

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

Factors Associated with Health Behaviors of Type 2 Diabetes Patients in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital, Chumphon Province

ชนิษฐ ชาญชัย

Kanit Chanchai

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

Chumphon Khet Udomsakdi Hospital

DOI: 10.14456/dcj.2026.31

Received: October 20, 2025 | Revised: April 22, 2026 | Accepted: May 2, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2567 จำนวน 249 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปที่เป็นตัวแปรกลุ่มกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ (ต่ำ ปานกลาง และสูง) ใช้สถิติไคกำลังสอง (Chi-squared test) ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยนำ คะแนนปัจจัยเอื้อ คะแนนปัจจัยเสริม และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ คะแนนปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ($r=0.42$, 95% CI=0.25-0.55) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับค่อนข้างสูง ($r=0.54$, 95% CI=0.32-0.62) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ($r=0.50$, 95% CI=0.35-0.65) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับค่อนข้างสูง ($r=0.57$, 95% CI=0.30-0.65) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง การเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป

ติดต่อผู้พิมพ์: ชนิษฐ ชาญชัย
อีเมล: kanit.fon@gmail.com

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the factors associated with health behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital, Chumphon Province, Thailand. The study included 249 patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus who attended the outpatient clinic at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital between October 1 and December 31, 2024. Data were collected using a structured questionnaire consisting of personal characteristics, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and health behaviors related to diabetes management. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to summarize the data. The associations between categorical demographic variables and health behavior levels (low, moderate, and high) were analyzed using the Chi-squared test. The relationships between scores for predisposing, enabling, and reinforcing factors and health behavior scores were examined using Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient. The results showed that most participants had low levels of health behaviors for diabetes management. In addition, the scores for predisposing, enabling, and reinforcing factors were significantly associated with health behavior scores. Perceived diabetes knowledge demonstrated a moderate positive correlation with health behavior scores ($r=0.42$, 95% CI=0.25–0.55). Perceived self-efficacy in diabetes management showed a relatively high positive correlation ($r=0.54$, 95% CI=0.32–0.62). Access to diabetes-related health information was moderately positively correlated with health behavior scores ($r=0.50$, 95% CI=0.35–0.65), whereas social support demonstrated a relatively high positive correlation ($r=0.57$, 95% CI=0.30–0.65). The findings provide baseline information for planning interventions to promote health behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus. Interventions should emphasize improving diabetes-related knowledge, enhancing self-efficacy, increasing access to diabetes-related health information, and strengthening social support to develop appropriate health promotion strategies for patients and the general population.

Correspondence: Kanit Chanchai

E-mail: kanit.fon@gmail.com

คำสำคัญ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2; ปัจจัยนำ; ปัจจัยเอื้อ; ปัจจัยเสริม; การรับรู้ความสามารถตนเอง

Keywords

type 2 diabetes; predisposing factors; enabling factors; reinforcing factors; self-efficacy

บทนำ

รายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยทั่วโลกแล้ว 537 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.5 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน และคาดว่าจะจำนวนจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 643 ล้านคน ในปี 2573 และ 783 ล้านคนในปี 2588 ตามลำดับ

และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานมีส่วนทำให้มีผู้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุก ๆ 5 วินาที⁽¹⁾ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิต

จากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน คิดเป็นอัตราตาย 25.1 ต่อแสนประชากร⁽²⁾

ข้อมูลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอกจำแนกตามกลุ่มโรค ในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร พบว่าโรคเบาหวาน เป็นโรคที่พบผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งยังพบอัตราป่วยใหม่ของโรคเบาหวาน ต่อแสนประชากรในช่วง 4 ปีมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยระหว่าง ปี 2563-2566 มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 564.06, 571.34, 571.12 และ 573.08 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และยังพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานระหว่างปี 2563-2566 เท่ากับร้อยละ 5.52, 5.96, 6.34 และ 6.88 ซึ่งสูงขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี คิดเป็นร้อยละ 32.16, 35.06, 32.06 และ 32.16 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดว่ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40⁽³⁾

