ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

Factors Influencing Blood Sugar Level Control Behavior in Type 2 Diabetic Patients at Khaoyoi Hospital, Phetchaburi Province

ชมัยพร เสียงสนั่น*

Chamaiporn Siangsanan

Corresponding author: E-mail: moo1950@hotmail.com

(Received: October 4, 2024; Revised: October 10, 2024; Accepted: November 2, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเขาย้อย ซึ่งขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จำนวน 288 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเหมาะสม (61.8%) (Mean=155.67, SD.=12.59) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ประกอบด้วย 5 ปัจจัยเรียงตามลำดับที่มีอิทธิพลจากมากไปน้อยดังนี้ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) อายุ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4) เพศ และ 5) ความต่อเนื่องในการรักษา โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคิดเป็นร้อยละ 45.7 (R^2 = .457)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เช่น การให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย การถ่ายทอดทักษะและประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างและพัฒนาให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด; โรคเบาหวานชนิดที่ 2; การรับรู้ความสามารถของตนเอง; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

Abstract

Purposes : To study blood sugar level control behavior and factors influencing blood sugar level control behavior in type 2 diabetic patients at Khaoyoi Hospital, Phetchaburi Province.

Study design : Descriptive research.

Materials and Methods : The sample group consisted of patients with type 2 diabetes mellitus who received services in a diabetes clinic, Khaoyoi Hospital. There are 288 people registered for treatment in fiscal year 2023. Data were analyzed using statistics: percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, Pearson product moment correlation, and stepwise multiple regression analysis. Statistical significance was set at the .05 level.

Main findings : Most of the sample group had blood sugar level control behavior at an appropriate level, 61.8 percent (Mean=155.67, SD.=12.59). Factors influencing blood sugar level control behavior with statistical significance at the .01 level, it consists of 5 factors arranged in order of influence from most to least as follows: 1) self-efficacy, 2) age, 3) health literacy, 4) gender, and 5) treatment continuity. All factors together explained 45.7% of the variation in blood sugar level control behaviors. (R^2 = .457).

Conclusion and recommendations : Guidelines for promoting blood sugar level control behavior among patients should be developed, such as dividing groups to provide knowledge, transferring skills and experiences in controlling blood sugar level by patients who have continued success. To create and develop awareness of one's self-efficacy and health literacy in practicing behaviors to control blood sugar level sustainably.

Keywords : Blood sugar level control; Type 2 diabetes; Self-efficacy; Health literacy

*Expert professional nurse, Khaoyoi Hospital, Phetchaburi Province

บทนำ

โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี พ.ศ.2588 จะเพิ่มเป็น 783 ล้านคน โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี มีความชุกของภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มอายุ 20–79 ปี สูงถึงร้อยละ 8.3 รวมถึงมีประชากรที่มีภาวะก่อนเบาหวานสูงเป็นอันดับที่ 9 ของโลก โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียชีวิตจำนวน 16,388 คน คิดเป็นอัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง[1]

ความชุกของโรคเบาหวานวัดโดยประวัติและ Fasting plasma glucose (FPG) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 9.5 ความชุกในเพศหญิงสูงกว่าในเพศชาย (ร้อยละ 10.3 และ 8.6 ตามลำดับ) ความชุกต่ำสุดในคนอายุน้อยและเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นและสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 60–69 ปีในเพศชาย (ร้อยละ 18.6) และอายุ 70–79 ปีในเพศหญิง (ร้อยละ 24.6) จากนั้นความชุกลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ความชุกของเบาหวานวัดโดยประวัติและ HbA1c ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 11.0 ความชุกในเพศหญิงสูงกว่าในเพศชาย (ร้อยละ 12.5 และ 9.5 ตามลำดับ) ร้อยละ 30.6 ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เป็นเบาหวานมีร้อยละ 13.9 ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 47 ของผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการรักษาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเกณฑ์น้อยกว่า 130 มก./ดล. (หรือร้อยละ 26.3 ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด) ทั้งนี้ เพศหญิงมีสัดส่วนของการได้รับการวินิจฉัยการรักษาและการควบคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ได้มากกว่าในเพศชาย[2]

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง รวมถึงเป็นแผลง่าย หายยาก มีอาการชาปลายมือปลายเท้า การป้องกันโรคเบาหวานต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร เน้นผักผลไม้ที่ไม่มีรสหวานหรือหวานน้อย ธัญพืชต่างๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายให้สม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3–5 ครั้ง ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7–8 ชั่วโมงต่อวัน และไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[3]

