

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้วิจัยได้ค้นคว้าและศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. โรคเบาหวาน
2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
3. ความร่วมมือในการรักษา
4. การรับรู้ความสามารถตนเอง
5. ความฉลาดทางสุขภาพ
6. การเสริมสร้างศักยภาพและแนวคิดในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วย

1. โรคเบาหวาน

1.1 คำจำกัดความของโรคเบาหวาน (American Diabetes Association, 2012)

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง

1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554)

(1) มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

(2) การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose, FPG) พบค่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ขึ้นไป ให้ตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่งต่างวันกัน

(3) การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 g Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ใช้สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงแต่ตรวจพบ FPG น้อยกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถ้าระดับพลาสมา กลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลังการตรวจ OGTT มีค่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตรขึ้นไป ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในประเทศไทยยังไม่แนะนำให้ใช้ ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) สำหรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน เนื่องจากยังไม่มี การสอบเทียบมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพของ เครื่องมือที่ใช้ตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ที่เหมาะสมเพียงพอและค่าใช้จ่ายในการ ตรวจยังสูงมาก

1.3 ประเภทของโรคเบาหวาน

การจำแนกประเภทของโรคเบาหวานของสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาและ องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งตามสาเหตุและพยาธิสรีรวิทยาในการเกิดโรคเบาหวาน ได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ดังนี้

- โรคเบาหวานชนิดที่ 1 หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากการทำลายเซลล์เบตา ของตับอ่อน ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดจาก autoimmune ส่วนน้อยจะไม่ทราบสาเหตุ
- โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับ ความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน ซึ่งเป็นโรคเบาหวานที่พบได้มากที่สุด

1.4 แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน

ปัจจัยสำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษา ด้วยยา

- (1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- (2) การรักษาด้วยยา ทั้งยาเม็ดรับประทาน และ/หรือ ยาฉีดอินซูลิน

1.5 ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดมีหลายกลุ่ม ซึ่งจะกล่าวถึงกลุ่มยาที่มีการใช้มาก ดังนี้

- (1) Sulfonylurea เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน จึงใช้ได้ ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน ยากลุ่มนี้สามารถใช้เป็นยาเดี่ยวหรือใช้ร่วมกับยา กลุ่มอื่นเพื่อเสริมฤทธิ์ในการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) พบได้บ่อยมากโดยเฉพาะผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ป่วยที่เป็นโรคตับหรือโรคไตร่วมด้วย

ปัจจุบันมีการสังเคราะห์ยาชนิดใหม่ๆที่มีความแรงมากกว่าประสิทธิภาพดีกว่าและเกิดผลข้างเคียงน้อยกว่า ยาในกลุ่ม Sulfonylurea เช่น glibenclamide และ glipizide เป็นต้น (Nolte, 2009; Lacy et al., 2010)

(2) Non – sulfonylurea เป็นกลุ่มยาที่การออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนได้เช่นเดียวกับกลุ่ม sulfonylurea แต่มีสูตรโครงสร้างต่างกับกลุ่ม sulfonylurea รวมทั้งมีการออกฤทธิ์ได้เร็วกว่า sulfonylurea ยากลุ่มนี้สามารถใช้เป็นยาเดี่ยวหรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่นเพื่อเสริมฤทธิ์ในการรักษา และเนื่องจากยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ได้เร็ว จึงควรใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลหลังอาหารสูงกว่าปกติ โดยให้รับประทานก่อนอาหารประมาณ 10 -15 นาที อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) พบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุรวมถึงผู้ป่วยที่เป็นโรคตับหรือโรคไตร่วมด้วย แต่อัตราการเกิดนั้นพบน้อยกว่ายากลุ่ม sulfonylurea ยาในกลุ่มนี้ เช่น repaglinide และ mitiglinide เป็นต้น (Nolte, 2009; Lacy et al., 2010)

(3) Biguanides ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ metformin ซึ่งยามีผลลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยลดการสร้างกลูโคสจากตับ เพิ่มการนำกลูโคสเข้าเซลล์กล้ามเนื้อ และเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อต่ออินซูลิน อาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์ในทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ ท้องเสีย ไม่สบายท้อง เป็นต้น (Lacy et al., 2010)

(4) α - Glucosidase Inhibitors ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ α -glucosidase ที่ brush border ของลำไส้เล็กเป็นหลัก เมื่อเอนไซม์เหล่านี้ถูกยับยั้งการย่อยน้ำตาลโมเลกุลคู่เป็นโมเลกุลเดี่ยวที่พร้อมจะถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายจึงช้าลง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง โดยเฉพาะน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นหลังมื้ออาหารซึ่งเกิดจากการดูดซึมน้ำตาลกลูโคสจำนวนมากจากระบวนการย่อยคาร์โบไฮเดรต สำหรับอาการข้างเคียง ได้แก่ ท้องอืด ปวดท้อง ท้องเสีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ยาในกลุ่มนี้ เช่น acarbose และ voglibose (Fujisawa et al., 2005)

(5) Thiazolidinediones ยากลุ่มนี้มีผลลด insulin resistance โดยมีการออกฤทธิ์เป็น PPAR γ agonist อาการข้างเคียงที่สำคัญ คือ plasma volume expansion ดังนั้นการใช้ยากลุ่มนี้ควรมีการติดตามเรื่องของการบวม น้ำ ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น pioglitazone (Betteridge, 2011)

1.6 ผลกระทบจากโรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและปัญหาโรคเรื้อรังที่สำคัญ เนื่องจากโรคเรื้อรังดังกล่าวจะมีผลกระทบใน 3 ด้านหลักๆ ดังนี้

(1) ด้านคลินิก (clinical outcomes)

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและโรคทางหลอดเลือด ทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554) และยังเป็นสาเหตุการตายสูงในผู้สูงอายุ โดยข้อมูลจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายในผู้สูงอายุ ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 28.8 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2534 เป็น 66.7 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2546 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

(2) ด้านเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes)

