

มุมมองการป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์ Ph.D.*

สายพิน สุริยวงศ์ พย.ม.**

บทคัดย่อ: โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง การรณรงค์แก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการต่างๆ ยังได้ผลไม่มากนัก ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งคือการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีมุมมองและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการเป็นโรครวมทั้งการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องบ้างไม่ถูกต้องบ้าง และมีความแตกต่างกับบุคลากรด้านสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยกัน เพื่อศึกษามุมมองการป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง จำนวน 100 ราย และสัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 20 ราย วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยการหาความถี่ และร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{X} = 17.92$) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แล้วจัดหมวดหมู่ได้ 5 หมวดหลัก และหมวดย่อยดังนี้ 1) การรับรู้เชิงสาเหตุ: เกิดจากการกินหวานและผงดุรสุ เกิดจากการกินเกิน เกิดจากกรรมพันธุ์ 2) การรับรู้เชิงโรค: ไม่หายแต่ไม่ร้ายแรง เบาหวานแห้ง-เบาหวานเปียก เป็นโรคที่บั่นทอนกำลัง โรคที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง 3) ผลต่อการดำเนินชีวิต: ไม่มีผลกระทบ ยุ่งยากและเครียด ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ 4) นำกลั้ว: กลั้วถูกตัดขา กลั้วภาวะน้ำตาลต่ำและน้ำตาลสูง กลั้วโรคไตแทรก 5) ความรู้สึกทางเพศลดลง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคเบาหวานจากข้อมูลเชิงคุณภาพไม่สอดคล้องกับความรู้ที่ได้จากแบบสอบถาม นอกจากนี้มุมมองการป่วยยังแตกต่างจากมุมมองของบุคลากรสุขภาพ ดังนั้น บุคลากรสุขภาพควรให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีของตนเองให้แก่ผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น รวมทั้งระมัดระวังในการจัดการด้านความเชื่อของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติตัว

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(4) 96-107

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน มุมมองการป่วย ผู้สูงอายุ

*ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Email: tassana.c@chula.ac.th

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของบุคคลอย่างมาก ในประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุเป็นเบาหวานร้อยละ 13.3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด¹ จากสถิติปี พ.ศ. 2546 พบว่า โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของผู้สูงอายุ² โดยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ปัญหาเบาหวาน เพียงอย่างเดียวไม่ทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต ได้มากนัก แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับเบาหวาน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย เรื้อรัง ความดันโลหิตสูง จอประสาทตาเสื่อม และ แผลติดเชื้อ ทำให้เกิดความรุนแรงและเสียชีวิตได้ ค่อนข้างมาก ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมักเป็นปัญหา เรื้อรัง ใช้เวลาในการรักษา ต้องสูญเสียเวลา สูญเสีย ค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก³ มีข้อจำกัดมากมาย ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ ต้องควบคุมอาหาร ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน การควบคุม โรคเบาหวานเป็นวิธีการเดียวที่ใช้ในการชะลอการเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ⁴ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวาน จำนวนไม่น้อยที่ควบคุมเบาหวานไม่ได้ แม้จะได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเป็นรูปธรรม จากบุคลากรทางสุขภาพก็ตาม มีงานวิจัยหลายงานที่ พยายามหาวิธีการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยเบาหวานใน หลากหลายรูปแบบ เช่น ใช้แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อ คุณลักษณะที่เฉพาะของบุคคลเข้ามาแทนที่แนวคิด เกี่ยวกับการสอนที่เน้นเรื่องโรคและการปฏิบัติที่ สอนกันมานาน⁵⁻⁸ การศึกษาที่วิเคราะห์ความเข้าใจ ส่วนบุคคลของชาวสวีเดนเกี่ยวกับการป่วยของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า บุคลากรในวิชาชีพสุขภาพ และผู้ป่วยเบาหวานมีประสบการณ์และความเข้าใจ

ในการป่วยด้วยโรคเบาหวานที่แตกต่างกัน⁹ ระบุว่า ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการเป็นโรคเบาหวานมี 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ภาพลักษณ์ของโรค (image of the disease) ซึ่งประกอบด้วยประเด็นย่อย ในด้านบวกและลบ 2) ความหมายของการวินิจฉัย มีทั้งการมองเห็นข้อดีจากการเป็นเบาหวาน และทราบป 3) การผสมผสานความเจ็บป่วยเข้ากับชีวิต เป็นการ ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเป็นโรคเบาหวาน 4) ช่องว่างระหว่างบุคคลกับความเจ็บป่วย เป็นการ ให้คุณค่าและความสำคัญกับบุคคลเมื่อป่วยเป็นโรค เบาหวาน 5) ความรับผิดชอบต่อการดูแลรักษาที่ได้รับ โดยกล่าวถึงการพยายามซักถามข้อมูลจากผู้รักษา จนกว่าจะเข้าใจชัดเจน 6) ความหวังในอนาคต เป็น ความหวังในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งแตกต่างจาก ความมุ่งหวังของบุคลากรสุขภาพที่มองด้านโรคและ การรักษา¹⁰

การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง กับโรคเบาหวานในประเทศไทยในผู้ป่วยเบาหวาน 200 คน จากโรงพยาบาล 4 แห่งในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ พบว่า ผู้ป่วย เบาหวานจากภาคใต้เพียงแห่งเดียวที่มีรูปแบบความเชื่อ ด้านสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ป่วยมองโรคเบาหวานที่ “การเจ็บป่วย” ซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคคล สังคม มากกว่า การมองแบบ “โรค” ซึ่งเป็นแนวคิดแบบ “ชีวการแพทย์” ส่วนผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อื่นไม่พบว่ามีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพของตนเอง¹¹ นอกจากนี้งานวิจัย แบบชาติพันธุ์วรรณนาที่ศึกษาการอธิบายเกี่ยวกับ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยเบาหวาน 33 ราย ในกรุงเทพฯ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานอธิบายการเป็น เบาหวานโดยผสมผสานสภาพแวดล้อมของสังคม วัฒนธรรมเข้าด้วยกัน มีความเชื่อว่าโรคเบาหวานเกิดจาก สาเหตุภายใน (intrinsic cause) และสาเหตุภายนอก

(extrinsic cause) โดยสาเหตุภายในเกิดจาก “กรรม” ที่เคยทำสิ่งไม่ดีเอาไว้ ส่วนสาเหตุภายนอกเกิดจาก สิ่งกระทบจากภายนอกร่างกาย เช่น ความเครียด และจากการรับประทานอาหารหวาน อาหารที่มีสาร เคมีเช่น ผงชูรส¹²

แม้มีงานวิจัยมากมาย แต่พบว่ายังไม่สามารถ ให้คำตอบที่เพียงพอ เพื่อให้เห็นความเชื่อ และมุมมอง ของผู้ป่วยเบาหวานที่อาจแตกต่างจากทีมสุขภาพ ที่ทำให้การรักษาพยาบาลไม่ได้ผลเท่าที่ควรจะเป็น อย่างไรก็ตามการศึกษาในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย ก็อาจได้ข้อมูลที่แตกต่างกันตามสภาพของสังคมและ วิถีชีวิต การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษามุมมองเกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จังหวัดเชียงราย ซึ่งอยู่ในภาคเหนือตอนบน มีวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ และอาหารพื้นบ้านที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น เช่น รับประทานข้าวเหนียว แกงที่ไม่ใช้กะทิ ซึ่งอาจมี ผลต่อการรับรู้ต่อการเป็นโรคเบาหวานที่แตกต่าง กับพื้นที่อื่น การศึกษานี้ต้องการข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อบอกระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในภาพรวม และเจาะลึกข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อได้ข้อมูลที่ นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ตามแบบสอบถาม เชื่อว่าผลการศึกษาจะได้ข้อมูลที่สร้างความเข้าใจใน ถึงวิถีคิด ความเชื่อ และการมองโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างชัดเจน สามารถนำมาใช้ปรับกลยุทธ์การควบคุม น้ำตาลในเลือด และภาวะเมตาบอลิกในผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน ต่างๆ

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน
2. ศึกษามุมมอง/การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานทั้ง เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกัน ใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เจาะลึก ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่ออธิบายมุมมองการป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่เลือกแบบ เฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 100 คน ที่มารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และใน จำนวนนี้ได้คัดเลือกผู้สูงอายุ 20 ราย เพื่อเก็บข้อมูล เชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก กำหนดคุณสมบัติ ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชาย และหญิง สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัด ด้านสติปัญญาและการได้ยิน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

สถานที่ดำเนินการวิจัย

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ความรู้ทั่วไปโรคเบาหวาน ของ ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ สาริณีย์ กฤตยานันต์ และอัญชลี วรรณภิญโญ¹³ เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นและตรวจสอบคุณภาพโดย ผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดสอบกับผู้ป่วยเบาหวาน ทั่วประเทศจำนวน 753 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.81 ประกอบด้วยข้อคำถามแบบถูก และผิด จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความรู้เบื้องต้นเรื่องโรค เบาหวานและการวินิจฉัยโรค 5 ข้อ ภาวะแทรกซ้อน เรือจริง 5 ข้อ การดูแลตนเองประจำวัน 6 ข้อ และ

การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด 5 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึงมีความรู้มาก คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึงมีความรู้น้อย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์แล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 100 ราย และถามความสมัครใจในการสัมภาษณ์เชิงลึกในวัน เวลา และสถานที่ที่สะดวกอีกครั้งหนึ่งกับผู้สูงอายุจำนวน 20 ราย ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่นัดสัมภาษณ์ที่บ้าน บางคนนัดสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลในการมาตรวจตามนัดครั้งต่อไปโดยมีการใช้เทปบันทึกเสียง ใช้เวลาคนละ 30-60 นาที ภายหลังจากสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอดเทปทุกคำ และตรวจสอบข้อมูลที่ได้ เมื่อพบข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ ได้โทรศัพท์ไปขอข้อมูลจากผู้สูงอายุนั้นเพิ่มเติม และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูล จนได้ข้อมูลอิ่มตัวแล้วจึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ความรู้ที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตามแบบวิธีของ Coffey and Atkinson¹⁴ โดยใช้วิธีการอ่านข้อมูลหลายๆ ครั้ง กลั่นกรองประเด็นที่สำคัญ จัดเป็นหมวดหมู่ แล้วเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ปรับหมวดหมู่

ให้มีความชัดเจน กระชับ ลดความซ้ำซ้อน และครอบคลุมมากขึ้น ทำซ้ำกันหลายๆ ครั้ง จนกระทั่งไม่พบหมวดหมู่ข้อมูลใหม่

