคำสั่งโดยไม่มีปฏิกิริยาใด ๆ การตัดสินใจเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ จอร์นสัน (Johnson, 1992

อ้างอิงใน กาญจนนา สินไชย, 2547) ให้ความหมายการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (Non Compliance) หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้ยาผิดจากคำสั่งแพทย์ทำให้การรักษาด้วยยาไม่มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อการควบคุมโรค การหายจากโรค การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยทั่วไปที่เห็นได้ชัด คือ การใช้ยามากกว่าแพทย์สั่ง การใช้ยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง การใช้ยาไม่เหมาะสม และการใช้ยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง

ส่วนการดูแลตนเองเรื่องยาเป็นพฤติกรรม หรือการกระทำที่เกิดจากการพิจารณา และตัดสินใจแล้วว่าสิ่งที่แพทย์ หรือทีมสุขภาพได้บอกหรือแนะนำนั้นเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดี สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง ขณะเดียวกันเมื่อลงมือกระทำในกิจกรรมที่ตนเองได้เลือกไว้ ก็จะมีการประเมินผลการกระทำนั้น ๆ ว่าเกิดประโยชน์กับตนเอง เหมาะสมกับสภาพร่างกายสภาพการดำเนินชีวิตหรือไม่ เพื่อที่จะได้นำไปปรับปรุงกิจกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป เพราะฉะนั้นการดูแลตนเองเรื่องยาจึงต้องอาศัยการเรียนรู้ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรค และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ การรักษา การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค เป็นต้น ซึ่งไม่ได้หมายถึงการปฏิบัติตามสั่งของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เท่านั้น

การดูแลตนเองเรื่องยา และปัญหาการใช้ยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถป้องกัน และควบคุมไม่ให้โรคดำเนินไปอย่างรวดเร็วจนเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยใช้กลวิธีในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การดูแลสุขภาพเท้า การรักษาความสะอาดทั่วไปของร่างกาย ปากและฟัน การดูแลตนเองเหล่านี้ เป็นวิธีการรักษาโรคเบาหวานวิธีหนึ่ง แต่หากการดูแลตนเองดังที่กล่าวมาแล้วไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จึงจำเป็นต้องใช้ยาช่วยในการรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย อย่างไรก็ตามการใช้ยาของผู้เป็นเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการดูแล ที่ถูกต้องเหมาะสม และต้องกระทำควบคู่กับการดูแลตนเองเรื่องอื่น ๆ เสมอ เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนเวลาอันควร การดูแลตนเองเรื่องยาของผู้เป็นเบาหวานที่สำคัญ ๆ คือ การเรียนรู้อาการ หรือภาวะผิดปกติ การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา รู้กลไกการออกฤทธิ์ของยาอย่างคร่าว ๆ รู้ความสัมพันธ์ระหว่างยากับมื้ออาหาร

ยากกับการออกกำลังกาย รวมถึงการบอกสมาชิกในบ้านให้ทราบถึงภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และ วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น

ในกรณีที่ผู้เป็นเบาหวานมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ติดต่อกันหลายมื้อ หรือมีอาการท้องเสีย อาจจะต้องปรับลดขนาดยาเบาหวานลงและบอกแพทย์ให้ทราบเมื่อไปตรวจ ถ้าไม่มั่นใจให้หยุดยาเบาหวานแล้วไปปรึกษาแพทย์ทันที อาการเหงื่อออกตัวเย็น ใจสั่น หน้ามืด ตาลายเป็นอาการที่แสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การแก้ไขโดย การดื่มน้ำหวาน น้ำผลไม้ที่มีรสหวานทันที แต่ถ้าใกล้เวลารับประทานอาหารให้รับประทานอาหารได้เลย แต่ถ้าไม่รู้สึกรู้สีกว่าให้ญาตินำส่งโรงพยาบาลทันที ห้ามกรอกน้ำหวานหรือเครื่องดื่มอื่น ๆ เพราะจะทำให้มีโอกาสดำลักเข้าหลอดลมได้ ดังนั้นเพื่อการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้เป็นเบาหวานจำเป็นต้องมีน้ำหวาน น้ำผลไม้ ไว้ที่บ้าน หรือมีลูกอม น้ำตาลก้อนติดกระเป๋าเวลาเดินทางหรือออกจากบ้านตลอดเวลา และต้องนำสมุดบันทึกประจำตัวผู้เป็นเบาหวานติดตัวไปด้วย เนื่องจากจะเป็นประวัติอย่างดี ในกรณีที่ผู้เป็นเบาหวานหมดสติไม่สามารถให้ประวัติการเจ็บป่วยได้ การออกกำลังกายช่วยทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดี ลดภาวะคืออินซูลิน แต่จะต้องระมัดระวัง หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในขณะที่ยาออกฤทธิ์สูงสุดเพราะจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรรับประทานอาหารเช้าเล็กน้อย ก่อนการออกกำลังกาย 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง

การตรวจสอบของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อประเมินว่าผู้เป็นเบาหวานมีการใช้ยาได้ถูกต้องหรือไม่ เป็นอีกบทบาทหนึ่งของบุคลากรทางการแพทย์ในการที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ การตรวจสอบว่าผู้เป็นเบาหวานใช้ยาตามสั่งหรือไม่ บางครั้งอาจจะต้องใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน เช่น การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ การรายงานด้วยตนเอง หรือการวัดพฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วยด้วยคำถาม ดังนี้ คุณหยุดรับประทานยาเองหรือไม่ คุณลืมรับประทานยา 1 มื้อหรือมากกว่า คุณรับประทานยามากกว่าที่กำหนดในฉลาก คุณรับประทานยาน้อยกว่าที่กำหนดในฉลาก คุณรับประทานยาผิดเวลา คุณรับประทานยาอื่น ๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่าย (กาญจนา สินไชย, 2547) มอริสกี เดมูช ฟیلด์เฟรส กรีน และเลวิน (Morisky, Demuth, Field-Fass, Green, & Levine, 1985) ใช้คำถามในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้ คุณลืมรับประทานยาใช่หรือไม่ คุณละเลยการรับประทานยาในบางเวลาใช่หรือไม่ เมื่อคุณรู้สึกดีขึ้นคุณ จะหยุดการใช้ยาใช่หรือไม่ บางเวลาที่คุณรู้สึกไม่ดีคุณ จะหยุดการใช้ยาใช่หรือไม่ การใช้ตารางบันทึกการใช้ยา และการดูความสม่ำเสมอในการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย

อตรีจา เบลแลม และ เลวี (Atreja, Bellam, & Levy, 2005 a, p. 1) แนะนำกลวิธีในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ดังนี้ การกำหนดข้อปฏิบัติให้เข้าใจได้ง่าย การสาธิตให้ดู การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความเชื่อ เนื่องจากพฤติกรรม ความเชื่อเป็นสิ่งที่ซับซ้อน ต้องเพิ่ม

การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอาจใช้การส่งจดหมาย หรือการ โทรศัพท์ การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาและรูปแบบยาที่ซับซ้อนเพราะจะทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงของความไม่ร่วมมือในการใช้ยานอกจากนั้น การใช้ภาษาหรืออุปกรณ์พิเศษที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือ เช่น ภาพยนตร์ที่เป็นกล่อง แบ่งช่องตามวันใน 1 สัปดาห์ การใช้บัตรเตือนความจำในการใช้ยา บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดจ่ายยา จะต้องให้ความสนใจในเรื่องของการเขียน หรือพิมพ์ฉลากเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยามากยิ่งขึ้น ฉลากควรมีรายละเอียดชัดเจน ถูกต้อง อ่านง่าย ใช้ตัวอักษรขนาดพอเหมาะ ไม่เล็ก หรือใหญ่เกินไป การให้ความรู้ และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลวิธี ที่ใช้กันมากที่สุด เนื่องจากสามารถดำเนินการได้ง่าย และใช้ร่วมกับกลวิธีอื่น ๆ ซึ่งเป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตามในการดูแลตนเองเรื่องยาการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเดียวยังถือว่าไม่เพียงพอ เพราะการที่บุคคลจะกระทำการหรือปฏิบัติในเรื่องใดก็ตาม หากไม่ได้เกิดจากการตัดสินใจที่จะกระทำแล้ว ความสม่ำเสมอจะไม่เกิดขึ้น

