

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย

กฤษฎา รัตนมงคลกูร, พย.ม.*

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, ประ.ด.**

ปรีศนา อัครณพล, ประ.ด.***

Received: November 22, 2025

Revised: August 24, 2026

Accepted: August 24, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่า HbA1c $\geq 7\%$ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 120 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.60-1 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.67 แบบสอบถามปัจจัยและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 และ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.76, SD = 0.31$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ อายุ ($r = .20, p = .02$) เพศ ($r = .28, p < .001$) ระยะเวลาการเกิดโรค ($r = .19, p = .04$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($r = .21, p = .02$) การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($r = .25, p < .001$) และการได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ ($r = .33, p < .001$) ดังนั้นควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยอาศัยกระบวนการสื่อสารและการสนับสนุนจากพยาบาล ครอบครัว และชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มชาติพันธุ์กูย

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: noinoi91@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Factors Associated with Self-Care Behaviors of Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus among Kui Ethnic Group

Kridsada Rattanamongkonkoon, M.N.S.*

Kamontip Khungtumneam, Ph.D.**

Prisana Akaratanapol, Ph.D.***

Abstract

This study aimed to examine factors associated with self-care behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus with poor glycemic control in the Kui ethnic group. The sample consisted of 120 patients with type 2 diabetes mellitus with HbA1c levels $\geq 7\%$ and met the inclusion criteria. Research instruments included a diabetes knowledge questionnaire, factors related to self-care behaviors, and a self-care behavior questionnaire. Content validity was verified by experts, yielding item-objective congruence (IOC) values ranging from 0.60 to 1.00. The reliability of the diabetes knowledge questionnaire, assessed using the Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20), was 0.67. The Cronbach's alpha coefficients for the questionnaires on related factors and self-care behaviors were 0.94 and 0.98, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and Spearman's rank correlation coefficient.

The results of the study revealed that the participants demonstrated self-care behaviors at a moderate level ($M = 1.76$, $SD = 0.31$). Overall, the factors associated with self-care behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus who were unable to control blood glucose levels in the Kui ethnic group were at a low level. These factors included age ($r = .20$, $p = .02$), sex ($r = .28$, $p < .01$), duration of illness ($r = .19$, $p = .04$), perceived susceptibility to poor glycemic control ($r = .21$, $p = .02$), perceived severity of poor glycemic control ($r = .25$, $p \leq .001$), and receiving information from others ($r = .33$, $p \leq .001$). Therefore, the focus should be on enhancing the awareness of risk opportunities and the severity of uncontrolled blood sugar levels, relying on communication processes and support from nurses, family, and the community.

Keywords: Patients with type 2 diabetes mellitus with uncontrolled blood glucose levels, Self-care behaviors, Health beliefs, Kui ethnic group

* Master Student Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

** Assistant Professor Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University; Corresponding Author E-mail: noinoi91@gmail.com

*** Assistant Professor Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีประชากรทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคนป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2573 สำหรับประเทศไทยปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สะสมจำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1.5 แสนคน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่ามีแนวโน้มอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นในปีพ.ศ. 2564 พบร้อยละ 0.52 เป็นร้อยละ 0.54 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ. 2565 (กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) จังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 10 มีสถิติอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ในปีพ.ศ. 2565-2567 พบอัตราป่วยร้อยละ 6.15, 6.55, และ 7.03 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567ก) ตำบลโพนค้อ เป็นตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 8.92 ต่อแสนประชากร และพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 71.66 ซึ่งสูงกว่าอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดศรีสะเกษ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง (โพนค้อ), 2568) ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ($HbA1c < 7\%$) เพียงร้อยละ 36.5 เท่านั้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เหงื่อออกใจสั่นเป็นลม หรืออ่อนเพลีย และอาจเกิดอาการชักหรือหมดสติได้ ภาวะเลือดข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมากนำไปสู่อาการซึม สับสน ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) นอกจากนี้ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น เกิดความเสียหายในการทำงานของตา ไต หัวใจและหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566; กรมการแพทย์, 2560) ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัดจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2566) แนะนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในด้าน 1) การรับประทานอาหาร เลือกชนิดและปริมาณอาหารเหมาะสม ลดอาหารหวานและพลังงานสูง เพิ่มผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี เนื้อไม่ติดมันหรือปลา และดื่มน้ำเพียงพอ 2) การออกกำลังกายแบบแอโรบิคระดับปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก 75 นาทีต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง 3) การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ และ 4) การจัดการความเครียดจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ดวงฤทัย ไพรบึง, 2563; พงษ์รัตน์ ไกรพรม, 2566)