โรคเบาหวานมีผลต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยพบว่า จากการคาดประมาณการสูญเสียรายได้จากผลผลิตประชาชาติ (GDP) ของประเทศไทย จากหัวใจ อัมพาต และเบาหวาน ในปี พ.ศ.2549 ประมาณ 4,200 ล้านบาท และในอีก 10 ปี ข้างหน้า พ.ศ. 2558 (หากยังคงมีการเพิ่มของปัญหาเช่นเดียวกับเมื่อก่อนปี พ.ศ.2547) จะมีการสูญเสียสะสมเป็นประมาณ 52,150 ล้านบาท แต่ถ้ามีการป้องกันควบคุมโรคดังกล่าวได้ จะลดการสูญเสียรายได้ผลผลิต ร้อยละ 10 - 20 จากการสูญเสียทั้งหมด (นิตยา พันธุเวช และ นุชรี อาบสุวรรณ, 2552) และจากงานวิจัยของถาวร สกุลพานิชย์ (2554) เรื่องผลสัมฤทธิ์การให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในอนาคตในช่วงปี พ.ศ. 2554 – 2564 พบว่าการให้บริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป ภายใต้การจัดบริการของ 3 กองทุน (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากองทุนประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ) ครอบคลุมผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้นประมาณ 62.2 ล้านคน จากการประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุภายใต้การดูแล 3 กองทุนนี้ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2565 คาดว่าจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นถึง 3.62 เท่าและสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมของทุกกลุ่มอายุ

(3) ด้านความเป็นมนุษย์ (humanistic outcomes)

จากรายงานเรื่องการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years Loss: DALYs Loss) ซึ่งเป็นหน่วยเท่ากับการสูญเสียช่วงอายุของการมีสุขภาพที่ดีไปจำนวน 1 ปี พบว่าเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย โดยเพศหญิง คิดเป็นจำนวน 267,158 DALYs loss และเพศชาย คิดเป็นจำนวน 168,372 DALYs (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอัตราทุพพลภาพ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ซึ่งตามแนวทางของสมาคม

โรคเบาหวานของสหรัฐอเมริกากำหนดว่าต้องควบคุมระดับ HbA_{1c} ได้ตามเป้าหมาย คือ น้อยกว่าร้อยละ 7 (American Diabetes Association (ADA), 2011) ทั้งนี้จากข้อมูลของ ADA พบว่าการลดระดับ HbA_{1c} ได้ร้อยละ 1 สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular complications) ได้ร้อยละ 40 (ADA, 2011) และจากการศึกษาของ United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) พบว่าการลดระดับ HbA_{1c} ได้ร้อยละ 1 สามารถลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานได้ร้อยละ 21 ลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) ได้ร้อยละ 14 และลดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้ร้อยละ 37 (Stratton et al., 2000) ดังนั้นจึงจำเป็นที่ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องเข้าใจถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้

แต่จากสถานการณ์โรคเบาหวานในปี พ.ศ.2552 ของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ หมายถึง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่ำกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีร้อยละ 37 (ลัดดา คำกริการเลิศ, 2553) พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ดังในการวิจัยเชิงพรรณนา ของทรศนีย์ สิริวิวัฒนพรกุล และคณะ (2550) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเก้ายิ้ว จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้แบบสอบถามผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 249 ราย ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และในการวิจัยเชิงพรรณนา ของนพคุณ ชรรยงค์ (2552) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลไทรย้อย อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 56 ราย ผลการศึกษาพบว่าอายุและพฤติกรรมการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

3. ความร่วมมือในการรักษา

ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ความร่วมมือในการรักษา (Adherence) หมายถึง ระดับพฤติกรรมการรับประทานยาของบุคคล รวมทั้งการรับประทานอาหาร และ/หรือ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับคำแนะนำที่ตกลงร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์ (WHO, 2003)

3.1 ความสำคัญของความร่วมมือในการรักษา

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดการรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในจากการที่เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างฉับพลันและเรื้อรัง รวมทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2554)

จะเห็นว่าความร่วมมือในการรักษาจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและวิถีชีวิตของผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน ดังนั้นถ้าพิจารณาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในด้านต่าง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการมาตรวจตามนัด เป็นต้น สำหรับในการวิจัยนี้มีการวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานใน 2 ด้าน คือ ความร่วมมือในการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด

3.2 ความร่วมมือในการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในเป้าหมายการรักษาเช่นกัน ดังในการศึกษาของปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และคณะ (2550) เรื่องความร่วมมือในการใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด: กรณีศึกษา ณ พิเศษอายุรกรรม โดยเก็บข้อมูลการใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 1,814 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และจากการศึกษาแบบย้อนหลังของ Rhee et al.(2005) ที่ศึกษาการรับบริการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเวลา 1 ปี พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลงทุกร้อยละ 25 จะเพิ่มระดับของ HbA_{1c} ได้ร้อยละ 0.34

3.3 เครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยา (adherence) (อรรณพ หิรัญดิษฐ์, สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) 2551)

เครื่องมือในการวัดแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

(1) เครื่องมือที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน adherence ในการใช้ยา ประกอบด้วย self report และ visual analog scale เครื่องมือประเภทนี้ถ้าต้องการให้ได้ค่าที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ควรให้ผู้ป่วยประเมินตนเองในช่วงเวลาสั้นๆ เช่น 1-2 สัปดาห์เนื่องจากถ้าประเมินในระยะเวลาที่นานๆ เช่น 1 - 2 เดือน ค่าที่ได้อาจมีแนวโน้มสูงกว่าค่าจริง รายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชนิด ดังนี้

- Self report ข้อดีของเครื่องมือนี้ คือ ง่ายและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยการใช้คำถามย้อนไปถึงการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่การถามย้อนเวลาจะไม่เกิน 1 สัปดาห์และเป็น