จากข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า แม้จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่สัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในพื้นที่ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ทั้งนี้ข้อมูลจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association)⁽⁴⁾ ชี้ให้เห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ส่วนหนึ่ง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพ และการขาดการติดตามตนเองอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้งานวิจัยก่อนหน้านี้ยังพบว่าปัจจัยหลายประการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยสามารถอธิบายได้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE Framework ซึ่งจัดกลุ่มปัจจัยออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ ทักษะในการดูแลตนเอง และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการควบคุมโรค และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางสาธารณสุข และชุมชน ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับดี มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มที่ขาดปัจจัยดังกล่าว⁽⁵⁻⁶⁾

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำกรอบแนวคิด PRECEDE Framework⁽⁷⁻⁸⁾ ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)⁽⁹⁻¹⁰⁾ และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)⁽¹¹⁻¹⁴⁾ มาใช้เป็นแนวทางโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey research) ดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และมารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 2,736 คน

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Daniel⁽¹⁵⁾ สำหรับการประมาณค่าสัดส่วนในประชากร โดยกำหนดจำนวนประชากรในการวิจัย (N) เท่ากับ 2,736 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 6 เดือน และมารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z=1.96$) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) เท่ากับ 0.05 และกำหนดค่าสัดส่วน (P) = 0.20⁽¹⁶⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง 226 ราย จากนั้นเพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจากการถอนตัวหรือการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน⁽¹⁷⁾ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 249 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และมารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

2. สามารถอ่านออก เขียนได้ หรือฟังและเข้าใจภาษาไทย

3. สม่ัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ย้ายสถานพยาบาลหรือไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

2. ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนในวันเก็บข้อมูล

เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการวิจัย (Discontinuation criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ประสงค์ถอนตัวจากการศึกษา ในระหว่างดำเนินการวิจัย สามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือสิทธิในการรับบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ด้านคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มสุรา คำถามเป็นลักษณะการเลือกคำตอบและเติมข้อความ จำนวน 7 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบข้อมูลเกี่ยวกับตัวเองที่เป็นจริงให้มากที่สุด

ส่วนที่ 2 ก.ปัจจัยนำด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามประเมินความรู้ ความจำ ความเข้าใจ และการนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ข้อคำถามแต่ละข้อจะมีระดับความเป็นจริง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือก 4 ระดับของลิเคิร์ต⁽¹⁸⁾ ซึ่งกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ โดยข้อคำถามเชิงบวก กำหนดคะแนนจาก 4 ถึง 1 คะแนน ได้แก่ จริงแน่นอน=4 คะแนน จริง=3 คะแนน ไม่จริง=2 คะแนน และไม่จริงแน่นอน=1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบใช้การให้คะแนนแบบกลับทิศ (Reverse Scoring) กล่าวคือ จริงแน่นอน=1 คะแนน จริง=2 คะแนน ไม่จริง=3 คะแนน และไม่จริงแน่นอน=4 คะแนน เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของเบนจามิน บลูม⁽¹⁹⁾ การแปลผลคะแนนความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้ที่มีคะแนนร้อยละ 80-100 (33-40 คะแนน) จัดอยู่ในระดับความรู้มาก ผู้ที่มีคะแนนร้อยละ 60-79 (25-32 คะแนน) จัดอยู่ในระดับความรู้ปานกลาง และผู้ที่มีคะแนนร้อยละ 0-59 (10-24 คะแนน) จัดอยู่ในระดับรู้น้อย

ข. ปัจจัยนำด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ สร้างขึ้นโดยการประยุกต์ตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale)⁽¹⁸⁾ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงบวกกำหนดคะแนนจาก 1-5 คะแนน ได้แก่ มั่นใจน้อยมาก=1 คะแนน มั่นใจน้อย=2