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ นอกจากการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแล้ว ความเชื่อหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ซึ่งโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) กล่าวว่า การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพของตน ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยย่อยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยร่วมหรือปัจจัยส่วนบุคคล (modifying factors) ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) และปัจจัยการรับรู้ (perception) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยร่วมหรือปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคและ

การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเพศ อายุ จากการศึกษาของวิทยา เลิกสายเพ็ง (2564) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศ อายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับโรค ระยะเวลาการเกิดโรคยังมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเช่นกัน จากการศึกษาของจิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนตรินทร์ (2561) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของนุชญากร คณาภรณ์ทิพย์ (2561) พบว่า ระยะเวลาการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัว เป็นต้น จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดความพร้อมในการปฏิบัติตน สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ พักแพง (2565) พบว่า การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (perceived barriers) ที่การรับรู้สมรรถนะของตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (perceived self-efficacy) มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของมัตนา ภูมิโคกรักษ์ และคณะ (2566) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ โรคเบาหวานและการรับรู้อุปสรรคการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนการศึกษาของสาคร นันทโกวัฒน์ และนิลภา จิระรัตนวรรณ (2568) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสุพรรณษา สุวรรณสินธุ์ และรัฐพล ไกรกลาง (2566) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานเช่นกัน

จังหวัดศรีสะเกษเป็นแหล่งอารยธรรมโบราณของชนสี่เผ่า คือ กูย เยอ เขมร และลาว จึงถูกเรียกขานกันอีกชื่อหนึ่งว่า “ดินแดนสี่เผ่าไทย” โดยเชื่อว่า กลุ่มชาติพันธุ์กูยเป็นบรรพชนดั้งเดิม จึงพบว่า จังหวัดศรีสะเกษมีชุมชนที่มีกลุ่มชาติพันธุ์กูยอาศัยอยู่มากกว่าจังหวัดใด ๆ ในภาคอีสาน (บุรณ์เซน สุขคุ้ม, 2561) ตำบลโพนคืออำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษเป็นตำบลหนึ่งที่มีกลุ่มชาติพันธุ์กูยอาศัยอยู่ร้อยละ 100 ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์กูยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพต่างจากคนไทยแท้ ทั้งด้านวิถีชีวิตความเป็นอยู่ แต่งกาย วัฒนธรรมประเพณี โดยเฉพาะพิธีกรรมที่ยังมีความเชื่อผสมผสานการนับถือผีบรรพบุรุษ และยังมีความเชื่อว่าการเจ็บไข้ได้ป่วยมีสาเหตุมาจากการลบลู่เจ้าที่เจ้าทางสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือการไม่เคารพต่อผีบรรพบุรุษ (บุรณ์เซน สุขคุ้ม, 2566) ซึ่งความเชื่อเหล่านี้อาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กูย จากการลงพื้นที่ของผู้นวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลศึกษานำร่อง พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กูยในตำบลโพนค้อมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นจาก 183 คน ในปีพ.ศ. 2566 เป็น 187 คน ในปีพ.ศ. 2567 ในจำนวนนี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1C \geq 7\%$) จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 71.66 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กูยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนาและเลี้ยงสัตว์ เวลาทำนามักจะไม่ใส่รองเท้าป้องกันทำให้เกิดแผลที่เท้าได้บ่อย อาหารที่รับประทานหลักคือ ข้าวเหนียว เชื่อว่าการกินข้าวเหนียวทำให้มีแรงในการทำงานมาก กับข้าวส่วนใหญ่ซื้อจากร้านค้าในหมู่บ้านเป็นอาหารพื้นบ้านตามฤดูกาลเพราะหาง่ายราคาถูก เช่น แกงหน่อไม้ แกงเห็ด แกงขี้เหล็กใส่กะทิ ลาบต้ม ขนมหั่นบ้านที่