คำถามที่ได้คำตอบทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาที่ครั้ง และ ไม่รับประทานยาเพราะเหตุใด สำหรับข้อเสียของวิธีนี้คือ อาจไม่ได้ข้อมูลหรือคำตอบที่เป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยอาจจำเหตุการณ์ไม่ได้ หรือไม่ตอบตามจริง นอกจากนี้แนวโน้มของร้อยละ adherence ในการใช้ยาอาจต่ำ เนื่องจากเป็นการถามในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของร้อยละ adherence ในการใช้ยาทั้งหมดได้

- Visual analog scale (VAS) ข้อดีของเครื่องมือนี้คือ ทำได้สะดวก ประหยัดเวลา และใช้กับผู้ป่วยเด็กได้ เครื่องมือนี้ประเมิน adherence ในการใช้ยา โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย “X” บนเส้นตรงให้ตรงกับตำแหน่งที่ตรงกับความร่วมมือในการใช้ยาของตนเองมากที่สุด โดยเส้นตรงที่กำหนดให้มีความยาว 10 เซนติเมตร ด้านซ้ายมือสุดเป็นคะแนน 0 และขวามือสุดเป็นคะแนน 100 ซึ่งคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาได้จากการวัดความยาวจากปลายด้านคะแนน 0 จนถึงตำแหน่งที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย เมื่อได้ความยาวแล้วแปลงเป็นหน่วยมิลลิเมตร ค่าที่ได้คือ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย สำหรับข้อเสียของวิธีนี้ คือ อาจได้ค่าความร่วมมือในการใช้ยาสูงเกินจริง เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเอง

(2) เครื่องมือที่ผู้ป่วยไม่ได้เป็นผู้ประเมิน adherence ในการใช้ยา ประกอบด้วย pill count reminder card และข้อมูลการมาตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือข้อมูลการมาตรวจติดตามผล ซึ่งเครื่องมือประเภทนี้ ผลการประเมินที่ได้มีทั้งสูงเกินความเป็นจริงหรืออาจต่ำกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้ขึ้นกับวิธีการวัด รายละเอียด ดังนี้

- Pill count ข้อดีของวิธีนับเม็ดยา คือ ง่าย สะดวก เสียค่าใช้จ่ายน้อย ที่สำคัญ คือ จะได้ค่าที่ใกล้เคียงความจริง เนื่องจากไม่ต้องอาศัยความจำของผู้ป่วย และหากทำการนับเม็ดยาโดยไม่ได้บอกให้ผู้ป่วยทราบ จะทำให้ได้ค่าที่แม่นยำและน่าเชื่อถือมากขึ้น ข้อเสีย คือ วิธีนี้ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าจำนวนยาที่หายไป เป็นจำนวนที่ผู้ป่วยรับประทานจริงหรือไม่ และหากผู้ป่วยไม่นำยามาด้วยก็ไม่สามารถใช้วิธีนี้ได้

- Medication reminder card เป็นการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยลงบันทึกเวลาเมื่อรับประทานยา ข้อมูลที่ได้จะสัมพันธ์กับวิธีการนับเม็ดยา แต่ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ไม่สามารถใช้กับผู้ป่วยบางกลุ่มได้ เช่น มีปัญหาการมองเห็น อ่านหรือเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้ป่วยที่ไม่สะดวกในการพกพาสมุดบันทึกติดตัว ผู้ป่วยเด็กเล็กที่ไม่สามารถลงข้อมูลได้ เป็นต้น

- ข้อมูลที่เป็นผลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือข้อมูลการมาตรวจตามนัด

- ผลการมาตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์นิยมใช้ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยและใช้ประเมินความร่วมมือในการรักษาหรือการใช้ยาได้สะดวก

เนื่องจากมีข้อมูลอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วยอยู่แล้ว ตัวอย่างผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นต้น

- ข้อมูลการมาตรวจตามนัด เช่น ข้อมูลการมาตรวจของผู้ป่วยว่ามาตรงตามวันที่นัดหรือไม่และความสม่ำเสมอในการมาตรงตามนัดของผู้ป่วย (repeat prescription) เป็นต้น ซึ่งหากผู้ป่วยมาไม่ตรงนัด อาจแปลได้ว่าผู้ป่วยขาดยา แต่หากไม่ขาดยา ก็อาจแปลได้ว่า ผู้ป่วยอาจรับประทานยาไม่ถูกต้อง จึงมียาเหลืออยู่ หรืออาจได้ยามาจากแหล่งอื่น เป็นต้น ซึ่งวิธีนี้โดยเฉพาะยังขาดความน่าเชื่อถือในการวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

4. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Bandura, 1997)

4.1 ความหมายการรับรู้ความสามารถตนเอง

การรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการแสดงพฤติกรรมบางอย่างให้สำเร็จได้ โดยบุคคลจะต้องถูกสอนหรือฝึกให้เกิดความสามารถทางพฤติกรรม (behavioral capability) เพื่อให้รู้ว่าเขาจะต้องทำอะไรและทำอย่างไร โดยสร้างให้เกิดความมั่นใจว่าตนสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ ซึ่งแนวทางการพัฒนาความสามารถตนเองมี 4 แนวทาง ได้แก่

(1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery learning) แนวทางนี้จำเป็นจะต้องมีการฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะทำสิ่งเหล่านั้นได้ และเมื่อมีประสบการณ์ความสำเร็จแล้ว บุคคลจะเกิดความพยายามในการทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายได้

(2) การเรียนรู้จากการใช้ตัวแบบ (Vicarious learning) เป็นการให้บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบที่มีผลต่อความรู้สึกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะทำสิ่งนั้นได้ นั่นคือ เลือกให้บุคคลสังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายตนเอง โดยให้ตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่ได้รับผลที่พึงพอใจ จึงเป็นการช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลได้

(3) การชักจูงด้วยวาจา (Verbal persuasion) เป็นแนวทางที่ใช้ง่ายแต่อาจไม่ค่อยได้ผลดี ทำโดยการบอกกับบุคคลนั้นว่า เขามีความสามารถประสบความสำเร็จในผลที่ต้องการได้ แต่ถ้าจะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนได้ผลดี อาจใช้แนวทางนี้ร่วมกับแนวทางการเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยค่อยๆสร้างความสามารถร่วมกับการใช้คำพูดในการชักจูง