ปัญหาการใช้ยา ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจุบันพบว่า การใช้ยายังเป็นปัญหาสำหรับผู้เป็นเบาหวาน ปัญหาที่มักพบได้เสมอคือ การไม่ใช้ยาตามสั่ง การไม่อ่านฉลากยา การหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์ การรับประทานยาเกินขนาด การลดยาเองโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์ การลืมรับประทานยา ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความตั้งใจ หรือไม่ได้ตั้งใจ ลี และ แลง (Lee & Leung, 2004) ศึกษาในเรื่องการใช้ยาตามสั่งในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ณ คลินิกเภสัชกรใน ชื่องกง พบว่าปัญหาของการไม่ใช้ยาตามสั่ง มีสาเหตุมาจากการลืมเป็นสาเหตุใหญ่ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ วานิดา มะระยงค์ และคณะ (2534) เรื่องผลของการควบคุมเบาหวาน และความสามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่ามีผู้เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง สูงถึงร้อยละ 56.3

สมศักดิ์ วราอัสวปติ (2535) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีรูปแบบในการใช้ยาโดยการจดจำจากลักษณะ ขนาด รูปร่าง สี และจดจำวิธีการใช้ยา โดยไม่ได้สนใจชื่อหรือฉลากที่ของยา ซึ่งปัญหาเหล่านี้พบ ได้ทั้งผู้เป็นเบาหวาน และผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการไม่รับประทานยาที่มีรูปแบบแตกต่างออกไปถึงแม้จะเป็นชนิดเดียวกันก็ตาม เนื่องจากคิดว่าไม่ใช่ยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ สิ่งที่มาคือ ผู้ป่วยขาดยา จึงเป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ ต้องแนะนำให้ผู้ใช้นามีวิธีการจดจำยาชื่อยาที่รับประทานเป็นประจำ ในการจ่ายยาต้องระบุชื่อยาที่ของยาทุกครั้ง โดยใช้ชื่อที่รู้จักกันทั่วไป (ชื่อสามัญ) ไม่ใช่ชื่อการค้า พร้อมทั้งเขียนชื่อที่เป็นภาษาไทยกำกับทุกครั้ง การกำหนดสัญลักษณ์ หรือรูปแบบที่ทำให้

ผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออก สามารถเข้าใจได้ง่าย หากญาติมารับแทนจะต้องเน้นกับญาติในการส่งต่อข้อมูล สำหรับผู้ที่อ่านหนังสือได้ให้เน้นว่าต้องอ่านฉลากยาก่อนการให้ยาทุกครั้ง การศึกษาของ กาวนา กิริตยุดวงศ์ (2537) ในเรื่องของการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลประจำจังหวัด จำนวน 30 ราย พบจำนวน 17 ราย ที่มีปัญหาเรื่องของการไม่รับประทานยาตามสั่ง เช่น แพทย์สั่งให้รับประทานเมตฟอร์มิน 1 เม็ดครึ่ง แต่ผู้เป็นเบาหวานรับประทานยา 2 เม็ด โดยให้เหตุผลว่าหักยาก บางรายรับประทานยามื้อกลางวันพร้อมกับมื้อเย็นเนื่องจากไม่ได้รับประทานอาหารมื้อกลางวัน เป็นต้น

ปัญหาการดูแลตนเองเรื่องยาไม่ได้เกิดเฉพาะกลุ่มผู้เป็นเบาหวานเท่านั้น แต่ยังเกิดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วย จากการศึกษาของ สุกรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ในเรื่องปัจจัยกีดขวางความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบปัญหาของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเกิดจากการลืมรับประทานยาหรือไม่มีเวลา คิดเป็นร้อยละ 36.5 สอดคล้องกับ เซสเนย์ (Chesney, 2000) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คือ การลืมรับประทานยาหรือไม่มีเวลา คิดเป็นร้อยละ 34-52 และจากผลข้างเคียงของยา คิดเป็นร้อยละ 19-25

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัญหาการดูแลตนเองเรื่องยาส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการไม่ปฏิบัติตามของผู้เป็นเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจาก การคมนาคมที่ไม่สะดวกห่างไกลจากโรงพยาบาล ไม่มีรถโดยสารประจำทางผ่าน ต้องเหมารถมาทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น จึงไม่มาพบแพทย์ตามนัดหรือมาตามนัดลดลง ผลที่ตามมาคือ ผู้เป็นเบาหวานขาดยาเนื่องจากมีปัญหาค่าใช้จ่าย เกิดจากการที่ต้องรับประทานยาทุกวัน หากมีโรคร่วมก็มีโอกาสที่ต้องรับประทานยาจำนวนเพิ่มขึ้น การรับประทานครั้งละหลายเม็ด วันละหลายครั้ง ร่วมกับความซับซ้อนของยาแต่ละตัว อาจทำให้เกิดการหลงลืม รับประทานยาไม่ครบ รับประทานมากไป หรือรับประทานไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร เกิดความสับสนไม่ได้ใช้ยาตามสั่ง ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาและหยุดการใช้ยาในที่สุดจากความไม่เข้าใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาดา ธนภัทร์กวิน (2538) พบปัญหาการใช้ยาของผู้เป็นเบาหวานมีสาเหตุมาจากยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ยาแอสไพริน เนื่องจากยาแอสไพรินจะทำให้ยาเบาหวานที่รับประทานออกฤทธิ์มากกว่าปกติทำให้มีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) สูงถึงร้อยละ 86.4