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทุกครั้งกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง (member checking) เขียนบันทึกความคิดและความรู้สึกของการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย (investigator triangulation) และกับผู้ทรงคุณวุฒิอีกหนึ่งท่าน (peer debriefing)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 70 อายุอยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 57 รองลงมาคือช่วงสูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 34 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65 การศึกษาอยู่ในระดับประถมร้อยละ 85 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94 อาชีพเดิมด้านเกษตรกรรมร้อยละ 42 รองลงมาคือ ค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 23 ปัจจุบันส่วนใหญ่ร้อยละ 74 ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ร้อยละ 29 มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ที่เหลือมีรายได้กระจายในทุกระดับ รายได้ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวร้อยละ 38 และมีจำนวนบุตร 1-2 คนร้อยละ 40 รองลงมาคือ 3-4 คนร้อยละ 38 มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างคือร้อยละ 61 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวร้อยละ 85 มีโรคประจำตัว 2 โรคและมากกว่าในจำนวนร้อยละ 39 และร้อยละ 34 ตามลำดับ น้อยรายที่ไม่มีโรคประจำตัว เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี และส่วนใหญ่เป็นเบาหวานมานานมากกว่า 1 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับ

โรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวในระดับดีมาก คือ มีคะแนนสูงสุด 21 ต่ำสุด 8 คะแนน และมีค่าเฉลี่ย 17.92 สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ มณีวุฒิกุล¹⁵ ในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนครศรีธรรมราช และการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานของคนใน กรุงเทพฯและต่างจังหวัด¹⁶ ในขณะที่ผลการศึกษาอื่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับปานกลางและต่ำ จะเห็นได้ว่าการศึกษาต่างพื้นที่กัน กลุ่มตัวอย่าง เวลาที่ต่างกัน และแบบวัดที่ต่างกันล้วนมีผลต่อความรู้ที่ต่างกันได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย หมวดหมู่ 5 หมวดหลัก และมีหมวดหมู่ย่อย ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้เชิงสาเหตุ (Perceived causes)

1.1 เกิดจากกินหวานและผงชูรส (Eating sweet food and monosodium glutamate)

ผู้สูงอายุบอกว่า ไม่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน เกิดจากอะไร แต่คิดว่าเกี่ยวข้องกับอาหารที่รับประทาน โดยเฉพาะอาหารที่มีรสหวาน รวมทั้งผงชูรส และเชื่อว่า สมัยก่อนคนไทยเรารับประทานน้ำพริกกับผัก ซึ่งเป็นอาหารพื้นบ้าน ไม่ค่อยมีเครื่องปรุงรสมากนัก จึงไม่ค่อยเป็นเบาหวานกัน แต่ปัจจุบันมีอาหารที่หลากหลาย คนหันไปกินอาหารที่มีรสหวานมากขึ้น รวมทั้งอาหารส่วนใหญ่ใช้ผงชูรสเป็นเครื่องปรุง ทำให้คนในยุคนี้รับประทานอาหารที่มีสารพิษที่นำไปสู่การเกิดโรคเบาหวาน ดังข้อมูล

ไม่มีใครเป็นโรคเบาหวานเลย
ยายเลยคิดว่าน่าจะเกิดจากการกิน
อาหารหวานๆ (รายที่ 3)

...ลุงไม่ค่อยเข้าใจเท่าใดหรอกว่า
เบาหวานเกิดจากอะไรกันแน่ แต่ลุงก็
คิดอีกอย่างหนึ่งว่าอาจเกิดจากการ
กินอาหาร เพราะเมื่อก่อนไม่มีผงชูรส
รสดี แต่ตอนนี้อาหารที่เราซื้อมานั้น

มีหมด เพราะฉะนั้นลุงเลยคิดว่าอาหาร
พวกนี้มีส่วนต่อการเป็นเบาหวาน
เหมือนกัน (รายที่ 11)

1.2 เกิดจากกินเกิน (Excessive eating)

ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าการรับประทาน
อาหารที่มากเกินไป ตามแบบแผนการรับประทานของ
คนในสังคมปัจจุบัน ทำให้ได้รับสารอาหารที่มากเกินไป
ความต้องการของร่างกาย ซึ่งมาจากทั้งอาหารฝรั่ง
และอาหารไทยที่มีไขมันสูง ดังข้อมูล

ตอนนี้เรากินอาหารใหม่ มันก็
ไปกินใหญ่เลย เบาหวานเลยกำเริบขึ้น
เช่น ขนมปัง แยม อาหารแช่แข็ง
กินไม่เลือก อย่างตัวป้าก็กินเข้าไป
กินเกิน มันทำให้เรามีเบาหวานได้
(รายที่ 4)

1.3 เกิดจากกรรมพันธุ์ (Caused by genetics)

การรับรู้เรื่องโรคเบาหวานที่เกี่ยวกับ
กรรมพันธุ์เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุรับทราบจากการสังเกตเห็น
พ่อ แม่ พี่ น้อง ของตนเองเป็นเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่
ไม่ได้แสดงอาการแปลกใจ หรือตกใจแต่อย่างไร และ
เห็นเป็นเรื่องปกติที่พบได้ทั่วไป

ไม่รู้เหมือนกัน คิดว่าน่าจะเป็น
เพราะกรรมพันธุ์นะ (รายที่ 15)