(4) การกระตุ้นด้านอารมณ์ (Emotional arousal) เป็นการสร้างสถานการณ์ในลักษณะที่เป็นการบังคับ ช่มชู่ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองแต่การกระตุ้นในลักษณะที่

รุนแรงอาจทำให้ผู้ถูกกระตุ้นภาวะเครียด วิตกกังวลมากขึ้น เกิดความไม่มั่นใจและทำไม่ได้ในสิ่งที่ที่คิด ซึ่งจะนำไปสู่การไม่ประสบความสำเร็จในผลที่ต้องการ

โดยสรุป เมื่อบุคคลเกิดความมั่นใจในความสามารถตนเองก็จะมีแรงจูงใจที่จะเผชิญกับอุปสรรค อดทน มีความพยายามที่จะทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง มักจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย กระตือรือร้น ต้องการความสำเร็จสูง ใช้ความพยายามมุนานกว่าบุคคลที่รับรู้ตนเองมีความสามารถต่ำและจะไม่หลีกเลี่ยงหรือทอดทิ้งเมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ที่สำคัญการรับรู้ความสามารถของตนเองไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะที่มีอยู่ขณะนั้น แต่ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของเขาว่าสามารถทำสิ่งใดได้ด้วยทักษะที่มีอยู่ นั่นคือบุคคลที่มีทักษะชนิดเดียวกันภายใต้สถานการณ์ที่เหมือนกันอาจจะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งแตกต่างกันไป

สำหรับงานวิจัยที่กล่าวถึงการทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่น การศึกษาของสวคล โกสิย์ไกรนิรมล และคณะ (2552) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเอง ต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวของลำไส้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุม หรือในการศึกษาที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่นในการศึกษาของเนติ สุขสมบุรณ์ (2548) เรื่องผลการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการอบรมตามโปรแกรมการอบรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการอบรม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

4.2 เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง ที่พบจะเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีของแบนดูรา สำหรับในโรคเบาหวานนั้น จะเป็นแบบทดสอบที่วัดการรับรู้ความสามารถในด้านต่างๆที่จำเป็นในผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และติดตามการรักษา เป็นต้น ดังเช่นในการศึกษาของเนติ สุขสมบุรณ์ (2548) เรื่องผลการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนแบบประเมินที่พบในต่างประเทศ มีชื่อว่า “Self – Efficacy for Diabetes” ของ Stanford Patient Education Research Center ซึ่งพัฒนาจากทฤษฎีของแบนดูราเช่นกัน ซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลาย และมีการทดสอบแล้วในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 186 ราย ได้ค่า Internal Consistency Reliability เท่ากับ 0.828 แบบทดสอบนี้มีข้อความทั้งหมด 8 ข้อ มีการให้คะแนนโดยแต่ละข้อมีคำตอบแบบ 10 - point likert scale โดย 1 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย และ 10 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด

5. ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy)

5.1 นิยามความฉลาดด้านสุขภาพ

ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ (WHO, 1998)

นิยามของดอน นัทบีม หมายถึง สมรรถนะของบุคคล ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (Nutbeam , 2008) เป็นคำนิยามที่มีการนำมาใช้มากที่สุด ซึ่งเน้นเรื่องสมรรถนะและทักษะ ของบุคคล นอกจากนี้ดอน นัทบีม ได้แบ่งความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและความเข้าใจทั้งด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นและเกี่ยวข้องในชีวิตประจำวัน เช่น การอ่านฉลากยา (medical label) การปฏิบัติตัวและการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด เป็นต้น

- ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ communicative/ interactive health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐาน รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม การเลือกใช้อินเทอร์เน็ตข่าวสารด้านพฤติกรรมสุขภาพ

- ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและจัดการกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้

5.2 การใช้คำที่เกี่ยวข้องกับ Health literacy มีหลายคำ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) ดังนี้

(1) ความแตกฉานด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นคำนิยามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลได้ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก คือ ทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้คืออยู่เสมอ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

(2) การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นคำที่เกี่ยวกับการดำเนินงาน ด้านการสื่อสารซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

(3) ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่ใช้โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นคำที่ใช้ในด้านการศึกษา เมื่อกล่าวถึง literacy ในด้านสุขภาพ

(4) ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่ใช้ในโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

5.3 ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) บุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง (DeWalt et al., 2004) จากการศึกษาของกองสุขศึกษาพบว่า คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) (2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) (4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) (5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ (6) การจัดการตนเอง (self-management) (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

5.4 เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพ (นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร และ เดช เกตุฉ่ำ, กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ประเภทของเครื่องมือที่ใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยตรง 2) แบบสอบถามที่วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพด้วยตนเอง และ 3) แบบวัดค่าประมาณความฉลาดทางสุขภาพของประชากร โดยเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพดังกล่าว มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยตรง (Direct testing of patient's abilities) แบบวัดดังกล่าวเป็นแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพโดยตรงซึ่งประกอบด้วยแบบวัด 9 แบบ ได้แก่

1.1 Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)

ใช้เพื่อประเมินผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ โดยคำศัพท์ต่างๆ เหล่านั้นเป็นคำศัพท์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยจะถูกให้อ่านคำทั้งหมดต่างๆ โดยจะให้คะแนนตามการอ่านออกเสียงที่ถูกต้อง คะแนนจำแนกตามระดับการศึกษา ข้อจำกัดที่สำคัญของการนำเครื่องมือ REALM ไปใช้ คือ มีจำนวนคำศัพท์ค่อนข้างมากและผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับการออกเสียงของคำศัพท์แต่ละคำอย่างถูกต้อง

1.2 Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine Shortened (REALM-S)