การสื่อสารที่ผิดพลาดของบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้เป็นเบาหวานไม่ต้องการมาพบแพทย์ตามนัด มีความเข้าใจผิดเรื่องการรับประทานยา มีความกลัวผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึง

ประสงค์ของยาที่มากเกินไป รวมไปถึงการที่ห้องยาจ่ายยาผิดพลาดขาดการตรวจสอบก่อนถึงมือผู้รับ หรือปัญหาผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยไม่มีผู้ดูแลโดยตรง เป็นต้น การรักษาเบาหวานในระยะแรกที่เริ่มเป็น แพทย์จะใช้วิธีการให้ผู้เป็นเบาหวาน ควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย แต่เมื่อไม่ได้ผล จึงจะเริ่มให้ยารับประทาน อย่างไรก็ตามผู้เป็นเบาหวานจะต้องควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ร่วมกับดูแลสุขภาพอนามัยทั่ว ๆ ไปควบคู่ไปกับการรับประทานยาตามสั่ง การไม่รับประทานยาเบาหวานทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้ ตรงกันข้ามการรับประทานยาเบาหวานมากเกินไปหรือรับประทานไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร หรือรับประทานยาอื่นที่มีการเสริมฤทธิ์กับยาเบาหวานอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้เป็นเบาหวานหรือญาติจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงอาการ อาการแสดง ตลอดจนแนวทางแก้ไขเบื้องต้นในการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

การดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นสิ่งที่จำเป็นและต้องให้ความสำคัญอย่างมากควบคู่ไปกับการดูแลตนเองเรื่องอื่น ๆ เนื่องจากเบาหวานเป็น โรคเรื้อรัง ต้องอยู่กับบุคคลที่เป็นไปตลอดชีวิต การดูแลตนเองให้ได้ดีจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ มาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานของบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประ โยชน์ เป็นต้น โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเรื่องยาของผู้เป็นเบาหวาน นั้น ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สำคัญ ได้ดังนี้

รายได้ โอเร็ม (Orem, 1985, p. 175) กล่าวว่า “รายได้ครอบครัวยเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และการเข้าถึงบริการต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง” สอดคล้องกับ เพนเดอร์ (Pender, 1982, pp. 160-162) กล่าวว่า “ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล” สอดคล้องกับ เกษก่อง สีหะวงษ์ (2539) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่จะมีรายได้ประจำจากลูกหลาน จึงไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี จึงสรุปว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา สอดคล้องกับ ปิยพร สุวรรณโชติ (2543) พบว่า ราคาขายที่สูงขึ้นทำให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้จำกัด จำนวนไม่น้อยที่ใช้ยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง เช่นเดียวกับ การศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และลือชัย ศรีเงินขวง (2537) พบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจจะมองความเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ร้อได้เพราะมีสิ่ง

สำคัญที่มากกว่า คือการอยู่รอดของคนและสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับ การศึกษาของ ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546) ที่พบว่า ผู้มารับบริการไม่สม่ำเสมอเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย และมีอาชีพรับจ้าง