คะแนน มั่นใจปานกลาง=3 คะแนน มั่นใจมาก=4 คะแนน และมั่นใจมากที่สุด=5 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ใช้การให้คะแนนแบบกลับทิศ (Reverse Scoring) คะแนนรวมของแบบสอบถามมีค่าตั้งแต่ 15-75 คะแนน การแปลผลคะแนนดัดแปลงตามเกณฑ์ของเบนจามิน บลูม⁽¹⁹⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก มีคะแนน 60-75 คะแนน (ร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง มีคะแนน 45-59 คะแนน (ร้อยละ 60-79) และ ระดับน้อย มีคะแนน ต่ำกว่า 45 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ สร้างขึ้นโดยการ ประยุกต์ตามแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale)⁽¹⁸⁾ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงบวกกำหนดคะแนนจาก 1-5 คะแนน ได้แก่ ไม่เป็นจริงเลย=1 คะแนน เป็นจริงน้อยมาก=2 คะแนน เป็นจริงน้อย=3 คะแนน เป็นจริงส่วนใหญ่=4 คะแนน และเป็นจริงมากที่สุด=5 คะแนน สำหรับ ข้อคำถามเชิงลบใช้การให้คะแนนแบบกลับทิศ (Reverse Scoring) คะแนนรวมของแบบสอบถามมีค่าตั้งแต่ 10-50 คะแนน การแปลผลคะแนนดัดแปลงตามเกณฑ์ของ เบนจามิน บลูม (Benjamin Bloom)⁽¹⁹⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก มีคะแนน 40-50 คะแนน (ร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง มีคะแนน 30-39 คะแนน (ร้อยละ 60-79) และระดับน้อย มีคะแนนต่ำกว่า 30 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมแรงสนับสนุนที่ได้รับ ในการควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ สร้างขึ้น โดยการประยุกต์ตามแบบวัดลิเคิร์ท มีลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ข้อคำถาม แต่ละข้อจะมีระดับการได้รับแรงสนับสนุน โดยให้ กลุ่มตัวอย่างเลือก 5 ระดับ ตามแบบวัดลิเคิร์ท⁽¹⁸⁾ โดยข้อคำถามเชิงบวกกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่ได้รับ=1 คะแนน ได้รับน้อย=2 คะแนน ได้รับบ้าง=3 คะแนน ได้รับพอควร=4 คะแนน และได้รับ ส่วนใหญ่=5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบใช้การให้ คะแนนแบบกลับทิศ (Reverse Scoring) เกณฑ์การ

ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของเบนจามิน บลูม⁽¹⁹⁾ คะแนน รวมของแบบสอบถามมีค่าตั้งแต่ 15-75 คะแนน โดยแบ่งระดับการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับการได้รับแรงสนับสนุนมาก มีคะแนนตั้งแต่ 63-75 คะแนน (ร้อยละ 80-100) ระดับการได้รับแรงสนับสนุน ปานกลาง มีคะแนน 51-62 คะแนน (ร้อยละ 60-79) และระดับการได้รับแรงสนับสนุนน้อย มีคะแนนต่ำกว่า 51 คะแนน (ร้อยละ 0-59)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ข้อคำถามแต่ละข้อจะมีระดับการปฏิบัติ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือก 5 ระดับ ตามแบบวัด ลิเคิร์ท⁽¹⁸⁾ โดยข้อคำถามเชิงบวกกำหนดเกณฑ์การให้ คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติน้อยครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติกิจกรรม นั้นเลย (หรือปฏิบัติ 1-2 ครั้ง)=1 คะแนน ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (ปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3-4 ครั้ง)=2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-6 ครั้ง) =3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติกิจกรรมนั้น 7-8 ครั้ง)=4 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติกิจกรรม นั้นมากกว่า 8 ครั้ง)=5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบใช้ การให้คะแนนแบบกลับทิศ (Reverse Scoring) เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของเบนจามิน บลูม⁽¹⁹⁾ คะแนนรวมของแบบสอบถามมีค่าตั้งแต่ 15-75 คะแนน โดยแบ่งระดับการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ มีพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดี มีคะแนนตั้งแต่ 63-75 คะแนน (ร้อยละ 80-100) ระดับมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ได้ปานกลาง มีคะแนน 51-62 คะแนน (ร้อยละ 60-79) และระดับมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้น้อย มีคะแนนต่ำกว่า 51 คะแนน (ร้อยละ 0-59)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบ พร้อมวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) พบว่า ค่าดัชนีความตรงรายข้อ (I-CVI) อยู่ระหว่าง 0.67- 1.00 และค่าดัชนีความตรงทั้งฉบับ (S-CVI/Ave)

เท่ากับ 1.00

2. การทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร ซึ่งมีคุณลักษณะทางประชากรและสังคมใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 39 คน แล้วนำผลการทดสอบมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนที่ได้รับในการควบคุมและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.96, 0.71, 0.97, 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการและขั้นตอนการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1.1 ก่อนเริ่มการวิจัย ดำเนินการขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยแนบรายละเอียดของโครงการวิจัย แจกเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือยินยอมตนในการทำวิจัย เพื่อแจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทราบ

2.2 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอผลการวิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ใบรับรองเลขที่ CPH-EC-057/2567 เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การพิจารณา ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยลงนามยินยอมก่อนเก็บข้อมูล และได้รับการ

พิทักษ์สิทธิ์ โดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงการเก็บความลับของข้อมูลการไม่เปิดเผยชื่อจริง และการมีสิทธิ์ถอนตัวในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ โดยไม่มีผลใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลคุณลักษณะของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลของประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistics) ใช้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรกับระดับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติไคกำลังสอง (Chi-squared test) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยนำ คะแนนปัจจัยเอื้อ คะแนนปัจจัยเสริม และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) พิจารณาจากขนาดของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้

$-0.30 \leq r \leq 0.30$	ความสัมพันธ์ต่ำหรือแทบไม่มีความสัมพันธ์
$0.30 < r \leq 0.50$	ความสัมพันธ์ปานกลาง
$r > 0.50$	ความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 249 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.1 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 45.8 อายุเฉลี่ย 56.2 ปี (SD=15.3) อายุอยู่ในช่วง 20-89 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.6 มีระยะเวลาป่วยน้อยกว่า 5 ปี

ร้อยละ 34.9 โดยมีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 5.9 ปี (SD =15.3) อยู่ในช่วง 1–50 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 83.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 75.9 ในผู้ที่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เลิกสูบแล้ว ร้อยละ 73.3 และมีระยะเวลาเลิกสูบ 1–10 ปี ร้อยละ 54.5 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 77.5 และในผู้ที่เคยดื่มสุรา ส่วนใหญ่เลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 78.6 โดยมีระยะเวลาเลิกดื่ม 6–10 ปี ร้อยละ 45.5

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ในส่วนของปัจจัยนำแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 75.5 คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานเท่ากับ 17.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.7 และ 2) ด้านการรับรู้ความ

สามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 63.1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานเท่ากับ 41.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.9

สำหรับผลการศึกษาปัจจัยเอื้อในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 81.9 มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโรคเบาหวาน เท่ากับ 15.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.7

ด้านปัจจัยเสริมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 80.7 คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 17.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.9 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ในการควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง (n=249)

Table 1 Number and Percentage of Participants classified by Predisposing, Enabling, and Reinforcing Factors Related to Diabetes Control (n=249)

Factors	n	%
Predisposing factors		
Level of diabetes knowledge		
High (33–40 points)	21	8.4
Moderate (25–32 points)	40	16.1
Low (10–24 points)	188	75.5
(mean=17.2, SD=8.7, min=10, max=40)		
Level of diabetes self-efficacy		
High (57–71 points)	31	12.4
Moderate (43–56 points)	61	24.5
Low (15–42 points)	157	63.1
(mean=41.6, SD=10.9, min=15, max=71)		
Enabling factors		
Level of access to diabetes-related health information		
High (41–50 points)	8	3.2
Moderate (31–40 points)	37	14.9
Low (10–30 points)	204	81.9
(mean=15.8, SD=10.7, min=10, max=50)		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ในการควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง (n=249) (ต่อ)

Table 1 Number and Percentage of Participants classified by Predisposing, Enabling, and Reinforcing Factors Related to Diabetes Control (n=249) (continue)

Factors	n	%
Reinforcing factors		
Level of social support		
High (41-50 points)	30	12.0
Moderate (31-40 points)	18	7.3
Low (10-30 points)	201	80.7
(mean=17.3, SD=11.9, min=10, Max=50)		

3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 60.2 คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวาน เท่ากับ 59.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละเท่ากับ 19.7 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน (n=249)

Table 2 Number and percentage of participants classified by levels of diabetes control behaviors (n=249)

Level of diabetes self-management behaviors	n	%
High (75-94 points)	54	21.7
Moderate (57-74 points)	45	18.1
Low (20-56 points)	150	60.2
(mean=59.2, SD=19.7, min=20, max=94)		

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โรคเบาหวาน โรคร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แอลกอฮอล์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาก่อนป่วยด้วยทางสถิติ ($p>0.05$) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=249)