ใช้เพื่อประเมินผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์เช่นเดียวกัน แต่มีความกระชับของเครื่องมือมากกว่า แบบทดสอบทั้งในข้อ 1.1 และ 1.2 เป็นแบบทดสอบที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป ซึ่งยังไม่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กและเยาวชน

1.3 Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALM-Teen)

ใช้เพื่อประเมินเยาวชนที่มีข้อจำกัดด้านทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์

1.4 Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults (SAHLSA)

ใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ภาษาสเปนเป็นภาษาหลักซึ่งมีข้อจำกัดทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์

1.5 The Medical Achievement Reading Test (MART)

ใช้เพื่อวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ หรือมีการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายและกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน คำศัพท์ที่ใช้ในแบบทดสอบถูก

คัดเลือกจากหลากหลายต่างๆ และคำศัพท์จากพจนานุกรมทางการแพทย์ โดยพิจารณาจากระดับความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ

1.6 Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

ใช้เพื่อประเมินความเข้าใจในการอ่านและความสามารถในการคำนวณ

1.7 Test of Functional Health Literacy in Adults shortened (S - TOFHLA)

ปรับจากแบบทดสอบ TOFHLA ให้มีข้อคำถามลดลงเพื่อใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยในความสามารถด้านการอ่านในสถานการณ์ หรือสื่อต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับทางการแพทย์และระบบสุขภาพ

1.8 Hebrew Health Literacy Test (HHLT)

ใช้เพื่อวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ภาษาฮีบรูในระบบสุขภาพเป็นหลัก โดยพัฒนาจากแบบวัด S - TOFHLA และแปลเป็นภาษาฮีบรู

1.9 Newest Vital Sign (NVS)

ใช้เพื่อคัดกรองผู้มีข้อจำกัดด้านการอ่านและความเข้าใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข เน้นประเมินใน 3 ด้าน คือ ความสามารถในการอ่านการแปลความหมายและความสามารถในการคำนวณ โดยวัดจากการตอบสนองกับสถานการณ์ของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นสถานการณ์จำนวน 6 ข้อ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการทดสอบเฉลี่ย 2.9 นาที และจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพ

2. แบบสอบถามที่วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพด้วยตนเอง (Self-report abilities)

ใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ป่วยทำการประเมินสถานการณ์หรือประเมินความมั่นใจตามสถานการณ์หรือข้อคำถาม ประกอบด้วย

2.1 Set of Brief Screening Questions (SSBQ)

ใช้เพื่อวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาในการสื่อสารและการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ เนื้อหาต่างๆที่เป็นข้อคำถามในแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การใช้บริการระบบสุขภาพ (navigating the healthcare system) การกรอกข้อมูลทางการแพทย์ (completing medical forms) การปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ (following medication instructions) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ (interacting with providers) และการอ่านใบนัดแพทย์ (reading appointment slips) ซึ่งประกอบด้วย คำถามจำนวน 16 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การให้คะแนนของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น 2 ลักษณะ คือ ความถี่ในการปฏิบัติและความมั่นใจ มีการจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพ

เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีทักษะไม่พอเพียงหรือระดับต่ำ กลุ่มที่มีทักษะค่อนข้างต่ำ และกลุ่มที่มีทักษะเพียงพอ

2.2 Functional Communicative and Critical Health Literacy Scales (FCCHL)

ใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ Nutbeam โดย Ishikawa, Takeuchi and Yano (Isikawa et al., 2008) วัตถุประสงค์สำคัญของแบบสอบถามคือ เพื่อวัดความสามารถของผู้ป่วยในการทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในระบบสุขภาพหรือโรงพยาบาล เพื่อใช้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลและจัดการกับสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบของแบบสอบถาม FCCHL มีจำนวน 3 องค์ประกอบคือ Functional health literacy จำนวน 5 ข้อ, Communicative health literacy จำนวน 5 ข้อ และ Critical health literacy จำนวน 4 ข้อ รวมคำถามทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความฉลาดทางสุขภาพด้วยตนเอง มีการให้คะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน และคำนวณคะแนนตามองค์ประกอบ

2.3 e - Health Literacy Scale (eHEALS)

ใช้วัดความสามารถของบุคคลในการใช้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเองในกลุ่มประชากรในภาพรวม มีองค์ประกอบของแบบสอบถามประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ Traditional, Information, Health, Computer, Media และ Scientific literacy รวมคำถามทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ข้อจำกัดที่สำคัญของแบบสอบถามคือ ไม่มีการรายงานคะแนน วิธีการคำนวณคะแนนหรือการจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพ

3. แบบวัดค่าประมาณความฉลาดทางสุขภาพของประชากร (Proxy population measures of health literacy) เพื่อใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มประชากรในประเทศ ซึ่งค่าที่วัดได้จากเครื่องมือจะนำไปประมาณหรือใช้เป็นตัวแทนระดับความฉลาดทางสุขภาพของประชากร แบบวัดในกลุ่มนี้ประกอบด้วย

3.1 Demographic Assessment of Health Literacy (DAHL)

ใช้แบบสอบถาม S-TOFHLA และแบบจำลองทางสถิติโดยใช้ตัวแปรเชิงประชากรมาใช้ประมาณค่าความฉลาดทางสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกา ตัวแปรที่ใช้ประมาณค่า ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา เชื้อชาติ แบบวัดนี้มีประโยชน์มากในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการขาดความรู้ หรือการมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3.2 National Assessment of Adult Literacy (NAAL)

ใช้วัดและทำความเข้าใจระดับของความฉลาดทางสุขภาพของประชากรชาวอเมริกันที่มีอายุมากกว่า 16 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ มิติทางคลินิก (สารสนเทศด้านสุขภาพและบริการทางสุขภาพ) มิติการป้องกันสุขภาพและมิติการใช้บริการระบบสุขภาพ