การศึกษาของ เวธกา กลิ่นวิจิต, พิสิษฐุ์ พิริยาพรรณ และพิจารณา ศรีวาจนะ (2547) ใน การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาตามคำสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่ม ที่มี และไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายได้นั้น ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการดูแล ตนเองเรื่องยาเฉพาะในผู้เป็นเบาหวานเท่านั้น แต่ยังมีความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ซึ่ง เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลตนเองตลอดชีวิตมีระยะเวลาดำเนินโรค มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ง่าย เมื่อจำเป็นต้องรับประทานยาจะต้องรับประทานต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการมารับยาค่าต้องมี ค่าใช้จ่ายไม่มากก็น้อย หากไม่มีค่าใช้จ่ายก็มารับยาไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายต้องซื้อยารับประทานเอง เนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องซื้อยาด้าน ไวรัสรับประทานเอง ซึ่งมีราคา ก่อนข้างสูง หากไม่มีเงินก็ไม่สามารถซื้อยามารับประทานได้ ส่งผลให้การดูแลตนเองเรื่องยาลดลง เช่นเดียวกับผู้เป็นเบาหวาน ศุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการ รับประทานยาด้าน ไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ พบว่า รายได้ของครอบครัวมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาด้าน ไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ เมชทา และคณะ (Mehta et al., 1997) ใน การศึกษาปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ พบว่า ผู้ป่วย ที่มีรายได้ต่ำมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาไวรัสต่ำ เนื่องจากความไม่แน่นอนในเรื่องของ ที่อยู่ รายได้ และหลักประกันของการใช้ยา

ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ สอนพวง (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การมารับการรักษาของผู้เป็นเบาหวาน พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษาของผู้เป็น เบาหวานเนื่องจากส่วนใหญ่ผู้มีบัตรประกันสุขภาพ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่ารายได้ น่าจะมีความสัมพันธ์กับ การดูแลตนเอง เรื่องยาในผู้เป็นเบาหวาน ถึงแม้จะมีงานวิจัยบางงานที่ระบุว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล ตนเองเรื่องยาเนื่องจากมีบัตรประกันสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงยังพบผู้ที่ยังไม่มียบัตรประกัน สุขภาพ หรือมีบัตรแต่ใช้สิทธินั้น ไม่ได้ เช่น ผู้ที่ไม่ได้ทำงานอยู่ภูมิลำเนาของตน หรือผู้ที่ตกสำรวจ หากไม่ใช้การเจ็บป่วยฉุกเฉิน จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง อย่างไรก็ตามแม้จะมีบัตรประกัน สุขภาพแต่ในการมาใช้บริการแต่ละครั้งจะต้องมีค่าใช้จ่ายอื่นเช่นกัน เช่น ค่ารถ ค่าน้ำมัน ค่าอาหาร ค่าเสียโอกาสในการทำงาน เป็นต้น สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้วิจัยเอง ในการถามสาเหตุของ

การขาดนัด พบว่า ปัญหาของการขาดนัดส่วนหนึ่งเกิดจากการ ไม่มีเงินค่ารถมาโรงพยาบาล เนื่องจากบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาล ดังที่ผู้เป็นเบาหวานรายหนึ่งได้สะท้อนความรู้สึกว่า “ที่ไม่ได้มาตามหมอนัด ขาดยา ก็ขาด เพราะไม่มีเงินค่ารถ ต้องหากินถ้าไม่รับจ้างก็ไม่กิน ก็รู้เบาหวานขาดยาไม่ได้ ค่าเหมารถ 200 บาท รับจ้างวันหนึ่งยังไม่พอค่ารถเลย” สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ สอนพวง (2541) ที่พบว่า สาเหตุหนึ่งของการไม่มาตามนัด คือ ไม่มีรถมา คิดเป็นร้อยละ 7.4 และไม่มีค่ารักษา คิดเป็นร้อยละ 5.8

ระยะเวลาการเป็นโรค สำหรับโรคเบาหวาน เมื่อระยะเวลาการเป็นโรคผ่านไประยะหนึ่ง มักจะมีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น และทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายด้วย ระยะเวลาการเป็นโรค และภาวะแทรกซ้อน หรือโรคร่วมที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ยาที่ต้องรับประทานมีจำนวนมากขึ้น ยานี้แต่ละชนิดมีข้อจำกัด และข้อควรระวังแตกต่างกัน ทำให้เกิดความรู้อีกยุ่งยาก ส่งผลให้การดูแลตนเองเรื่องยาลดลง ที่เห็นได้ชัด คือ การลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ครบ รับประทานยาเกินขนาด หรือขาดการเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา สอดคล้องกับ สมศักดิ์ วราอัศวปติ (2535) ในการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาที่เบี่ยงเบนไป สอดคล้องกับ วนิตา มะระรงค์ และคณะ (2534) พบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็นโรค > 6 ปี จะมีการมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอลดลง มีแนวโน้มการใช้สมุนไพรและวิธีการรักษาอย่างอื่น จึงสรุปว่า ระยะเวลาการเป็นโรคน่าจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