พ่อ แม่ พี่ชาย เป็นเบาหวาน
เหมือนกัน มันกรรมพันธุ์ เลยคิดว่า
ตัวเองคงเป็นแน่ๆ เลยก็ไม่คิดอะไรมาก
(รายที่ 18)

2. การรับรู้เชิงโรค (Perceived disease)

2.1 ไม่หายแต่ไม่ร้ายแรง (No cure but not serious)

ส่วนใหญ่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
เบาหวานในลักษณะค่อนข้างดี ไม่คิดว่าเป็นโรคที่

ร้ายแรง เพราะไม่ค่อยมีอาการอะไร และเห็นว่าไม่ใช่โรคที่เฉียบพลัน ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล หากไม่เป็นแผล หรือมีปัญหาแทรกซ้อน สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ มีชีวิตอยู่ได้เรื่อยๆ ตามสภาพของโรค

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มันมีอาการ ไม้ร้ายแรง ถ้าเรากินอาหารเป็นเวลา ไปเรื่อยๆ ของมัน อยู่ได้เรื่อย...เบาหวานมันไม่รุนแรง เพราะมันไม่ใช่โรคเฉียบพลัน (รายที่ 14)

ก็ไม่ร้ายแรงอะไร บางคนเป็นแผลนิดๆ หน่อยๆ ก็อาจจะร้ายแรงมากขึ้นได้ ผมก็เคยเป็นแผลเหมือนกัน โดนหนามเกี่ยวเล็กๆ หน่อยๆ ทายาก็หาย ไม่เคยท้อแท้ว่าเป็นเบาหวานแล้วมีแผลเลือดออกตกใจไม่เคยมีเอายาทาแผลก็หายไป (รายที่ 5)

2.2 เบาหวานแห้งและเบาหวานเปียก (Dry and wet diabetes)

ผู้สูงอายุรู้จักโรคเบาหวานตามสภาพที่มองเห็นบ่อยๆ โดยแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ เบาหวานแห้งกับเบาหวานเปียก และให้คำอธิบายว่า เบาหวานแห้งนั้นหายเร็ว ไม่รุนแรง ส่วนเบาหวานเปียก มักเกิดแผลที่พุพอง หายยาก ซึ่งเป็นชนิดที่รุนแรงมากกว่าตั้งข้อมูล

แต่ผมเป็นแผลจะหายเร็วมาก 1-2 วันก็หายแล้ว อย่างคนอื่นที่เป็นแผลมันจะเน่าเฟะ แต่ผมไม่เป็นก็ไมรู้เหมือนกันว่าเป็นเบาหวานอย่างไร เขาบอกว่าเบาหวานแห้งและเบาหวานเปียก... ก็ไม่รู้เหมือนกัน แต่เบาหวานแห้งน่าจะเป็นแบบไม่มีแผลอักเสบเฟะ

แต่ถ้าเป็นเบาหวานเปียกน่าจะทำให้เป็นแผลเน่าเฟะ และผมเป็นเบาหวานแห้งเพราะเคยไปถามหมอแล้ว หมอบอกว่าเป็นเบาหวานแห้ง แต่คนอื่นที่เป็นเบาหวานเปียก ต้องล้างแผลทุกวัน เอายาอะไรใส่ก็ไม่หาย (รายที่ 12)

2.3 เป็นโรคที่บั่นทอนกำลัง (Reduced energy)

แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง แต่ก็มีบางรายที่รู้สึกว่าเป็นโรคที่รุนแรง ทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรงในการคิดทำงาน และทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง บางคนหงุดหงิดง่าย ทำให้ไม่อยากทำกิจการงานใดๆ เสมือนเป็นตัวบั่นทอนกำลังกายกำลังใจ

มันเป็นตัวตัดนะ ตัดกำลังของเรา ตัดความคิด ตัดอารมณ์ของเรา ตัดหมด มันจะคอยจ้องเรา จ้องที่จะเพิ่ม (ความรุนแรงของโรค) ขึ้นใจ (รายที่ 16)

2.4 ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง (Causes severe complications)

ผู้สูงอายุมีความเห็นในอีกด้านหนึ่งว่าโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวานมีความร้ายแรงเข้ามาครอบงำชีวิต ต้องควบคุมตัวเองมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะรายที่เป็นมานานและต้องฉีดอินซูลินมาตลอด รู้สึกถึงความทุกข์ ความยุ่งยากในชีวิต เป็นความรู้สึกที่วิตก เครียด อยู่ตลอดเวลา และคิดว่าอาจตายได้

เบาหวานเกิดแล้วมันคุมร่างกายของเรา คอยรุมฆ่าเรา จริงๆ เบาหวานมันไม่ทำให้เราตายหรอก แต่พอมันมีโรคอื่นขึ้นมา มันมีโรคแทรกซ้อน มันจะทำให้เราตาย (รายที่ 16)

3. ผลต่อการดำเนินชีวิต (Effects to life)

ความรู้สึกต่อการเป็นโรคเบาหวานมีทั้งด้านบวกและลบ กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเห็นว่าโรคเบาหวานไม่มีผลเสียอย่างใดต่อชีวิต แต่อีกส่วนหนึ่งเห็นว่าโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตอย่างมาก

3.1 ไม่มีผลกระทบ (No effect)