3.3 Health Activities Literacy Scale (HALS)

ใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของประชากรชาวอเมริกันที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป คำถามทั้งหมดจะถูกให้รหัสเป็น 2 ลักษณะ คือ คำถามที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และจำแนกตามองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ คือ การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันสุขภาพ (Health protection) การป้องกันโรค (Disease protection) การดูแลสุขภาพและการจัดการโรค (Healthcare and disease management) และการใช้บริการระบบสุขภาพ (Systems navigation)

3.4 Adult Literacy and Life Skills Survey (ALLS)

ใช้สำรวจความฉลาดทางสุขภาพของประชากรชาวแคนาดาที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไปด้วยการปรับแบบสอบถาม HALS ซึ่งแบบวัด ALLS นี้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบเช่นเดียวกับแบบสอบถาม HALS

5.5 เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ที่พบจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่

- Functional, Communicative and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) เป็นแบบทดสอบที่พัฒนาเพื่อใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ Nutbeam โดย Ishikawa, Takeuchi and Yano (Ishikawa et al., 2008) ซึ่งรายละเอียดของเครื่องมือได้กล่าวไปแล้วในหัวข้อเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพ

- Literacy Assessment for Diabetes (LAD) พัฒนามาจากแบบวัด Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) (Nath, et al., 2001) ที่เน้นทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์

6. การเสริมสร้างศักยภาพและแนวคิดในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วย

6.1 ความหมายของคำที่นำมาใช้เกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพ

(1) ศักยภาพ (potentiality)

ประกอบด้วย คำว่า ศักย (อ่านว่า สัก - กะ - ยะ) หมายถึง อาจ หรือสามารถ และ ภาพ หมายถึง ภาวะ หรือความมี ความเป็น ดังนั้น คำว่า ศักยภาพ หมายถึง พลังคุณสมบัติ หรือความสามารถที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล และสามารถพัฒนาให้ปรากฏได้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2553)

(2) การสร้างเสริมพลัง (empowerment)

- คำว่า empower เกิดจากการรวมตัวของคำ 2 คำ คือคำว่า em และ power คำว่า em (หรือ en) หมายถึง "การทำให้เกิดขึ้น" เมื่อนำมารวมกับคำว่า power ที่แปลว่า "พลัง" จึงเกิดคำว่า "empower" ซึ่งมีความหมายว่า "ทำให้เกิดพลัง" หรือ "สร้างเสริมพลัง" "Empowerment" เป็นคำนามของกริยา empower จึงแปลว่า "การสร้างเสริมพลัง"

- การสร้างเสริมพลัง คือ การทำให้เกิด ทำให้มี ทำให้ตระหนัก ทำให้เชื่อมั่น ทำให้ได้ใช้ ได้พัฒนา "ศักยภาพ" ที่มีอยู่ในตน ให้แปรรูปออกมาเป็นพลังที่สร้างสรรค์ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2552)

(3) การเสริมพลังสร้างสุขภาพ (Health Empowerment)

หมายถึง กระบวนการวิธีที่จะให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2552)

จากความหมายของคำที่นำมาใช้เกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพ สรุปได้ว่า

การเสริมสร้างศักยภาพ (empowerment) คือ การกระตุ้นเร้าให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักในศักยภาพที่ตนมีและดึงศักยภาพนั้นออกมาใช้อย่างเต็มที่และเต็มใจ เพื่อปรับปรุงพัฒนาวิถีชีวิต วิธีการทำงาน ให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งผลสำเร็จที่เกิดขึ้นนี้จะมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

6.2 ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (ลัดดา คำภิการเลิศ, 2553)

ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตามคู่มือการจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และยั่งยืน นอกจากนี้ยังมีการจำแนกผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากแม้ผู้ป่วยจะเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานเหมือนกันแต่ระดับความรุนแรงของโรคไม่

เหมือนกัน รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีหรือไม่ มากน้อยแตกต่างกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายย่อมมีข้อแตกต่างและต้องให้ความสนใจในเชิงลึกมากขึ้นแตกต่างกันด้วย ดังนั้นการจำแนกผู้ป่วยตามศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (ตาราง 1 และ ตาราง 2) จะมีประโยชน์ในกรณีที่มีจำนวนผู้ป่วยมากแต่มีความจำกัดด้านจำนวนและภาระงานของผู้ให้บริการ ซึ่งจะทำให้ผู้ให้บริการสามารถวางแผนมุ่งเน้นที่จะให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหา มาก่อน ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวานบางราย แม้ไม่ได้เข้มงวดในการควบคุมอาหารและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาก รวมถึงใช้ยาขนาดต่ำ ยังคงสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี จึงสามารถนัดมารับยาด้วยความถี่ที่ห่างกว่าได้ หรือผู้ป่วยเบาหวานบางรายมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดสมอง หรือ หัวใจหรือไตวายแล้ว จึงจำเป็นต้องได้รับยาหรือการดูแลด้านอื่นๆ มากกว่าผู้ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

ตาราง 1 การจำแนกผู้ป่วยตามศักยภาพการดูแลตนเอง

กลุ่มผู้ป่วย	หลักเกณฑ์พิจารณา			
	ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)	พฤติกรรมสุขภาพ: การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด	โรคหรือภาวะที่พบร่วม: ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน/น้ำหนักเกิน การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่	ภาวะแทรกซ้อน: ตา ไต เท้า หัวใจ สมอง
กลุ่มไม่ เร่งด่วน (สีเขียว)	70-130	พฤติกรรมดีทั้งหมด	ไม่มีโรคหรือภาวะที่พบร่วม	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
กลุ่มเร่งด่วน ปานกลาง (สีเหลือง)	131-200	พฤติกรรมบางอย่างต้อง ปรับเปลี่ยน	มีโรคหรือโรคหรือภาวะที่พบ ร่วม 1 อย่าง	มีภาวะแทรกซ้อน 1 อย่าง
กลุ่มเร่งด่วน (สีแดง)	< 70 หรือ > 200	พฤติกรรมส่วนมากต้อง ปรับเปลี่ยน	มีโรคหรือโรคหรือภาวะที่พบ ร่วมมากกว่า 1 อย่าง	มีภาวะแทรกซ้อน 2 อย่างขึ้นไป