จำนวนเม็ดยา เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยทั่วไป เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ผู้เป็นเบาหวานมักมีโอกาสที่จะได้รับยาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ชนิด ผู้เป็นเบาหวานจำนวนไม่น้อยมักจะบ่นว่า เบื่อที่ต้องรับประทานยาทุกวัน วันละหลายครั้ง การรับประทานยาหลายชนิด และวันละหลายครั้ง มีโอกาสหลงลืมได้ อาจทำให้บางครั้งไม่ได้รับยาตามแผนการรักษา หรือรับประทานยาเกินขนาด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีปัญหาเรื่องความจำ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ชนิดและจำนวนของยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ วันละหลายครั้ง จะทำให้ผู้เป็นเบาหวานมีการดูแลตนเองเรื่องยาลดลง

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณิ เจริญพิชิตนันท์ (2531) ในเรื่องความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลเลิศสิน พบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่ได้ยามากกว่า 4 ครั้งต่อวัน มารับการรักษาตามนัดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ สอนพวง (2541) ในเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า จำนวนเม็ดยามีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาสม่ำเสมอของผู้ป่วยเบาหวาน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นถึง จำนวนเม็ดยาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับ การรักษาอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาของ คราเมอร์ และคณะ (Cramer et al., 1989) ในเรื่องความ สม่ำเสมอในการรับประทานยาแก้คันชัก พบว่าการรับประทานยาแก้คันชัก 1 เม็ดต่อวัน ผู้ป่วยจะ รับประทานยาได้สม่ำเสมอถึงร้อยละ 88 แต่ถัรับประทานยาเพิ่มขึ้น ความสม่ำเสมอของการ รับประทานยาจะลดลงเป็นลำดับ และเมื่อรับประทานยาแก้คันชัก ถึง 4 เม็ดต่อวัน พบว่าความ สม่ำเสมอในการรับประทานยาจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 39

แครส เทเลอร์ และคาร์เลนส์ (Krass, Taylor, & Carlene (2005) กล่าวว่า “ปัจจุบัน การบริหารยาเริ่มมีปัญหาเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคน ไม่ได้มาด้วยโรคเดียว” สอดคล้องกับ ค็อกแรม (Cockram, 1993 อ้างถึงใน กาญจนา สิ้นไชย, 2547)) พบว่าผู้ป่วยบางคนไม่ได้เป็นเบาหวานเพียง อย่างเดียว หากแต่มีโรคอื่นร่วมด้วยทำให้มีการใช้ยาหลายชนิด และบางชนิดมีข้อควรระวังมากมาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน และไม่แน่ใจ เกิดการเบื่อหน่ายในการใช้ยา จากการศึกษาของอโนนิมัส (Anonymous, 1993 อ้างถึงใน กาญจนา สิ้นไชย, 2547) พบปัญหาอุปสรรคของการใช้ยา โดยเฉพาะ ผู้ป่วยสูงอายุ รูปแบบการใช้ยาที่ยุ่งยาก หรือมีความถี่ ในการใช้ยาต่อวันที่มาก หรือการเปลี่ยนแปลง การรักษาจากใช้ยา วันละ 2 ครั้ง เป็นวันละ 3 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยาบางเวลา เป็นต้น การศึกษาของ สุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ในเรื่องปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ด้านไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอ็ดส์ ถึงแม้การศึกษาจะพบว่าจำนวนเม็ดยาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับประทาน ยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากยาก็ใช้ในกลุ่มตัวอย่าง เป็นยาสูตรผสมรวมยา 3 ชนิดไว้ใน เม็ดเดียวกัน ซึ่งจะสะดวกในการรับประทาน แต่ในขณะเดียวกัน ผลการวิจัยกลับพบว่า จำนวน เม็ดยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส ถ้าหากต้อง รับประทานยาจำนวนมาก ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลง สอดคล้องกับอัลติส และ เฟลด์แลน (Altice & Friedland, 1998) ที่พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ไม่สามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอ คือ ขนาดเม็ดยาที่ใหญ่ จำนวนเม็ดยาที่มาก

จากงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่าจำนวนเม็ดยาที่เพิ่มขึ้นต่อวันทำให้มีโอกาสเกิดความ คลาดเคลื่อนจากการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นการที่ต้องรับประทานยาทุกวันวันละหลาย เม็ดหรือวันละหลายครั้งทำให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดการเบื่อหน่าย ท้อแท้ไม่ต้องการที่จะดูแลตนเอง ต่อไป ส่งผลให้การดูแลตนเองเรื่องยาลดลงในที่สุด