Table 3 Factors associated with health behaviors among patients with type 2 diabetes (n=249)

Factors	Level of diabetes self-management behaviors			χ^2	p-value
	High n (%)	Moderate n (%)	Low n (%)		
Sex				0.637	0.903
Male	13 (14.9)	54 (62.1)	20 (23.0)		
Female	32 (19.8)	96 (59.3)	34 (21.0)		
Age (Year)				5.994	0.200
18-40	7 (17.9)	26 (66.7)	6 (15.4)		
41-60	23 (24.0)	55 (57.3)	30 (26.3)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=249) (ต่อ)

Table 3 Factors associated with health behaviors among patients with type 2 diabetes (n=249) (continue)

Factors	Level of diabetes self-management behaviors			X ²	p-value
	High	Moderate	Low		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Educational level				5.797	0.215
Below lower secondary school	30 (18.6)	92 (57.1)	39 (24.2)		
Upper secondary school/	12 (23.5)	32 (62.7)	7 (13.7)		
Vocational certificate/Diploma					
Bachelor's degree or higher	3 (8.1)	26 (70.3)	8 (21.6)		
Duration of type 2 diabetes				2.182	0.702
<20 years (<20 ปี)	6 (25.0)	13 (54.2)	5 (20.8)		
21-40 years (21-40 ปี)	6 (20.7)	19 (65.5)	4 (13.8)		
>40 years (>40 ปี)	33 (16.8)	118 (60.2)	45 (23.0)		
Comorbidities				0.072	0.964
No comorbidities	7 (17.9)	23 (59.0)	9 (23.1)		
With comorbidities	38 (18.3)	126 (60.6)	144 (21.2)		
Smoking history				0.113	0.945
Non-smoker	35 (18.5)	113 (59.8)	41 (21.7)		
Smoker	10 (16.7)	37 (61.7)	13 (21.7)		
Alcohol consumption				2.267	0.322
Non-drinker	37 (19.2)	118 (61.1)	38 (19.7)		
Drinker	8 (14.3)	32 (57.1)	16 (28.6)		
Predisposing factors					
Level of diabetes knowledge				94.539	<0.05*
High (33-40 points)	42 (22.3)	131 (69.7)	15 (8.0)		
Moderate (25-32 points)	2 (5.2)	8 (19.8)	30 (75.0)		
Low (10-24 points)	1(4.7)	11(52.4)	9 (42.9)		
Level of diabetes self-efficacy				119.257	<0.05*
High (57-71 points)	43 (28.1)	96 (61.1)	17(10.8)		
Moderate (43-56 points)	1 (1.6)	51 (83.6)	9 (14.8)		
Low (15-42 points)	1 (1.6)	3 (9.7)	28 (88.7)		
Enabling factors					
Level of access to diabetes-related health information				82.396	<0.05*
High (41-50 points)	45 (22.0)	137 (67.2)	22 (10.8)		
Moderate (31-40 points)	1 (4.8)	10 (30.4)	25 (64.8)		
Low (10-30 points)	1 (12.5)	1 (12.5)	7 (75.0)		
Reinforcing factors					
Level of social support				114.472	<0.05*
High (41-50 points)	45 (22.4)	137 (68.1)	19 (9.5)		
Moderate (31-40 points)	1 (4.8)	11 (61.1)	7 (34.1)		
Low (10-30 points)	1 (1.6)	2 (6.7)	28 (91.7)		

5.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัยนำ ด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.42$, 95% CI=0.25-0.55) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.54$, 95%

CI=0.32-0.62)

ปัจจัยเอื้อ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเอื้อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.50$, 95% CI=0.35-0.65)

ปัจจัยเสริม ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.57$, 95% CI=0.30-0.65)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=249)
Table 4 Relationship between predisposing, enabling, and reinforcing factors and health behaviors among patients with type 2 diabetes (n=249)

Variables	Correlation coefficient (r)	95% CI
Predisposing factors		
Diabetes knowledge	0.42	0.25-0.55
Diabetes self-efficacy	0.54	0.32-0.62
Enabling factors		
Access to diabetes-related health information	0.50	0.35-0.65
Reinforcing factors		
Social support	0.57	0.30-0.65

วิจารณ์

ด้านปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่าคะแนนความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ที่พบอยู่ในระดับปานกลางสะท้อนให้เห็นว่าความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงจูงใจ

ทัศนคติ และปัจจัยแวดล้อม ซึ่งพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน⁽²⁰⁻²²⁾ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ประเมินความรู้ในลักษณะการรับรู้ความรู้อยู่ของตนเอง (Perceived knowledge) ด้วยมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ไม่ใช่การวัดความรู้เชิงข้อเท็จจริง (Objective knowledge) ที่มีคำตอบถูกหรือผิด ดังนั้น ผลการศึกษาจึงอาจสะท้อนระดับการรับรู้ที่ตนเองมีความรู้มากน้อยเพียงใด ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากความรู้ที่แท้จริง และอาจได้รับผลจากอคติของการรายงานตนเอง (Self-report bias)

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน พบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับค่อนข้างสูงกับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้สำเร็จ ผลการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูงอาจสะท้อนว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรค มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น เนื่องจากการดูแลโรคเบาหวานจำเป็นต้องอาศัยการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน⁽²³⁻²⁵⁾

ด้านปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าคะแนนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลโรค สามารถนำข้อมูลมาใช้ประกอบการตัดสินใจและสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁽²⁶⁻²⁷⁾ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับปานกลางนั้นสะท้อนว่า แม้การเข้าถึงข้อมูลจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ แต่การมีข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีปัจจัยร่วมอื่น เช่น ความสามารถในการทำความเข้าใจ การประเมินข้อมูล และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

ด้านปัจจัยเสริม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับค่อนข้างสูงกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากในบริบทของสังคมเอเชีย ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจช่วยเหลือ และสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง⁽²⁸⁻²⁹⁾

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 60.2) อาจเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง แต่ในบางรายอาจไม่พบอาการผิดปกติที่ชัดเจนในระยะสั้น ทำให้ขาดแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านร่างกาย ความจำ หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ ส่งผลให้การดูแลตนเองทำได้ยากขึ้น อย่างไรก็ตาม การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษาคครั้งนี้ใช้แบบสอบถามแบบรายงานตนเอง (Self-report) จึงอาจได้รับอิทธิพลจากความต้องการตอบให้เป็นที่ยอมรับทางสังคม (Social desirability bias) หรือการประเมินพฤติกรรมของตนเองที่สูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานให้มีความรู้ความเข้าใจ การใช้ทักษะในการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ สร้างความรู้และความเข้าใจที่ดีเพื่อให้บุคลากรสามารถนำไปส่งต่อให้กับผู้ป่วยและญาติได้ และเกิดประโยชน์สูงสุดกับทั้งผู้ป่วยและองค์กร อีกทั้งการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาเพื่อตอบสนองการขับเคลื่อนการเป็นองค์กร

2. ควรมีการศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริงเพื่อออกแบบกลวิธีในการให้ความรู้ คำแนะนำ การให้คำปรึกษาที่ตรงประเด็น วางรูปแบบแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน แต่ยังคงได้รับประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตัวผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเปรียบเทียบการเพื่อประเมินผลลัพธ์ให้ชัดเจนและน่าเชื่อถือ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้นหรือทดสอบประสิทธิภาพที่เหมาะสมต่อไป

2. การชักประวัติผู้ป่วยควรมีการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นในด้านศักยภาพในการดูแลตนเองและมีการร่วมกันตั้งเป้าหมายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; 2021 [cited 2024 Mar 24]. Available from: <https://idf.org/about-diabetes/resources/>
2. Ministry of Public Health (TH), Office of the Permanent Secretary. Number of new diabetes patients [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 Mar 24]. Available from: https://medinfo.dms.go.th/public-health/ncd.php?kpi_year=2566 (in Thai)
3. Ministry of Public Health (TH), Office of the Permanent Secretary. Causes of illness in outpatients classified by disease groups [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 Mar 24]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc-5d8aeee3ac3?subcatalogId=b2b59e64c4e-6c92d4b1ec16a599d882b> (in Thai)
4. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2022. Diabetes Care. 2022;45(Suppl 1):S1-S264. doi: 10.2337/dc22-SINT.
5. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care. 2000;23(7):943-50. doi: 10.2337/diacare.23.7.943.
6. Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. Health Educ Behav. 2003;30(2):170-95. doi:10.1177/1090198102251030.
7. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
8. Thirawiwat M, Imamee N. Planning of health education and health promotion projects. 1st ed. Nakhon Pathom: Petchkasem Printing Group; 2013. (in Thai)
9. Bandura A. Social Learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
10. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behavior: Theory, Research, and Practice. 5th ed. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2015.
11. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med [Internet]. 1976 [cited 2026 Jul 2];38(5):300-14. Available from: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/1976/09000/Social_Support_as_a_Moderator_of_Life_Stress.3.aspx
12. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. Annu Rev Sociol [Internet]. 1988 [cited 2024 Apr 2];14:293-318. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
13. Kahn RL. Aging and social support. In: Aging from birth to death: interdisciplinary perspective. Boulder, Colorado: Westview Press; 1979.
14. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Stamford (CT): Appleton & Lange; 1996.

15. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. 9th ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2010.
16. KaewPhokham N, BodhiAm A. Health perception related to hypertension prevention behavior of people in Yannawa Subdistrict, Sathorn District, Bangkok. *J Public Health* [Internet]. 2017 [cited 2024 Apr 2];12(4):50–6. Available from: <https://thaidj.org/index.php/phcdj/article/download/2695/2416> (in Thai)
17. Chanchai K, Therawiwat M, Vatanasomboon P, Imamee N. The effects of self-efficacy enhancement with social support on medication adherence of hypertensive patients. *Thai J Health Educ* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 2];44(1):1–16. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/muhed/article/view/246418> (in Thai)
18. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol* [Internet]. 1932 [cited 2024 Apr 2];140:1–55. Available from: https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf (in Thai)
19. Guskey TR. Closing achievement gaps: Revisiting Benjamin S. Bloom's "Learning for Mastery". *J Adv Acad*. 2007;19(1):8–31. doi: 10.4219/jaa-2007-704.
20. Phongphumma L, Himananda S. Knowledge and self-care behavior among type 2 diabetes living in Bang Sai, Mueang, Chonburi Province. *HCU J Health Sci* [Internet]. 2017 [cited 2024 Apr 2];20(40):67–80. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/article/view/149571> (in Thai)
21. Yeh J, Ostini R. The impact of health literacy environment on patient stress: a systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1–11. doi: 10.1186/s12889-020-08749-9.
22. Liu Y, Meng H, Tu N, Liu D. The relationship between health literacy, social support, depression and frailty among community-dwelling older patients with hypertension and diabetes in China. *Front Public Health*. 2020;8:280. doi: 10.3389/fpubh.2020.00280.
23. Shin YH, Hur HK, Pender NJ, Jang HJ, Kim MS. Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(1):3–10. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.03.008.
24. Lim EJ, Noh JH, Kim EY. A study of factors affecting health-promoting behaviors among young-elderly adults in urban and rural communities. *Int J Bio-Sci Bio-Technol*. 2015;7(5):367–74. doi: 10.14257/ijbsbt.2015.7.5.36.
25. Srisiri S. Application of self-efficacy program for changing health behaviors among elderly people with hypertension, Health Center 19 Wong Sawang, Bangkok Metropolitan. *J Fac Phys Educ* [Internet]. 2012 [cited 2024 Apr 2];15(Special):308–15. Available from: <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/pe/article/view/3306/3346> (in Thai)
26. Aksorndit S, Chaisombat D. Factors related to health care behaviors of hospitalized diabetic patients at Thoeng Hospital, Chiang Rai Province. *J Health Sci Scholar* [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 2];10(1):31–49. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/257334/176929> (in Thai)
27. Qin L, Xu H. A cross-sectional study of the effect of health literacy on diabetes prevention

- and control among elderly individuals with prediabetes in rural China. *BMJ Open*. 2016;6(5):e011077. doi:10.1136/bmjopen-2016-011077.
28. Abdullah A, Ng CJ, Liew SM, Ambigapathy S, Paranthaman V, Chinna K. Prevalence of limited health literacy and its associated factors in patients with type 2 diabetes mellitus in Perak, Malaysia: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10:e034968. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034968.
29. Shao Y, Liang L, Shi L, Wan C, Yu S. The effect of social support on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the mediating roles of self-efficacy and adherence. *J Diabetes Res*. 2017;2017:2804178. doi: 10.1155/2017/2804178.