ตาราง 2 แนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มที่จำแนกตามระดับศักยภาพการดูแลตนเอง

กลุ่ม	แนวทางการให้การดูแล
กลุ่มไม่เรื้อรัง (สีเขียว)	ไม่มีความจำเป็นเร่งด่วน ดูแลตามปกติ
กลุ่มเรื้อรังปานกลาง (สีเหลือง)	ควรติดตามดูแลปัญหาอย่างเป็นองค์รวมเมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษา
กลุ่มเรื้อรัง (สีแดง)	ควรติดตามดูแลปัญหาอย่างเป็นองค์รวมอย่างเร่งด่วน และควรมีการเยี่ยมดูแลที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งประสานให้เกิดการดูแลโดยแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพหรือส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพหรือส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยนั้น พบว่า มีการใช้คำที่เกี่ยวข้องหลายคำ เช่น การเสริมสร้างศักยภาพ (empowerment) (มินตรา สาระรักษ์, 2553) การส่งเสริมการดูแลตนเอง (self - care promotion) (วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ, 2551) การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง (the development of self - care) (ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์, 2544) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) (ผลทิพย์ ปานแดง, 2549; ชนิษฐา สุรเดชาวุธ, 2553) และการเพิ่มพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเอง (empowerment in self - care) (อุรา สุวรรณรักษ์, 2541) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้เรื่องการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในหลายด้าน เช่น ด้านการศึกษา การบริหารบุคลากรในองค์กร รวมทั้งทางด้านสาธารณสุข

สำหรับการเสริมสร้างศักยภาพ ในด้านสาธารณสุข พบว่างานวิจัยต่างๆ มีกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มโรค ทฤษฎีที่ใช้ รูปแบบกิจกรรม รูปแบบงานวิจัย และผลของการสร้างเสริมศักยภาพ ดังนี้

(1) กลุ่มเป้าหมายและกลุ่มโรค: มีการนำแนวทางการพัฒนาศักยภาพหรือการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในหลายกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (มินตรา สาระรักษ์, 2553) กลุ่มตัวผู้ป่วย (อุษา ทศนวิน และคณะ, 2553 ; Ninf et al., 2011; เนติสุขสมบูรณ์ และคณะ, 2548 ; ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์, 2548) และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย (ผลทิพย์ ปานแดง, 2549) เป็นต้น เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี (ชนิษฐา สุรเดชาวุธ, 2553) ผู้ป่วยสูงอายุ (ณาดยา เกரியงไกรอุดม และทัศพร ชูศักดิ์, 2551) ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (งานสุขศึกษา โรงพยาบาลบ้านบึง, 2552) และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์, 2548) เป็นต้น

กลุ่มโรค : มีการศึกษาในหลายโรค โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง เนื่องจากต้องมีการดูแลสุขภาพและต้องใช้จ่ายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เช่น โรคเบาหวาน (นงลักษณ์ อิงคมนตรี และคณะ, 2554) โรคจิตเภท (ผลทิพย์ ปานแดง, 2549) เป็นต้น

(2) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง : พบว่า มีการใช้หลายทฤษฎีเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ทฤษฎีของโอเร็มและทฤษฎีของกิบสัน โดยทฤษฎีของโอเร็มให้ความสำคัญเรื่องการดูแลตนเองและระบุนว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่เป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย สำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพนั้น กล่าวถึงความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self – care requisite) เช่น การแสวงหาบริการสุขภาพ การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา ฟันฟู และป้องกันโรค การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค และการยอมรับภาวะสุขภาพ เป็นต้น โดยกำหนดเป้าหมายทางด้านสุขภาพ คือ เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับอันตรายต่างๆ (Orem, 1991) ตัวอย่างการศึกษาที่ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม เช่น การศึกษาของ วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2551) เรื่องรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป้าหมายการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น และในการศึกษาของภาวนา กิรติคุณวงศ์ (2548) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระดับความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและค่าน้ำตาลสะสม โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาเป็นกรอบแนวคิด เน้นการเพิ่มสมรรถนะของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านกระบวนการคิดและการฝึกทักษะในการจัดการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม

สำหรับทฤษฎีของกิบสัน (Gibson, 1995) นั้นกล่าวถึงการทำให้บุคคลค้นพบและตอบสนองความต้องการของตนเอง สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งมีกระบวนการทางสังคมช่วยสนับสนุน จนบุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจากทฤษฎีของกิบสันในการเสริมสร้างศักยภาพจะใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) และการคงไว้ซึ่งวิธีปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ตัวอย่างการศึกษาที่น่าทึ่งของทฤษฎีของกิบสัน มาใช้ได้แก่ การศึกษาของชนินญา สุระเดชาวุธ (2553) เรื่องการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล โรงพยาบาลหนองแขง จังหวัดสระบุรี โดยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาในผู้ป่วย 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า

ขั้นตอนสำคัญในการทำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การทำให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักและยอมรับปัญหาสุขภาพว่าเป็นปัญหาที่ตนต้องทำการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งการศึกษาที่พบการนำทฤษฎีของโอเร็มและทฤษฎีของกิบสัน มาเป็นกรอบแนวคิดนั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาของกลุ่มพยาบาล

(3) รูปแบบกิจกรรม : พบว่า มีการนำกิจกรรมต่างๆมาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ตัวอย่างกิจกรรม เช่น กิจกรรมการให้ความรู้แบบกลุ่ม (ศตวรรษ สันประสิทธิ์ และ สิทธิวรรณ พรรณวงษ์, 2550) และกิจกรรมการให้คำปรึกษา (ปัญญา อู่ประเสริฐ, 2547; ปิยามลย์ อาษาสันติสุข และคณะ, 2552) เป็นต้น