ชอบรับประทานทุเทศกาลสำคัญ ได้แก่ ข้าวต้มมัด ข้าวโป่ง ข้าวจี ผลไม้ที่รับประทานเป็นประจำทุกเมื่อเป็นผลไม้ประจำฤดูกาลที่ปลูกเองตามบ้าน เช่น มะม่วง แตงโม ทุเรียน น้อยหน่า กล้วย ซึ่งอาหารส่วนใหญ่ทำมาจากแป้ง กะทิและน้ำตาล ประกอบกับในช่วงทำนาประมาณช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายนของทุกปีถึงจะมีกิจกรรมทางกาย เช่น เดินไปนา หว่านปุ๋ย เกี่ยวข้าว แต่หลังจากหมดช่วงทำนาปีจะไม่มีการกิจกรรมทางกายเนื่องจากบริบทพื้นที่ไม่มีแหล่งน้ำจึงไม่สามารถทำนาปรังได้ ทำให้มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง เช่น นั่งเล่น นอนดูทีวีเป็นหลัก การรับประทานยาส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะจัดยาเอง มีลิ้มรับประทานยาบางครั้ง มีการงดยาเองบางครั้ง เช่น กินแล้วรู้สึกเหนื่อย หัวใจเต้นแรง นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าโรคเกิดจากการทำผิดศีลธรรม เช่น การล่วงเกินธรรมชาติ การไม่เคารพผีบรรพบุรุษ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำหมู่บ้าน เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยหลายคนเชื่อว่าเกิดจากการลบหลู่ผีบรรพบุรุษ ต้องไปบวงสรวงผีบ้านผีเรือน และขอขมา หรือเข้าร่วมรำผีฟ้าเพื่อรักษาอาการ การมีพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นอาจเป็นข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตและส่งผลกระทบต่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม เพื่อนำปัจจัยที่ศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่มต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

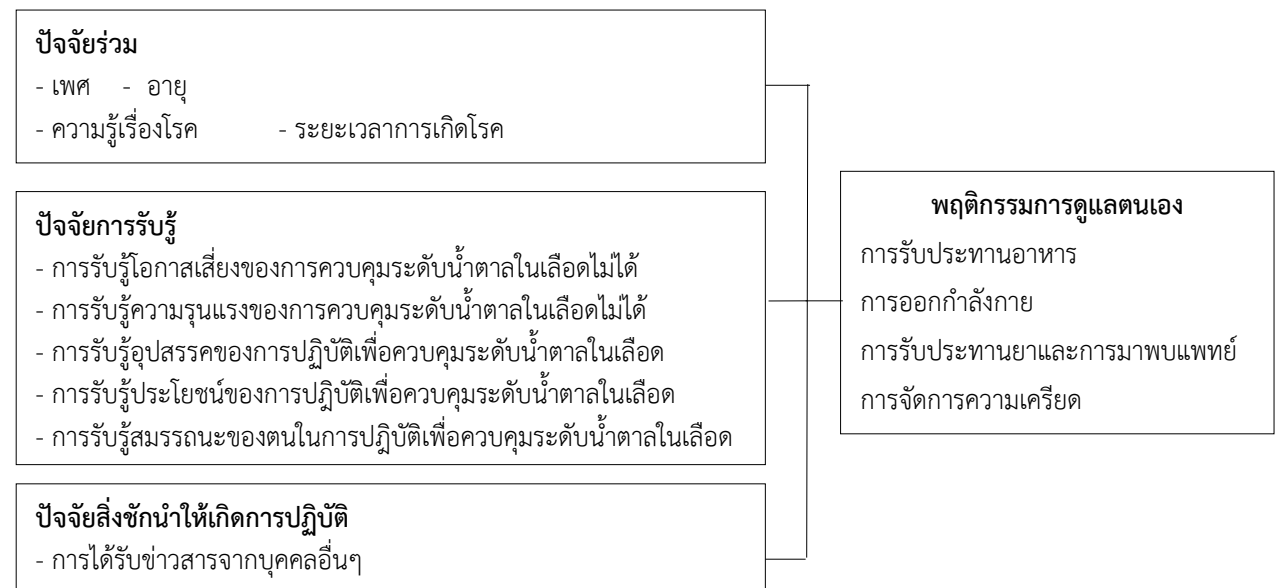
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) อธิบายถึงความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโรคและผลกระทบของโรคจะส่งผลการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันสุขภาพของตน โดยขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยร่วม 2) ปัจจัยการรับรู้ 3) ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งเป็นตัวแปรที่นำมาศึกษา ดังนี้