ผู้สูงอายุหลายรายที่ไม่รู้สึกกังวลใดๆกับการเป็นโรคเบาหวาน ยังดำเนินชีวิตไปค่อนข้างเหมือนเดิม ไม่คิดว่าตนเองต้องเปลี่ยนแปลง หรือต้องปรับตัวอะไรมากนัก จึงไม่รู้สึกว่าโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อชีวิตแต่อย่างใด

ไม่ได้ปรับเปลี่ยนอะไร... กินเหมือนเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง (รายที่ 14)

ไม่มีความรู้สึกกังวลอะไร เพราะว่ามันไม่ได้มีอาการผิดปกติอะไร ไม่เจ็บปวดอะไร เพียงแต่บางครั้งที่ต้องไปตรวจน้ำตาล... (รายที่ 5)

3.2 ยุ่งยากและเครียด (Suffering and stressful)

ผู้สูงอายุบางรายบอกว่ารู้สึกเครียด รู้สึกตกใจมากกับข้อวินิจฉัยของแพทย์ที่ระบุว่า เป็นโรคเบาหวาน ทำให้นึกถึงข้อจำกัดในการปฏิบัติตัว มีความยุ่งยากในการควบคุมตัวเอง ต้องตัดใจจากอาหารหรือผลไม้ที่ชอบ รวมทั้งต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการฉีดยาอินซูลิน ดังข้อมูล

ยุ่งยากเหมือนกัน เพราะบ้านที่ยายอยู่มีสวนลำไย เวลาไปสวนก็กิน 7-8 เม็ด หลังจากนั้นยายก็ต้องรีบออกจากสวนเพราะไม่กินมันจะกินเรื่อยๆ น้ำตาลมันจะสูงขึ้นเรื่อย (รายที่ 7)

ยายรู้สึกเครียดมาก อาหารที่หอม หวานเป็นอาหารที่เราชอบ และรับประทานมาตลอด พอหมอบอกว่าต้องงด มันรู้สึกเครียดจนบางทีคิดว่าทำไมมันไม่ตายไปซะทำไมเราต้องมาจำกัดตัวเองอย่างนี้ (รายที่ 15)

3.3 ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ (Need to comply to the regimen)

ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเป็นโรคเบาหวานต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล อย่างสม่ำเสมอในด้านอาหาร และการออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมขนาดรอบเอวด้วย

ยายไม่กินหวาน ไม่กินเค็ม ไม่ชอบอาหารพวกผัด ๆ ทอด ๆ... ยายออกกำลังกายเอง โดยการออกกำลังกายตามที่เขาสอน เช่น ยกแขน ยกขา วันละอย่างน้อย 10 นาทีหลังตื่นนอน (รายที่ 2)

ยายก็บอกว่าต้องควบคุมอาหาร ไม่กินอาหารหวาน ไม่กินมัน ไม่เค็ม กินเค็มมากไม่ได้เพราะจะทำให้ไตเสียได้ ออกกำลังกาย ระวังอย่าให้มีพุง ตอนนี้ยายพุง 75 เซนติเมตร ยายจะพยายามควบคุมอย่างมากเลย (รายที่ 17)

4. น่ากลัว (Fearful)

4.1 กลัวถูกตัดขา (Fear of amputation)

สิ่งที่วิตกกังวลและน่ากลัวมาก คือ การเกิดแผลที่เท้า แล้วถูกตัดขา เพราะรู้สึกว่าน่าเกลียด น่ากลัว เป็นที่น่ารังเกียจ เป็นสภาพที่ไม่เหมือนคนอื่น ๆ

ครับเบาหวานน่ากลัวกว่า... ครับตัดขาแล้วทำให้เดินไม่ได้ ไปไหนไม่ได้แล้ว เพราะที่บ้านก็มีเหมือนกันที่ต้องโดนตัดขา... คงเสียใจมาก เพราะอยู่ดี ๆ ก็ถูกตัดขา น่าเกลียดด้วย ยิ่งถ้าเป็นแผลก็น่าเกลียด คนอื่นเขาก็จะรังเกียจเราเหมือนกัน มันดูไม่ดี เพราะถ้าเป็นแผลหมอเขาจะต้องตัดขาสูงกว่าแผลที่เราเป็น เช่น เป็นไตเขาจะตัดเนื้อเขา ไปไหนก็ลำบาก ดูน่ากลัว น่าเกลียดด้วย (รายที่ 12)

4.2 กลัวภาวะน้ำตาลต่ำ (Fear of hypoglycemia)

ประสบการณ์เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ เป็นภาวะที่น่ากลัว เพราะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรู้สึกกลัวคล้ายกับคนที่ใกล้จะตาย มากกว่าภาวะน้ำตาลสูงซึ่งมีอาการเปลี่ยนแปลงช้า

กลัวน้ำตาลต่ำ เพราะมันใจไม่ดี มันจะตายให้ได้ หน้ามืด มองหน้าใครไม่ได้เลย ไม่รู้จักใคร ตามืดหมดแต่น้ำตาลสูงมันไม่มีอาการหน้ามืด รู้จักคนอื่นหมด แต่มันอ่อนเพลียเท่านั้น (รายที่ 7)

4.3 กลัวโรคไตแทรก (Fear of kidney complication)

ไตวายเรื้อรังเป็นโรคแทรกซ้อนที่ผู้สูงอายุกลัวเนื่องจากต้องรับการฟอกไตต่อเนื่องไปตลอดชีวิตซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงมาก

กลัวโรคไต เพราะคนที่บ้านเขาเป็นเบาหวานและไม่รักษาตัวเองไปรักษาที่เอกชน ตอนหลังเขามีโรคไตแทรกซ้อนต้องฟอกเลือด ต้องมีค่าใช้จ่ายสูง ยายกลัวเป็นมากเลย (รายที่ 7)

5. ความรู้สึกทางเพศลดลง (Decrease in sexual drive)

การเป็นโรคเบาหวานทำให้ความสัมพันธ์ฉันสามีภรรยาบางรายเสื่อมคลายลง เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย ความต้องการทางเพศหายไป มักมีอาการหงุดหงิดง่าย ทำให้คู่สมรสซึ่งยังมีความต้องการทางเพศปกติไม่ได้รับการตอบสนอง บางรายต้องฝืนใจเรื่องเพศสัมพันธ์เพื่อรักษาชีวิตไว้

เป็นโรคเบาหวานด้วยมันจะรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีอารมณ์ทางเพศ บางครั้งเขามาเข้าใกล้จะรู้สึกหงุดหงิด กระพืดกระพืดใส่กันผู้ชายเขาจะโกรธทะเลาะกันบ่อย คิดว่าส่วนนี้อาจจะทำให้เขาหันไปมีภรรยาอื่น... เคยพบเพื่อนร่วมงานเขาบอกว่าเพื่อนเขาเป็นผู้ชายที่เป็นเบาหวานแต่เขาจะไม่มีอารมณ์ทางเพศเลยจนทำให้ภรรยาเขาไปมีชู้ ตอนนี้อยู่คนเดียวเลยเพราะไม่มีอารมณ์ทางเพศนี้แหละ แต่ตอนนี้ครอบครัวป่าดีขึ้น แต่อารมณ์ทางเพศมันก็ไม่จริง ๆ ลุงเขาก็ไปนอนที่สวนเป็นเดือน ๆ ปากนอนที่บ้าน นานครั้ง ถึงจะมีอะไรกันสักที (รายที่ 19)

การอภิปราย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้โรคเบาหวาน การใช้ยา และด้านการปฏิบัติตัวตามข้อมูลเชิงปริมาณอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยที่ 17.92 มีเพียง 2 รายเท่านั้น ที่มีความรู้ในระดับต่ำ ซึ่งทั้งสองรายเป็นผู้สูงอายุหญิงตอนปลาย คือ อายุมากกว่า 80 ปี และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา คุณลักษณะเหล่านี้เป็นสภาวะด้อยโอกาสในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ตามแบบสอบถามในระดับสูง

แต่เมื่อสัมภาษณ์เจาะลึกกลับพบว่า ไม่มีใครทราบว่าโรคเบาหวานเกิดจากอะไรอย่างแท้จริง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าแบบสอบถามที่ให้เลือกตอบ ถูก ผิด มีคำถามที่ยังไม่ครอบคลุมพอ หรือการให้เลือกคำตอบเพียง 2 ตัวเลือก ทำให้มีโอกาสเดาได้ง่าย คำตอบอาจไม่สามารถอ้างอิงถึงความรู้ที่แท้จริงได้ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงเห็นภาพรวมของความรู้ที่ผู้สูงอายุมี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวมาระดับหนึ่ง แต่การสัมภาษณ์เจาะลึกช่วยให้ได้คำตอบด้านความรู้สึก ความเชื่อส่วนบุคคลที่นอกเหนือจากแบบสอบถาม และอาจมีผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การรับรู้เรื่องโรคเบาหวานมีทั้งไม่ถูกต้องและถูกต้อง ได้แก่ ความเชื่อว่าโรคเบาหวานเกิดจากการกินอาหารรสหวานและผงชูรสหรือกินอาหารมากเกินไป ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงจากข้อปฏิบัติที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพที่ให้หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวาน และให้ควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทาน คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Loewe & Freeman¹⁷ ที่ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า เบาหวานเป็นโรคที่มีน้ำตาลในร่างกายมากเกินไป ข้อมูลที่สอดคล้องกับความเป็นจริง คือ เชื่อว่า โรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังกูร ภาวสุทธิพิศฐ์ และคณะ¹⁸ ที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่า โรคเบาหวานน่าจะเกิดจากกรรมพันธุ์ เพราะสังเกตเห็นว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานมักมีบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวานด้วยและไม่พบว่ามียาใดที่กล่าวถึงสาเหตุของโรคเบาหวานตามหลักวิชาการแพทย์เลย¹⁹ ส่วนการรับรู้เชิงโรค มีทั้งความเห็นว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่แม้รักษาไม่หายแต่ไม่ร้ายแรง เพราะยังคงดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ในขณะที่บางส่วนเห็นว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่บั่นทอนพลังกำลัง คล้ายกับการจ้องเอาชีวิต นอกจากนี้ยัง

แบ่งโรคเบาหวานออกเป็นสองชนิด คือ เบาหวานแห้งและเบาหวานเปียก โดยระบุว่า ผู้ที่ไม่มีแผล หรือมีแผลที่หายเร็ว เป็นเบาหวานแบบแห้งและไม่ร้ายแรง แต่รายที่เป็นแผลหายช้าหรืออักเสบ ลูกหลานจนบางรายถูกตัดขา เป็นโรคเบาหวานแบบเปียก ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ Naemiratch & Manderson และอังกูร ภาวสุทธิพิศฐ์ และคณะ^{12,18} ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานแบ่งโรคเบาหวานออกเป็น 2 ประเภท คือ เบาหวานเปียก หรือบางคนเรียกว่า เบาหวานเปียกกับ เบาหวานแห้ง ตามสภาพแผลที่เห็น