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาซึ่งอยู่ในเขตอำเภอเขาย้อยมีทั้งสิ้น 2,216 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 30.41 ในจำนวนนี้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาย้อยจำนวน 1,269 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 33.96 พบภาวะแทรกซ้อนทางตามากถึงร้อยละ 24.48 ภาวะแทรกซ้อนทางไตมากถึงร้อยละ 24.41 ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจร้อยละ 3.53 ภาวะแทรกซ้อนทางสมองร้อยละ 5.48 และภาวะแทรกซ้อนทางเท้าร้อยละ 1.91[4]

จากสถานการณ์โรคเบาหวานและการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[5] และทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[6]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus, T2 DM) ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเขาย้อย จำนวน 1,138 คน[4] ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan[7] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 288 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยอายุ 35–85 ปี ซึ่งเข้ารับการรักษาโดยใช้ยาเม็ดรับประทานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน 3) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ตามปกติ และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ 2) ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ และการได้ยิน 3) เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิต และ 4) เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

เกณฑ์การให้เลิกการศึกษา (Discontinuation criteria) 1) มีการย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอเขาย้อยในระหว่างการศึกษาวิจัย และ 2) มีการเจ็บป่วยอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปรับปรุงและพัฒนาจากต้นฉบับของ นายชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระ โดยศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพ 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 7) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 8) ระดับน้ำตาลในเลือด 9) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด 10) ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 11) ความต่อเนื่องในการรักษา และ 12) การมีโรคแทรกซ้อน

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่ใช่ จำนวน 6 ข้อ ข้อความที่ไม่ใช่ จำนวน 5 ข้อ โดยผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้กลุ่มตัวอย่างฟัง แล้วให้เลือกตอบว่าข้อความนั้นใช่หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ถ้าสามารถตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ทราบจะไม่ได้คะแนน การแปลผลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ Bloom[8] ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 เท่ากับ 0–7 คะแนน มีความรู้ต่ำ, คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 เท่ากับ 8–9 คะแนน มีความรู้ปานกลาง, คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป เท่ากับ 10–12 คะแนน มีความรู้สูง

ตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีระดับการรับรู้แบ่งเป็น 4 ระดับ[9] ดังนี้ รับรู้น้อยที่สุด = 1, รับรู้น้อย = 2, รับรู้มาก = 3, รับรู้มากที่สุด = 4 วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ดังนี้ รับรู้ในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, รับรู้ในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, รับรู้ในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[10] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, น้อย = 1.76–2.50 คะแนน, มาก = 2.51–3.25 คะแนน, มากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ[9] ได้แก่ ได้รับน้อยที่สุด = 1, ได้รับน้อย = 2, ได้รับมาก = 3, ได้รับมากที่สุด = 4 วิเคราะห์

ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ดังนี้ ได้รับในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, ได้รับในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, ได้รับในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[10] แปลผลดังนี้ ได้รับน้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, ได้รับน้อย = 1.76–2.50 คะแนน, ได้รับมาก = 2.51–3.25 คะแนน, ได้รับมากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ[9] ได้แก่ ได้แก่ มีความรอบรู้น้อยที่สุด = 1, มีความรอบรู้น้อย = 2, มีความรอบรู้มาก = 3, มีความรอบรู้มากที่สุด = 4 วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ ดังนี้ มีความรอบรู้ในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, มีความรอบรู้ในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, มีความรอบรู้ในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[10] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, น้อย = 1.76–2.50 คะแนน, มาก = 2.51–3.25 คะแนน, มากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 51 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ[9] ได้แก่ ไม่เคย = 1 (เชิงลบ = 4), บางครั้ง = 2 (เชิงลบ = 3), บ่อยครั้ง = 3 (เชิงลบ = 2), เป็นประจำ = 4 (เชิงลบ = 1) แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 11.00–22.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 22.01–33.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 33.01–44.00 คะแนน

2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ เป็นพฤติกรรมเชิงบวกทั้งหมด วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 7.00–14.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 14.01–21.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 21.01–28.00 คะแนน

3) ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 12.00–24.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 24.01–36.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 36.01–48.00 คะแนน

4) ด้านการรับประทานยา จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 5 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 8.00–16.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 16.01–24.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 24.01–32.00 คะแนน

5) ด้านการดูแลตนเองทั่วไป จำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 7 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 13.00–26.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 26.01–39.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 39.01–52.00 คะแนน

6) พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในภาพรวม จำนวน 51 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 51.00–102.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 102.01–153.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 153.01–204.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำแบบสอบถาม

ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน เพื่อดูความเข้าใจในเนื้อหา โดยวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้ KR-20[11] สำหรับวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.902 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[12] สำหรับวิเคราะห์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.926, 0.918, 0.933 และ 0.921 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเขาย้อย 2) ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคเบาหวาน เพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และ 3) ชี้แจงทำความเข้าใจการใช้แบบสัมภาษณ์และแนวทางการสุ่มตัวอย่างพร้อมกับมอบแบบสัมภาษณ์ให้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ช่วยนักวิจัย โดยกำหนดเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 25 มิถุนายน ถึงวันที่ 25 กันยายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน 3) วิเคราะห์เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และ 4) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คมจ.พบ. 023/2567 ลงวันที่ 21 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยเคร่งครัด มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการศึกษาวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามในบางข้อ และให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ มีเพียงนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ และการนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.9%) อายุเฉลี่ย 60.39 ปี (SD.=9.80) อายุ 61–70 ปี (35.8%) สถานภาพคู่ (61.1%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (66.3%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (33.7%) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 9,235.85 บาท (SD.= 6,692.84) ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.37 ปี (SD.=6.82) โดยอยู่ในช่วง 5 ปี ลงมามากที่สุด (40.6%) ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดเฉลี่ย 146.61 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD.=42.99) โดยอยู่ในช่วง 80–130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรมากที่สุด (41.7%) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดครั้งล่าสุดเฉลี่ย 8.02% (SD.=2.03) โดยอยู่ในช่วง 8.00% ขึ้นไปมากที่สุด (39.0%) ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (60.8%) เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (90.3%) ไม่มีโรคแทรกซ้อน (64.6%) และกลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อนส่วนใหญ่เป็นโรคแทรกซ้อนทางไต (45.2%)

2. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ (52.4%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.07 คะแนน (SD.=2.37) ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน (ใช่) (79.5%) ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

มีอยู่อย่างเดียวคือการจำกัดการกินอาหารเท่านั้น (ไม่ใช่) (78.5%)

3. ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (74.7%) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.54 คะแนน (SD.=4.64) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถจัดสรรเวลาในการทำงานและเวลาพักผ่อนได้ (Mean=3.05, SD.=.79) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถเปลี่ยนมารับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแทนข้าวขาวได้ (Mean=1.87, SD.=.92)

4. ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (58.0%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.25 คะแนน (SD.=5.02) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ/หรือ อสม. (Mean=3.04, SD.=.58) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายจิตใจ เช่น ทำสมาธิ ไปวัด ฟังเทศน์ฟังธรรม (Mean=2.36, SD.=.99)

5. ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (73.3%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.49 คะแนน (SD.=4.60) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับฟังการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากหมอ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างเข้าอกเข้าใจ (Mean=3.15, SD.=.52) และท่านสามารถอ่านฉลากยาได้อย่างเข้าอกเข้าใจ (Mean=3.15, SD.=.65) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแก่เพื่อนผู้ป่วยเบาหวานได้ (Mean=2.54, SD.=.90)

6. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

6.1 ด้านการรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ (80.6%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.30 คะแนน (SD.=3.45) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูพะโล้ (Mean=3.00, SD.=.57) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระดับมากโดยไม่รับประทานอาหารประเภทของมันๆ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ (Mean=1.68, SD.=.91)

6.2 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่เหมาะสม (63.9%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.65 คะแนน (SD.=3.37) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านออกกำลังกายโดยยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Mean=2.81, SD.=.95) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการใช้แรงต้าน เช่น ยางยืด ดัมเบล เวท (Mean=1.22, SD.=.61)

6.3 ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม (69.8%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.97 คะแนน (SD.=4.91) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรู้สึกกลัดกลุ้มใจเกี่ยวกับความหลังครั้งอดีต (Mean=3.66, SD.=.60) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านอารมณ์และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับที่เหมาะสมในระดับมากที่สุด โดยไม่นำเรื่องราวในอดีตมาคิดให้รู้สึกกลัดกลุ้มใจ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิก่อนนอน (Mean=2.57, SD.=1.21)

6.4 ด้านการรับประทานยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม (95.8%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.16 คะแนน (SD.=2.59) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานยาอื่นสำหรับรักษาเบาหวานนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง (Mean=3.88, SD.=.44) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระดับมากที่สุด โดยไม่นำยาอื่นมารับประทานนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านลืมรับประทานยา (Mean=3.26, SD.=.60) แม้ว่าประเด็นนี้จะมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการ

รับประทานยาที่เหมาะสมในระดับมากที่สุดโดยลืมรับประทานยาน้อยมาก

6.5 ด้านการดูแลตนเองทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม (85.8%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.57 คะแนน (SD.=3.75) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านดื่มยาดองเหล้า (Mean=3.93, SD.=.28) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระดับมากที่สุดโดยไม่ดื่มยาดองเหล้า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านไปรับการเจาะเลือดเพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือด (Mean=2.38, SD.=.71)

6.6 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม (61.8%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 155.67 คะแนน (SD.=12.59)

7. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p< .001$) ประกอบด้วย 5 ปัจจัย เรียงตามลำดับที่มีอิทธิพลจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = .395) 2) อายุ (Beta = .245) 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .200) 4) เพศ (Beta = .141) และ 5) ความต่อเนื่องในการรักษา (Beta = .124) ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 45.7 ($R2 = .457$) และสามารถเขียนสมการ $y = a + bx$ เพื่อทำนายได้ ดังนี้

SDM = 85.960 + 1.072SA + .315AGE + .548SH + 3.709SEX + 5.258CON ดังมีรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณของตัวแปรในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อยจังหวัดเพชรบุรี ด้วยวิธี Stepwise

ตัวแปรอิสระ	b	SE	Beta	t	p	Tolerance	VIF
การรับรู้ความสามารถของตนเอง (SA)	1.072	.140	.395	7.680	<.001	.727	1.376
อายุ (AGE)	.315	.059	.245	5.360	<.001	.919	1.088
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (SH)	.548	.136	.200	4.031	<.001	.780	1.282
เพศ (SEX)	3.709	1.167	.141	3.177	.002	.981	1.019
ความต่อเนื่องในการรักษา (CON)	5.258	1.886	.124	2.788	.006	.975	1.025

Constant=85.960 R=.676 R^2=.457 Adj. R^2=.447

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับโรคเบาหวานได้อย่างมีความสุข โอเร็ม[5] ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน โดยทุกคนควรปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี การศึกษา ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา กังหลี[13] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอยู่ในระดับดี

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล[14] ที่พบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือ

ตอนบน อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ[15] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย อยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของจิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนตรินทร์[16] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้วใน อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาตรี แมตสี่ และศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร[17] ที่พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดแพร่ อยู่ในระดับดี

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เรียงตามลำดับที่มีอิทธิพลจากมากไปน้อย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพศ และความต่อเนื่องในการรักษา ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายดังนี้

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสมลดลงเช่นกัน Bandura[18] กล่าวว่าการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคลนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 2 ประการ คือความเชื่อในความสามารถ หมายถึงความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ และความคาดหวังในผลลัพธ์ หมายถึงการคาดคะเนของบุคคลว่าถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล[14] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือตอนบน สอดคล้องกับการศึกษาของแสงดาว แจ้งสว่าง และคณะ[19] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของ ธานี นามม่วง[20] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ[21] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

2.2 อายุ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะมีความเหมาะสมมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุลดลง พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะมีความเหมาะสมน้อยลง ซึ่งตามทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[6] กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 52.1 และมีอายุเฉลี่ย 60.39 ปี ซึ่งถือว่าส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่เข้าสู่ช่วงการเสื่อมถอยของร่างกาย และมีภูมิคุ้มกันปกติลดน้อยลง[22] ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความเหมาะสมมากขึ้น จะเป็นผลดีคือเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา กังหลี[13] ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล[14] ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือตอนบน

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากผลการวิจัย

แสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะมีความเหมาะสมมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะมีความเหมาะสมน้อยลง ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือทักษะการรับรู้และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพที่ดี[23] ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ความเข้าใจในโรคเบาหวาน มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด ตลอดจนการรับประทานยาตามแพทย์สั่งได้อย่างถูกต้อง เหล่านี้เรียกว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม[24]

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงดาว แจ้งสว่าง และคณะ[19] ที่พบว่าความรอบรู้ ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ[21] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก และสอดคล้องกับการศึกษาของ นุจรีย์ ภู่ระย้า[25] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

2.4 เพศ ในการนำตัวแปรเพศเข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้กำหนดให้เพศชายเป็น 0 และเพศหญิงเป็น 1 ผลการวิเคราะห์พบว่าเมื่อเพศเปลี่ยนจาก 0 เป็น 1 (เปลี่ยนจากเพศชายเป็นเพศหญิง) กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อเพศเปลี่ยนจาก 1 เป็น 0 (เปลี่ยนจากเพศหญิงเป็นเพศชาย) กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมน้อยลง จึงสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมมากกว่าเพศชาย

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา กังหลี[13] ที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ[15] ที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนตรินทร์[16] ที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้วในอำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง

2.5 ความต่อเนื่องในการรักษา ในการนำตัวแปรความต่อเนื่องในการรักษาเข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้กำหนดให้การรักษาไม่ต่อเนื่องเป็น 0 และการรักษาต่อเนื่องเป็น 1 ผลการวิเคราะห์พบว่าเมื่อความต่อเนื่องในการรักษาเปลี่ยนจาก 0 เป็น 1 (เปลี่ยนจากการรักษาไม่ต่อเนื่องเป็นการรักษาต่อเนื่อง) กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อความต่อเนื่องในการรักษาเปลี่ยนจาก 1 เป็น 0 (เปลี่ยนจากการรักษาต่อเนื่องเป็นการรักษาไม่ต่อเนื่อง) กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมน้อยลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญเรือน กำวิตู และชนิดา มัทวางกูร[26] ที่พบว่าความต่อเนื่องในการรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญาเพ็ชร์ และคณะ[27] ที่พบว่า

ความต่อเนื่องในการรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง ในจังหวัดสมุทรสาคร และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีเมฆารัตน์ และสิวาพร พานเมือง[28] ที่พบว่าความต่อเนื่องในการรักษาเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะ

ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเบาหวานควรวางระบบเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย วางระบบติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และสอดแทรกการให้ความรู้ขณะเข้ารับบริการ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างจริงจังให้มีความหลากหลายเพื่อเป็นทางเลือกของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ ผัก หลากสี และผลไม้ที่ไม่มีรสหวานหวานให้มากขึ้น และควรพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เช่น ให้ความรู้แบบกลุ่มย่อย สร้างประสบการณ์ให้เกิดการเรียนรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการถ่ายทอดทักษะและประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้าง และพัฒนาให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาย้อย ที่กรุณาสนับสนุนให้ดำเนินงานวิจัยในเรื่องนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย และขอขอบคุณอาจารย์ชยา เครื่องทิพย์ ที่อนุญาตให้ใช้แบบสัมภาษณ์ต้นฉบับมาปรับปรุงพัฒนาเป็นเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรครณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode = brc&news_views=2606#:text
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรครณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/newsphp?news=21692&deptcode=brc
4. โรงพยาบาลเขาย้อย. รายงานผลการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวาน ประจำปีงบประมาณ 2566. เอกสารอัดสำเนา; 2567.
5. Orem D E. Nursing: Concepts of Practice (5th ed.). St. Louis: Mosby–Year Book; 1995.
6. Pender N J. Health Promotion in Nursing Practice. New York: Appleton Century–Crofts Norwalk; 1987.
7. Krejcie R V, Morgan D W. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607–10.
8. Bloom B S. Human characteristics and school learning. New York: Mc Graw–Hill; 1976.
9. อัจศรา ประเสริฐสิน. เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.

10. Best J W, Kahn J V. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice–Hall; 1986.
11. บุญชัช เมฆแก้ว. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20). พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา; 2562.
12. Cronbach Lee J. Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
13. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3):256–68.
14. ปัทมา สุพรรณกุล. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2557;8(2):259–69.
15. ปัทมา สุพรรณกุล, สุทธิชัย ศิรินวล, เจษฎากร โนอินทร์, วิมาลา ชโยดม, อรพินท์ สิงหเดช. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560;11(1):211–23.
16. จิรพรรณ ผิวนวล, ประทุม เนตรินทร์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้วใน ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2561;1(2):46–61.
17. ชาตรี แมตสี่, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดแพร่. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2564;13(1):238–250.
18. Bandura, Albert. Social learning theory. New Jersey: Prentice–Hall; 1977.
19. แสงดาว แจ้งสว่าง, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28(3):79–89.
20. ธานี นามม่วง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(1):170–80.
21. ปัทมา สุพรรณกุล, อาจินต์ สงทับ, อนุสรา สีหนาท, นพวรรณ วัชรพุทธ, เบญจมาภรณ์ นาคามดี, กู้เกียรติ ก้อนแก้ว และคนอื่นๆ. ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2566;17(2):148–61.
22. James Birren. Handbook of Aging and Psychology. New York: Van Nostrand; 1989.
23. WHO. Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization Geneva:1–10; 1998.
24. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine. 2008;67(12):2072–8.
25. นุจรีย์ ภู่ระย้า. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2567;4(1):23–34.
26. ขวัญเรือน ก่ำวิตู, ชนิดา มัทวางกูร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2562;20(38):82–95.
27. กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์, นิภา มหารัชพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(3):151–63.

28. นันทพร ศรีเมฆารัตน์, สิวาพร พานเมือง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(1):1–11.