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) ซึ่งมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์กึ่งที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกช่วงอายุ ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโพนค้อ อำเภอมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 134 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567ก)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์กึ่งที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกช่วงอายุ ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโพนค้อ อำเภอมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยกำหนด test of family คือ t-tests statistical test คือ correlation : point biserial model กำหนดข้อมูลสำหรับคำนวณครั้งนี้ effect size $f^2 = 0.30$ (medium), α err prob = 0.05, power ($1-\beta$ err prob) = 0.95 (Cohen, 1988) แทนค่าในโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 111 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 คน ได้รับการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) มีลักษณะตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ ในระยะเวลา 12 เดือนย้อนหลังก่อนเก็บข้อมูล

2) ผู้ที่สามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้ ไม่เป็นผู้บกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน

3) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมประเมินโดยใช้

แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (mini-cog) (Borson et.al, 2000) และต้องได้คะแนนรวมมากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป

4) สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1) ผู้ที่มีอาการป่วยเฉียบพลัน มีประวัติน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือพิการจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2) ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

3) ขอยุติการตอบแบบสอบถามในระหว่างดำเนินการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน วิธีการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก หรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน แบ่งระดับคะแนน (Bloom, 1956) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้อยู่ในระดับสูง (0.80-1.00) ความรู้อยู่ในปานกลาง (0.60-0.79) และความรู้อยู่ในระดับต่ำ (0.00-0.59)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock (1974) จำนวน 60 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 ใช้เกณฑ์การประเมินผลของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (1.00-2.00) ปานกลาง (2.01-3.00) และระดับมาก (3.01-4.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 35 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 3 ไม่ปฏิบัติเลยเท่ากับ 0 ใช้เกณฑ์การประเมินผลของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (0.00-1.00) ปานกลาง (1.01-2.00) และระดับดี (2.01-3.00)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 3 คน อาจารย์พยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์กูย 1 คน หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรด้วยการคำนวณค่า IOC (index of item objective congruence) เครื่องมือทั้ง 3 ส่วน มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.60 ทุกข้อ

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 และ 0.98 ส่วนแบบสอบถาม ความรู้เรื่องโรคเบาหวานหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.67

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ เลขที่รับรอง HCU-EC1613/2568 เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2568 โดยผู้วิจัยทำการขอความ สมครใจจากกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลการศึกษาจะนำเสนอในลักษณะ ภาพรวมโดยไม่ได้ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และใช้เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึก ไม่สบายใจในการให้ข้อมูล สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้เสมอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ภายหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย นำหนังสือจากต้นสังกัด และหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย เสนอต่อนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษเพื่อ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง (โพนค้อ) เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของ การวิจัยและขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ตำบล

3. ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลประชากรจากฐานข้อมูลของผู้ป่วย โดยขอรายชื่อผู้ป่วยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง (โพนค้อ) ทำตารางสุ่มรายชื่อตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง (โพนค้อ) และพยาบาลวิชาชีพ ประสานกับ กลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในวันนัดคลินิก NCD ทุกวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน ผู้วิจัยเข้าพบ กลุ่มตัวอย่างและอธิบายรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างก่อนสอบถาม ความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจจึงให้ลงนามหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความสะดวก เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จผู้วิจัย ตรวจสอบข้อมูลความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนทำการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การพรรณนาลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลใน รูปแบบจำนวน (number) และร้อยละ (percentage) ข้อมูลด้านความรู้ ปัจจัยการรับรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเอง นำเสนอข้อมูลในรูปแบบค่าเฉลี่ย (mean) ค่าสูงสุด (maximum) ค่าต่ำสุด (minimum) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ส่วนข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยก่อนการวิเคราะห์ที่ได้ทำการ ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติและมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง รวมทั้ง ไม่พบค่าผิดปกติที่รุนแรง โดยทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov Test และพิจารณาค่าความเบ้และ ความสูงแหลม พบว่า ตัวแปร อายุ ระยะเวลาการเกิดโรค ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการได้รับข่าวสาร มีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ จึงนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ส่วนตัวแปรที่มีการแจกแจงเบ้และแหลมสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และเพศ ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น จึงพิจารณาใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนในการวิเคราะห์ต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.50 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.50 มีอายุเฉลี่ย 63.03 ปี สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.50 เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) ร้อยละ 85.80 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 5–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.30 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 69.20 และร้อยละ 84.20 ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 96.70 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าล่าสุด (FBS) อยู่ในช่วง 110–220 mg% โดยมีค่าเฉลี่ย 150.68 mg% และค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) อยู่ระหว่าง 7.0–12.5% โดยมีค่าเฉลี่ย 8.17% น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI 18.5–22.9) คิดเป็นร้อยละ 61.67 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 82.50 และไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 95.80 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	51	42.50
- หญิง	69	57.50
2. อายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	49	40.84
อายุมากกว่า 60 ปี	71	59.16
(Min = 41 ปี, Max = 86 ปี, Mean = 63.03, SD = 9.99)		
3. สถานภาพ		
- โสด	7	5.83
- หม้าย	25	20.84
- หย่า/แยก	1	0.83
- คู่	87	72.50
4. อาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	2.50
- เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)	103	85.80
- รัฐวิสาหกิจ	3	2.50
- ค้าขาย	3	2.50
- รับจ้างทั่วไป	6	5.00
- รับราชการ	2	1.70
5. ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน นับตั้งแต่แพทย์วินิจฉัย		
- น้อยกว่า 5 ปี	36	30.00
- 5-10 ปี	70	58.30
- มากกว่า 10 ปี	14	11.70
6. วิธีการรักษาที่ท่านได้รับในปัจจุบัน		
- ยาเม็ด	116	96.70
- ยาฉีด	1	0.80
- ใช้ทั้งยาเม็ดและยาฉีด	3	2.50
7. ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าล่าสุด (FPG)		
(Min = 110 mg/dL, Max = 220 mg/dL, Mean = 150.68, SD = 25.79)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมล่าสุด (HbA1c) (Min = 7.0 % , Max = 12.5 % , Mean = 8.17, SD = 1.06)		
9. ดัชนีมวลกาย (BMI)		
- น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (BMI < 18.5)	4	3.33
- น้ำหนักปกติ (BMI 18.5-22.9)	74	61.67
- น้ำหนักเกินมาตรฐาน (BMI 23-24.9)	27	22.50
- อ้วนระดับ 1 (BMI 25-29.9)	14	11.67
- อ้วนระดับ 2 (BMI ≥30 ขึ้นไป)	1	0.83
10. การดื่มแอลกอฮอล์		
- ไม่ดื่ม	99	82.50
- ดื่มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 6-7 วัน หรือเฉพาะในโอกาสพิเศษ เช่น งานสังสรรค์ งานบุญประเพณีของชุมชน)	1	0.80
- ดื่บบางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2 วัน หรือเฉพาะในโอกาสพิเศษ เช่น งานสังสรรค์ งานบุญประเพณีของชุมชน)	15	12.50
- เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว	5	4.20
11. การสูบบุหรี่		
- ไม่สูบ	115	95.80
- สูบเป็นประจำ (สูบทุกวัน หรือมากกว่า 5 มวนต่อวัน)	1	0.80
- เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกสูบแล้วในปัจจุบัน	4	3.40

2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 0.69$, $SD = 0.41$) ส่วนปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพพบว่าการได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 2.92$, $SD = 0.53$) รองลงมาการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($M = 2.91$, $SD = 0.50$) การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($M = 2.87$, $SD = 0.94$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($M = 2.81$, $SD = 0.52$) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($M = 2.77$, $SD = 0.76$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 2.63$, $SD = 0.68$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยโดยภาพรวม (n=120)

ปัจจัย	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง		M	SD	การแปลผล
	ค่า	ค่า	ค่า	ค่า			
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด			
1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	0	1	0	1	0.69	0.41	ปานกลาง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	1	4	1.30	4.00	2.91	0.50	ปานกลาง
3. การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	1	4	1.90	4.00	2.87	0.54	ปานกลาง
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	1	4	1.40	4.00	2.81	0.52	ปานกลาง
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	1	4	1.00	4.00	2.63	0.68	ปานกลาง
6. การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	1	4	1.30	4.00	2.77	0.76	ปานกลาง
7. การได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ	1	4	1.70	4.00	2.92	0.53	ปานกลาง