นอกจากนี้มีการมองผลกระทบของโรคเบาหวานต่อการดำรงชีวิต พบว่าผู้สูงอายุให้ความเห็นที่หลากหลายได้แก่ โรคเบาหวานไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตแต่อย่างไร ยังสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ รับประทานอาหารเหมือนเดิม กลุ่มนี้ไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องโรคแทรกซ้อน ไม่เกิดแผลที่ผิวหนัง อาจเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพค่อนข้างดีอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม อีกด้านหนึ่งมีความเห็นว่า โรคเบาหวานทำให้เกิดความเครียดและยุ่งยากในชีวิตเพราะต้องฝืนใจหลีกเลี่ยงอาหารหรือผลไม้รสหวานที่ตนเองชอบ ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลในการจำกัดอาหารแป้ง น้ำตาล ไขมัน ควบคุมน้ำหนักและขนาดรอบเอวไม่ให้เกินค่าปกติ รวมทั้งต้องเคร่งครัด และฟังพหูอื่นในการฉีดอินซูลินทุกเช้า-เย็น

โรคเบาหวานยังมีผลทำให้เกิดความรู้สึกกลัวสิ่งที่กลัว ได้แก่ กลัวถูกตัดขา ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุกลัวมาก นับเป็นความสูญเสียที่ใหญ่หลวงมากเกิดภาพลักษณ์ของความพิการ น่าเกลียด ด้วยคำซึ่งตรงกับการศึกษาของ Price ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีความกลัวการถูกตัดเท้ามาก และคุณภาพชีวิตต่ำ²⁰ นอกจากนี้ยังมีความกลัวต่อภาวะน้ำตาลต่ำ โดยบรรยายถึงความรู้สึกน่ากลัวไว้ว่า เหมือนจะตาย

พบว่าสัมพันธ์กับงานวิจัยของ Naemiratch¹² ที่ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า ภาวะน้ำตาลต่ำเป็นภาวะที่อาจทำให้เป็นลมได้ หรือเสียชีวิตได้ และรู้สึกวุ่นวายกว่าภาวะน้ำตาลสูง ซึ่งไม่มีอาการเฉียบพลัน ภาวะน้ำตาลต่ำจึงน่ากลัวมาก²¹ ภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นที่น่ากลัว เช่นเกี่ยวกับการศึกษาที่ผ่านมา คือ ไตวาย เพราะลงท้ายด้วยการฟอกไต ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง และเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย คุณภาพชีวิตลดลง ผลกระทบอีกอย่างหนึ่งที่มีผู้สูงอายุไม่ค่อยกล่าวถึง คือ โรคเบาหวานทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง และนำไปสู่ความแตกร้างของชีวิตคู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Naemiratch and Manderson¹² ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานบอกด้วยเสียงสั่น น้ำตาลลว่า โรคเบาหวานทำให้หมดความรู้สึกทางเพศ เป็นปัญหาใหญ่มากสำหรับผู้ชาย และรู้สึกว่าเป็นวงจรที่ก่อให้เกิดปัญหานี้ขึ้นกับตน

อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้อาจเฉพาะเจาะจงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรม สภาพแวดล้อม และอาหารของพื้นที่ภาคเหนือต่อความคิด และการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจากงานวิจัยอื่นกล่าวโดยสรุป มุมมองการป่วยของผู้สูงอายุเบาหวานมีความแตกต่างจากมุมมองของบุคลากรทางสุขภาพในหลายประการ และคล้ายคลึงบ้างในบางประการ เป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับพื้นฐานความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วยเบาหวาน การมองกันคนละมุมมอง และไม่ได้บูรณาความรู้ร่วมกันอาจทำให้การสร้างความตระหนักในการควบคุมโรคไม่ได้ผล นอกจากนี้อาจมีปัจจัยจากการขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานของบุคลากรสุขภาพด้วยเช่นกัน จึงทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้อง และโน้มน้าวให้

ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการควบคุมโรคเบาหวานอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง เพื่อผลลัพธ์ที่ลดภาวะแทรกซ้อนลดการใช้ยา ประหยัดค่าใช้จ่าย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรวางกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการสร้างแรงจูงใจ นำติดตามในการให้ความรู้ที่ถูกต้อง และเสริมสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างจริงจังมากขึ้น รวมทั้งคำนึงถึงพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เหมือนกัน

2. ส่งเสริมพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จนเกิดความมั่นใจในตนเองและสามารถถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและญาติได้อย่างถูกต้องแม่นยำ

3. ควรนำข้อมูลที่ได้ในเชิงลึกนี้ไปใช้ในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยทั้งวัยผู้สูงอายุและปรับใช้ในวัยผู้ใหญ่ เพื่อให้ผู้เรียนได้ตระหนักเห็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในมุมมองที่แตกต่างจากการเรียนรู้ตามทฤษฎีที่เป็นอยู่

4. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นฐานในการทำวิจัยต่อไปเพื่อศึกษาผลการรับรู้การเป็นโรคเบาหวานนี้ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกองทุนรัชดาภิเษกสมโภชน์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี เป็นอย่างสูงที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พศ. 2550. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี; 2551.
2. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พศ. 2544-2547. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2547.
3. Hangan P, Dall T, Nikolov P. Economic costs of diabetes in the US. in 2000. *Diab Care* 2003; 26(3): 917-32.
4. เทพ หิมะทองคำ, และคณะ. ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: จูนพลับลิชชิ่ง; 2548.
5. Luyas GT. An explanatory model of diabetes. *West J Nur Res* 1991; 13: 681-93.
6. Huttlinger K, Krefling L, Drevdahl D, Tree P, Baca E, Benally A. Doing batter: A metaphoric analysis of diabetes mellitus among Navajo people. *Am J Occup Ther* 1992; 46: 706-12.
7. Hjelm KP, Isacson A, Apelqvist J. Belief about health and illness essential for self-care practice: A comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females. *J Adv Nur* 1999; 30: 1147-59.
8. Saleh SN. **Immigrant patients with diabetes: How they understand, learn to manage and live with their diabetes.** Uppsala: Uppsala University; 2001.
9. Hörnsten Å. **Experiences of diabetes care-patients' and nurses' perspectives.** Umeå Umeå University; 2004.
10. Hörnsten Å, Sandström H, Stenlund H, Lundman B. Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2 diabetes. *Diab Res Clin Pract* 2005; 68: 65-74.
11. Ratanasuwan T, Indharapakdi S, Promrer R, et al. Health belief model about diabetes mellitus in Thailand: The culture consensus analysis. *J Med Assoc Thai* 2005; 88(5): 623-31.
12. Naemiratch B, Manderson L. **Lay explanations of type 2 diabetes in Bangkok, Thailand.** *Anthrop Med* 2007; 14(1): 83-94.
13. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, สารีณีย์ กฤตยานันท์, อัญชลี วรรณภิญโญ. การสร้างและทดสอบความตรงของเครื่องมือเพื่อใช้วัดความรู้ทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารเภสัชศาสตร์ไทย* 2547; 28(1-2): 17-29.
14. Coffey A, Atkinson P, **Making sense of qualitative data, complementary research strategies.** Sage, Thousand Oaks, London.
15. จิราภรณ์ มณีวุฒิกุล ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษารูปแบบกลุ่มโดยเภสัชกรในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูล จังหวัดนครศรีธรรมราช (วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
16. Pongmesa T, Li SC, Wee HL. A comarison of diabetes knowledge among residents in Bangkok and other provinces of Thailand. National Singapore; 2007.
17. Loewe R, Freeman J. Interpreting diabetes mellitus: Differences between patient and provider models of diabetes and their implications for clinical practice. *Cult Med Psy* 2000; 24: 379-401.
18. อังกูร ภาวสุทธิไพสิฐ, รัตนาภรณ์ อวิพันธ์, กนกพร นีวัฒน์นันท์, และคณะ. การบูรณาการแบบจำลองการอธิบายโรคสำหรับดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยเภสัชกรคลินิก. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล* 2552; 19(1): 28-42.
19. Arcury TA, Skelly AH, Gesler WM, Dougherty MC. Diabetes menaing among those without diabetes: Exploratory models of immigrant Latinos Latin in rural North Carolina. *Soc Sci Med* 2004; 59: 2183-93.
20. Price P. The Diabetic foot: Quality of life. *Clin Infect Dis.* 2004; 39: s129-31.
21. Skinner T, Hampson SE. Personal models of diabetes in relation to self care, well-being, and glycemc control: A prospective study in adolescence. *Diab Care* 2001; 24: 823-33.

The View of Illness among Older Persons with Diabetes Mellitus

Tassana choowattanapakorn Ph.D.*

Saipin Suriyawong M.N.S.**

Abstract: Diabetes mellitus is becoming a constantly increasing common chronic disease. Although many projects focus on solving this growing health problem, it still remains illusive. The important factors are that some right and wrong knowledge and practice of older persons on diabetes mellitus. The differences of understanding of the illness and the health behaviors between persons with diabetes and health professionals are also now being to explore.

This study combined quantitative and qualitative approaches that investigated the view of older persons with diabetes in Chiang Rai Province, Thailand. Quantitative data were collected from 100 purposive sampling questionnaires. Data from questionnaire were analyzed by frequency and percentage. Findings revealed that most older persons had high levels of knowledge about diabetes mellitus and self care behaviors ($\bar{X} = 17.92$). Content analysis was used to describe qualitative data from 20 in-depth interviews. Five themes with subthemes emerged: 1) Perceived causes: eating sweet food and monosodium glutamate, excessive eating, caused by genetics 2) Perceived disease: no cure but not serious, dry and wet diabetes, reduced energy, causes severe complications 3) Effects to life: no effects, suffering and stressful, need to comply to the regimen 4) Fearful: fear of amputation, hypoglycemia and hyperglycemia, and kidney complications 5) Decrease in sexual drive

Findings confirm that the understanding of illness on diabetes mellitus from qualitative data were not related to knowledge measured by the questionnaire. Furthermore, the view of the illness was considerably different from the health professional's view. It is suggested that health professionals should be more diligent for educating and promoting diabetic elders on self care behaviors. Management was also found to require more awareness of individual belief that might affect to self care behavior.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(4) 96-107

Keyword: Diabetes mellitus, Illness, Older persons

*Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Email: tassana.c@chula.ac.th

**Registered Nurse, Chiang Rai Prachanukro Hospital