การสื่อสารของผู้ให้บริการ การสื่อสารมาจากคำว่า สื่อ และสาร โดยคำว่า “สื่อ” หมายถึง รูปแบบการแสดงออก เช่น การพูด การใช้สัญลักษณ์ ท่าทาง สายตา หรือการสัมผัส คำว่า “สาร” หมายถึง ข้อความ คำแนะนำ ต่างๆ การสื่อสารของผู้ให้บริการเป็นส่วนหนึ่งของระบบ

บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของโอเร็มที่จะช่วยเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย และครอบครัว ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลและพึ่งพาตนเองได้ โอเร็มได้เน้นให้เห็นความสำคัญของระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ ที่จะต้องมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงปัญหาความต้องการการดูแล ทางเลือกในการดูแล มีความไว้วางใจ เคารพนับถือยอมรับซึ่งกันและกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537, หน้า 156)

การสื่อสารด้วยข้อความสารที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เพียงพอ นำไปปฏิบัติได้จริง ด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยอย่างเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม มีการตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจ จะก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ศรัทธา ยอมรับ จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะนำไปสู่การการดูแลตนเองเรื่องยา ได้สม่ำเสมอต่อไป มาโนช หล่อตระกูล (2548) กล่าวว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย ที่ไม่ได้กินยา หรือปฏิบัติตามแพทย์สั่ง ทั้ง ๆ ที่ยังคงมาพบแพทย์ตามนัด เพราะแพทย์ไม่ได้ให้ความตระหนัก หรือสอบถาม บางครั้งผู้ป่วยปิดบัง ไม่ได้บอกความจริงต่อแพทย์เพราะเกรงจะถูกตำหนิ เกรงว่าแพทย์จะไม่รักษาต่อจากท่าทีของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขที่แสดงออกด้วยความตั้งใจหรือไม่ก็ตาม ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการสื่อสารตลอดจนท่าทางที่แสดงออกของผู้ให้บริการมีความสำคัญอย่างมา เช่นเดียวกับที่มีผู้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และที่ต้องได้รับการบำบัดทางจิตพบว่า ร้อยละ 50 พลาดการดูแลจากแพทย์ ร้อยละ 54 ของผู้ป่วยไม่ได้รับการสื่อสารที่เหมาะสม เนื่องจากแพทย์ใช้เวลาในการตรวจ และสั่งยาในแต่ละครั้ง เฉลี่ย 18 วินาที และร้อยละ 45 ของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากแพทย์ไม่ได้ซักถาม (Atreja, Bellam, & Levy, 2005, p. 3)

สอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์เกส (Burgess, 1989 อ้างถึงใน กาญจนา สินไชย, 2547) พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 50 ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาอย่างครบถ้วนจากแพทย์ และพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่ลืมข้อมูลที่แพทย์บอกไป หลังจากการพบแพทย์เพียงไม่กี่นาที ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่แพทย์ใช้เวลาในการพูดคุยสั้น ๆ วัฒนธรรม คล้ายดี (2530) กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการที่ไม่เหมาะสมเกิดความเครียด การไม่ยอมรับ การไม่เห็นด้วยกับผู้รับบริการในทุก ๆ เรื่องจะมีผลต่อการปฏิบัติตามของผู้ป่วย การสื่อสารหรือการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะทำให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจที่จะปฏิบัติตามเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอตลอดไป นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาอุปสรรคของการใช้ยาที่พบได้เสมอ ๆ คือ การรับรู้และความไม่เข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง มีความกลัว หรือมีความเข้าใจผิด เกี่ยวกับผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยา

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค จำนวนเม็ดยา และการสื่อสารของผู้ให้บริการ เป็นต้น มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวกับการดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ยังมีบางปัจจัยที่มีการศึกษาไว้น้อย หรือมีข้อสรุปที่ไม่ชัดเจน ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยที่สำคัญ ๆ และเชื่อว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเรื่องยาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยพื้นฐานที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา ได้แก่ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค จำนวนเม็ดยา และการสื่อสารของผู้ให้บริการ เพื่อนำผลของการศึกษาที่ได้รับไปเป็นแนวทางในการให้การส่งเสริมสนับสนุนผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ให้มีการดูแลตนเองเรื่องยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ให้ได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University