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.76$, $SD = 0.31$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับประทานยาและการมาพบแพทย์อยู่ในระดับดี ($M = 2.08$, $SD = 0.40$) ส่วนด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.53$, $SD = 0.36$; $M = 1.83$, $SD = 0.46$; $M = 1.61$, $SD = 0.62$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n=120)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง		M	SD	การแปลผล
	ค่า	ค่า	ค่า	ค่า			
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด			
1. การรับประทานอาหาร	0	3.00	0.30	2.40	1.53	0.36	ปานกลาง
2. การออกกำลังกาย	0	3.00	0.13	3.00	1.83	0.46	ปานกลาง
3. การรับประทานยาและการมาพบแพทย์	0	3.00	0.90	3.00	2.08	0.40	ดี
4. การจัดการความเครียด	0	3.00	0.29	3.00	1.61	0.62	ปานกลาง
รวม	0	3.00	0.78	2.63	1.76	0.31	ปานกลาง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ตัวแปรที่สามารถนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน คือ อายุ ระยะเวลาการเกิดโรค ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และการได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ พบว่า อายุ ($r = .20, p = .02$) ระยะเวลาการเกิดโรค ($r = .19, p = .04$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($r = .21, p = .02$) การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($r = .25, p < .001$) และการได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ ($r = .33, p < .001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ของปัจจัยและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($n = 120$)

ตัวแปร	พฤติกรรม	
	r	p
1. อายุ	.20	.02**
2. ระยะเวลาการเกิดโรค	.19	.04**
3. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	-.05	.51
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	.21	.02**
5. การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	.25	<.001*
6. การได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ	.33	<.001*

* $p < .01$, ** $p < .05$

ในขณะที่ตัวแปรไม่ผ่านในข้อตกลงเบื้องต้น จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .28, p < .001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ความสัมพันธ์ของปัจจัยและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงค่า Spearman's rank-order correlation coefficient ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($N = 120$)

ตัวแปร	พฤติกรรม	
	r_s	p
1. เพศ	.28	<.001*
2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	-.03	.74
3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	.00	.98
4. การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	.11	.19

* $p < .01$

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 1.76$, $SD = 0.31$) โดยพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาพบแพทย์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 2.08$, $SD = 0.40$) และพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 1.53$, $SD = 0.36$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นาทยา พิระวรรณกุล (2566) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง เนื่องจากวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กุ่มยังคงรับประทานอาหารเช้าเป็นหลัก ขนมพื้นบ้านที่ขอรับประทานทุกเทศกาลสำคัญ ได้แก่ ข้าวต้มมัด ข้าวโปง ข้าวจี เป็นต้น ซึ่งอาหารส่วนใหญ่ทำมาจากแป้ง กะทิและน้ำตาล รวมถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนในงานบุญประเพณีต่าง ๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม (บุรณ์เสน สุขคุ้ม, 2561) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นไปได้ยาก ดังข้อคำถามที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการจำกัดอาหารจำพวกแป้งและของหวาน เช่น ข้าวเหนียว ข้าวจี ขนมต้ม ข้าวต้มมัด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะเป็นอาหารประจำถิ่น ($M = 3.04$, $SD = 0.45$) และการงดดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญประเพณี หรืองานเลี้ยงเป็นเรื่องยาก เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมประเพณีในชุมชน ($M = 2.95$, $SD = 0.94$) สอดคล้องกับ Rosenstock (1974) กล่าวว่าถ้าบุคคลเห็นอุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคลดลง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม ได้แก่