(4) รูปแบบการวิจัย : พบว่า มีการศึกษาหรือวิจัยในหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เช่น การศึกษาของดวงสมร นิลตานนท์ และ จุฬารัตน์ โสตะ (2553) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย การศึกษาของณาดยา เกรียงไกรอุดม และ ทศพร ชูศักดิ์ (2551) เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านวังคาง ตำบลสำโรงชัย อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ การศึกษาของศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์ (2544) เรื่องผลของการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการศึกษาของศิริวรรณ ชัตติยวิทยากุล (2553) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลละลมใหม่พัฒนา อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา และการวิจัยแบบทดลอง เช่น การศึกษาของศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์ (2548) เรื่องผลของการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนที่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษาของชนิษฐา สุระเดชาวุธ (2553) เรื่องการพัฒนาระบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล โรงพยาบาลหนองแขง จังหวัดสระบุรี

(5) ผลการพัฒนาศักยภาพ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างหรือพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆด้วยรูปแบบต่างๆ นั้น มีการพัฒนาศักยภาพในด้านนั้นๆเพิ่มขึ้น เช่น ในงานของ วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2551) เรื่องรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน มีการควบคุมชนิดและปริมาณอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่องดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด หรืองานของ นงลักษณ์ อิงคมนตรี และคณะ (2554) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการ

รับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาในการรับประทานยา มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาในการรับประทานยา มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับโปรแกรม ในงานของผลทิพย์ ปานแดง (2549) เรื่องผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท หลังผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สรุปการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพหรือส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า การศึกษาที่ผ่านมาเน้นทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นที่บทบาทของผู้ให้บริการเป็นหลัก โดยเน้นที่การให้ความรู้เป็นสำคัญ และยังไม่มีการบูรณาการที่ชัดเจนในการสร้างความตระหนักให้ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่เป็นแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุมหรือเปรียบเทียบ ผลการศึกษาที่ได้จึงมีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าแบบที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย (patient empowerment) ที่มีการรวบรวมและสรุปโดย Loukanova และคณะ (2007) โดยแนวคิดนี้เน้นการใช้กระบวนการที่ชัดเจนในการทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักในศักยภาพที่ตนมี และเข้าใจว่าตนเองเป็นผู้ที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตน รวมทั้งดึงศักยภาพนั้นออกมาใช้อย่างเต็มที่และเต็มใจ รวมทั้งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม

6.4 แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วย

แนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Patient Empowerment (Loukanova et al., 2007)

ซึ่งสรุปนิยามของการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยว่า

“Definition : Patient Empowerment is a continuous process through which patients (and patient groups) work in partnership with the healthcare system to enable patients to become more responsible for, and involved in, their treatment and healthcare. Empowerment enhances the provider - patient relationship by developing the patient’s own skills and promoting a more balanced partnership in decision making.”

การเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง (ภาพที่ 1) เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วย โดยพัฒนาทักษะและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบมีส่วนร่วม และตัดสินใจในการรักษาและดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งแบ่งศักยภาพผู้ป่วยได้เป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานที่นำสู่การเสริมสร้างศักยภาพ กิจกรรมการสร้างเสริมศักยภาพและผลลัพธ์จากการสร้างเสริมศักยภาพ ได้แก่

1. Antecedents to empowerment หมายถึง ปัจจัยเบื้องต้น พื้นฐาน ที่มาของแต่ละคน ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีปัจจัยพื้นฐานต่างกัน ก็จะทำให้กระบวนการที่ใช้เสริมสร้างศักยภาพต้องแตกต่างกันไปด้วย

ซึ่งปัจจัยที่แตกต่าง ประกอบด้วย

- Knowledge ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น แนวทางและทางเลือกในการรักษา รวมทั้งข้อดีข้อเสียของแต่ละแนวทาง

- Health literacy ได้แก่ ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเข้าใจและอธิบายเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ที่แสดงถึงการวินิจฉัยโรค อาการ รวมทั้งยาที่ใช้ได้

- Patient initiative ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วย

- Access to services and drugs ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือเทคโนโลยีการแพทย์ที่จำเป็นต่างๆ

2. Activities for empowerment หมายถึง รูปแบบหรือกิจกรรมในการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดศักยภาพ โดยเป็นกิจกรรมระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วย ดังนี้

- Information sharing ได้แก่ ผู้ให้การรักษามีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยาแก่ผู้ป่วย

- Doctor - patient communication ได้แก่ การสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย ช่วยตรวจสอบข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยเข้าใจถูกต้องหรือไม่และให้ผู้ป่วยทบทวนข้อมูลที่จำเป็น

- Choice ได้แก่ ผู้ให้การรักษาบอกทางเลือกในการรักษา รวมทั้งข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือกให้ผู้ป่วยทราบ

- Shared decision making ได้แก่ ผู้ป่วยร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการรักษาหรือการใช้ยา โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ป่วยกับมาตรฐานในการรักษา

3. Outcomes from empowerment หมายถึง ผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพ โดยใช้กิจกรรมต่างๆตามที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ ได้แก่

- Health status หมายถึง ภาวะสุขภาพซึ่งโดยทั่วไปมีทั้งด้านบวก คือ การมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ดีที่เป็นที่ต้องการหรือเป็นปกติ (Optimum or desired health, healthiness or healthy) กับ

ภาวะสุขภาพที่ไม่เป็นที่ต้องการ ไม่สมบูรณ์ ไม่ปกติ หรือทุกขภาพ (undesired, unhealthy or ill-health) สำหรับผลลัพธ์ของการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยเบาหวานนั้น จะประเมินว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น มีภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือไม่ โดยอาจดูจากข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

- Patient satisfaction หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ ในที่นี้ได้แก่ กระบวนการหรือกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วย

- Self - efficacy หมายถึง การรับรู้และเข้าใจว่าตัวผู้ป่วยเองเป็นผู้มีบทบาทสำคัญและมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

- Adherence หมายถึง ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษา โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและตัดสินใจในการรักษาอย่างเต็มที่

ภาพ 1 The circle of patient empowerment (Loukanova et al., 2007)