เพศ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .28$, $p < .01$) เนื่องจากการดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกัน (Courtenay, 2000) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ตามบทบาททางสังคมของผู้หญิงกลุ่มชาติพันธุ์กุ่มจะทำหน้าที่ดูแลสมาชิกครอบครัว และผู้หญิงมักถูกปลูกฝังให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากกว่าเพศชาย ทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Babazadeh et al. (2023) ที่พบว่าเพศหญิงมีการตระหนักรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ดีกว่าเพศชาย จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุปรียา เสี่ยงดัง (2560) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของวิทยา เลิกสายเพ็ง (2564) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .20$, $p = .02$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.03 ปี เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ใส่ใจการดูแลสุขภาพมากขึ้น (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับวิทยา เลิกสายเพ็ง (2564) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ระยะเวลาการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .19, p = .04$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน 5-10 ปี อาจเป็นผลทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง กังวลต่อสุขภาพเจ็บป่วยเดิมที่เป็นอยู่ ซึ่งเมื่อบุคคลเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพก็จะพยายามปรับตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น (สุปรียา เสียงดัง, 2560) ดังการศึกษาของอรพินท์ พักแฝง (2565) พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ ศิริจันทร์ (2564) พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลคอนตอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .21, p = .02$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.91, SD = 0.50$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคนานกว่า 10 ปี มีความเสี่ยงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากขึ้นจากตบอ่อนทำงานลดลงและดื้อต่ออินซูลิน ($M = 3.01, SD = 0.44$) และหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมจนถึงไตวายได้ ($M = 2.99, SD = 0.45$) ทำให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al, 1977) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อตนเองจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และกิตติยา ศิลาวงศ์สุวรรณกฎ (2559) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .25, p = < .001$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.89, SD = 0.50$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เมื่อเกิดบาดแผลจะทำให้แผลหายช้า และอาจลุกลามจนต้องตัดขา ตัดนิ้วมือ นิ้วเท้าได้ ($M = 3.03, SD = 0.38$) และหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จนทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ($M = 3.01, SD = 0.44$) ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดการตระหนักถึงผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนของโรค จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจดำเนินพฤติกรรมป้องกันหรือควบคุมโรคมากขึ้น (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของไชยา ทาแดง และนิธรา กิจธีระวุฒิมงข (2563) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง โดยผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันที่ดีขึ้น

การได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .33, p = < .001$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับการได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่นๆ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.92, SD = 0.53) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การได้รับเอกสาร แผ่นพับ หรือคู่มือต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้สามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($M = 3.05, SD = 0.42$) ซึ่งสอดคล้องกับ Rosenstock (1974) ที่ระบุว่าปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำจากบุคคลรอบข้าง มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ พักแฝง (2565) พบว่า

การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา เล็กสายเพ็ง (2564) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีผลบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย ($r = -.05, p = .51$) สอดคล้องกับการศึกษาของ มัตนา ภูมิโคกรักษ์ และคณะ (2566) พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาจเนื่องจากถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้เรื่องของการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานจากบุคลากรสาธารณสุข แต่อาจมีข้อจำกัดด้านวัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย โดยเฉพาะความรู้ที่ว่าโรคเบาหวานที่เป็นสืบเนื่องมาจากผีบรรพบุรุษหรือผีไม่ดีเป็นผู้กำหนดอยู่ในระดับสูง ($M = 0.90, SD = 0.30$) ยาสมนไพรบางชนิด เช่น ยาหม้อ หรือยาของหมอพื้นบ้านบางชนิดสามารถรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดได้ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 0.65, SD = 0.47$) ซึ่งเป็นความเชื่อที่อาจมีผลต่อการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($r = -.03, p = .74$) การรับรู้อุปสรรค ($r = .00, p = .98$) และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ($r = .11, p = .19$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.81, SD = 0.52$) และมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.63, SD = 0.68$) เช่นกัน Rosenstock (1974) กล่าวว่า ถ้าบุคคลเห็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าหรือเท่ากับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคลดลงได้ เช่น กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ว่าการจำกัดอาหารจำพวกแป้ง ของหวาน เช่น ข้าวเหนียว ข้าวจี ขนมต้ม ข้าวต้มมัด จะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($M = 3.00, SD = 0.43$) แต่วิถีชีวิต ความเป็นอยู่และวัฒนธรรมการกินของชาติพันธุ์กูยอาจมีอิทธิพลมากกว่าทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี ดังข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการจำกัดอาหารจำพวกแป้งและของหวาน เช่น ข้าวเหนียว ข้าวจี ขนมต้ม ข้าวต้มมัด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะเป็นอาหารประจำถิ่น ($M = 3.04, SD = 0.45$) ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง อธิบายได้ว่ากลุ่มชาติพันธุ์กูยยังมีความเชื่อและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับผู้อาวุโสในครอบครัว ผีบรรพบุรุษมากกว่าการเชื่อมั่นในการตัดสินใจของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.77, SD = 0.76$) ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 1.76, SD = 0.31$) เช่นกัน สอดคล้องกับ Rosenstock (1974) กล่าวว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนต่ำอาจรู้สึกว่าการที่ต้องปฏิบัตินั้นยากเกินไป ส่งผลให้มีโอกาสล้มเลิกพฤติกรรมได้ง่าย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มชาติพันธุ์กูยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. บุคลากรทางการแพทย์ควรนำข้อมูลไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยควรคำนึงถึงปัจจัยด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพื่อจะได้ให้คำแนะนำให้สอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรมความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาโปรแกรมการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มชาติพันธุ์
2. ควรศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยทางวัฒนธรรม ความเชื่อพื้นบ้าน และวิถีการดูแลสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ได้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่ตรงตามบริบทมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2560). รายงานค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2565). สถานการณ์โรคเบาหวานประเทศไทย 2565. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. (2567). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ปี 2564-2566. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองตรวจราชการ. (2566). แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประเด็นที่ 5 : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (NCD) เขตสุขภาพที่ 10 รอบที่ 1/2566. ระบบตรวจราชการและนิเทศงาน (e-Inspection). <https://inspection.moph.go.th>
- จิรพรรณ ผิวนวล, และประทุม เนตรินทร์. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้วใน ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 1(2), 46-61.
- ไชยา ท่าแดง, และนิทรา กิจธีระวุฒิจ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเกาสะสมเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 40(4), 61-73
- ดวงฤทัย ไพรบึง. (2563). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(2), 286-298.
- นิตยา พิระวรรณกุล. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์, 3(3), 38-55.
- นุชญากร คณาภรณ์ทิพย์. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพสะ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง. วารสารสถาบันบาราศนราดรุณ, 12(2), 60-69.
- บุรณ์ชน สุขคุ้ม. (2566). แนวทางการนำวัฒนธรรม 4 ชาติพันธุ์จังหวัดศรีสะเกษ มาใช้เพื่อโอกาสการท่องเที่ยว. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์, 8(2), 65-78.
- พงษ์รัตน์ ไกรพรหม. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=239#posted>
- ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2569) หน้า 90

- มัตนา ภูมิโคกรักษ์, ขวัญชนก สุวรรณ, และพรทิพย์ แก้วชื่น. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 6(1), 121-133.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง (โพนค้อ). (5 กุมภาพันธ์ 2568). *ภาวะแทรกซ้อนทางตา, ไต และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของผู้ป่วยเบาหวานในโปรแกรม HOSxP PCU*.
- วิทยา เลิกสายเพ็ง. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบึงไก่อ ตำบลนาบ่อคำ อำเภอเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 2(1), 1-10.
- ศิริรัตน์ ศิริจันทร์. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 6(2), 1-13.
- สาคร นันทโกวัฒน์, และนิลาภา จิระรัตนวรรณ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 10(1), 575-586.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567ก). *ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาต่อเนื่องในโปรแกรม HOSxP PCU*.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567ข). *ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จังหวัดศรีสะเกษ อำเภอเมืองศรีสะเกษ ตำบลโพนค้อในโปรแกรม HOSxP PCU*.
- สุปรียา เสี่ยงดัง. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 191-204.
- สุพรรณา สุวรรณสินธุ์, และรัฐพล ไกรกลาง. (2566). การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มาใช้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(3), 135-146.
- อรพินท์ พักแพง. (2565). วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดี ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 7(2), 100-108.
- อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล, และกิตติยา ศิลาวัณย์สุวรรณกัญ. (2559). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 9(2), 331-338.
- Babazadeh, T., Lotfi, Y., & Ranjbaran, S. (2023). Predictors of self-care behaviors and glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus. *Frontiers in Public Health*, 10, 1031655. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1031655>
- Becker, M. H., Haefner, D. P., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Cullen, J., & Klemme, R. H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), 348-366. <https://doi.org/10.2307/2955354>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.

- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives, handbook: The cognitive domain*. David McKay.
- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The mini-cog: A cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 1021–1027. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200011\)15:11<1021::aid-gps234>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11<1021::aid-gps234>3.0.co;2-6)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Courtenay W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* (1982), 50(10), 1385-1401. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00390-1)
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. In M. H. Becker (Ed.), *Health belief model and personal health behavior* (pp. 1–8). Charles B. Slack.