

# ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเองกับ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2\*

อ่อนอุษา ชันธรักษา<sup>1</sup> มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์<sup>2</sup> นีรัตน์ อิมามี<sup>3</sup>

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup> สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนรินทร์

## บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมนั้น สามารถลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อสุขภาพได้ การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 321 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานการวิจัย ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ข้อเสนอแนะจากการศึกษา สถานบริการสาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ผู้ป่วยเบาหวาน โดยเน้นกิจกรรมการฝึกทักษะเชิงพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง 3 พฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานยาที่ถูกต้อง การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ:** แรงสนับสนุนทางสังคม/ การรับรู้ความสามารถตนเอง/ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด/  
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

**Corresponding author:** มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, อีเมล: manirat.the@mahidol.ac.th, โทร: 0929568184

Received: February 17, 2021; Revised: February 26, 2021; Accepted: March 5, 2021

\*วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## Association between Social Support, Self-Efficacy, and Blood Sugar Control Behaviors of Type II Diabetic Patients\*

Onusa Khantharaksa<sup>1</sup>, Manirat Therawiwat<sup>2</sup>, Nirat Imamee<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Master of Science (Public Health) Program in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

<sup>2</sup> Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

<sup>3</sup> Health Management, Faculty of Sciences and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University

### Abstract

Diabetes mellitus is one of the serious chronic diseases and is the important public health problem of Thailand. Therefore, promoting the diabetic patients to be able to do self-care and perform blood sugar control behaviors will be helpful for lowering dangerous complications. This cross-sectional survey research was aimed to study the association between social support, self-efficacy, and blood sugar control behaviors of Type 2 diabetic patients. The sample were 321 Type 2 diabetes patients who received the health services at Srimuangmai District Public Health Center, Ubon Ratchathani Province. Data collection was done by self-administered questionnaires. The data was analyzed by descriptive statistics, Chi-square test, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The research results revealed that the perceived self-efficacy was significantly related to the blood sugar control behaviors ( $p < 0.05$ ). For social support, no significant relationship was found with the blood sugar control behaviors. This finding can be applied in organizing the activities to promote the perceived self-efficacy in the diabetes patients to enable them to control the blood sugar levels for appropriate complications prevention.

**Keywords:** Social Support / Self-Efficacy / Blood Sugar Control Behaviors / Type II Diabetic Patients

---

**Corresponding author:** Manirat Therawiwat, **Email:** manirat.the@mahidol.ac.th, **Tel:** 0929568184

\*Thesis of M.Sc. (Public Health) Major in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รุนแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2562 พบมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลก 463 ล้านคน ประเมินการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่า 578 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานกว่าร้อยละ 8.3 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ หรือราว 4.3 ล้านคนมากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น<sup>1</sup> จากข้อมูลความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557<sup>2</sup> ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับความชุกของผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15-79 ปี ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยร้อยละ 8.3 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 11.6 ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 42.4<sup>3</sup>

จังหวัดอุบลราชธานีมีการจัดระบบบริการสุขภาพเป็น 4 โซน ตามสภาพทางภูมิศาสตร์ทั้ง 25 อำเภอ พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อประชากรในปี พ.ศ. 2560 สูงในโซน 1 อัตรา 629.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน รองลงมาคือโซน 2 โซน 4 และโซน 3 ในอัตรา 533.2, 462.3 และ 451.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ อำเภอศรีเมืองใหม่ เป็นหนึ่งอำเภอในโซน 2 ที่พบผู้ป่วยเบาหวานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560 พบอัตรา 351.8, 401.2 และ 542.8 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่กว่า 3,006 คน<sup>4</sup> มีบทบาทสำคัญที่ทำงานประสานกับเครือข่าย

บริการสุขภาพองค์กรส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน กล่าวคือเป็นหน่วยงานที่ทำงานใกล้ชิดกับชุมชนและครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนสำคัญในการช่วยป้องกันการเกิดโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง และค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกของโรค ซึ่งช่วยชะลอระยะเวลาการดำเนินโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี<sup>5</sup> ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องมีเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA<sub>1c</sub>) ไม่ควรเกินร้อยละ 7 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง<sup>6</sup> โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงประเทศชาติ<sup>7</sup> องค์การอนามัยโลก(WHO) ได้ประมาณการณ์ว่าร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทย ถูกจัดสรรให้กับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน และคาดการณ์ว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 ภายในปี พ.ศ.2573 ซึ่งทำให้สังคมรับภาระจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงสองเท่า<sup>8</sup>

แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านที่เน้นถึงการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคล ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร<sup>9</sup> ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเอง

และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาว ทั้งด้านการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนการลดระดับน้ำตาลในเลือด<sup>10</sup> โดยเฉพาะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลซึ่งเป็นคนในครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เกิดผลดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในระยะยาว<sup>11</sup> กล่าวคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีทั้งจากทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัว จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบกับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองนับเป็นปัจจัยสำคัญในการที่บุคคลจะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสม่ำเสมอกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำกว่า โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย<sup>12, 13</sup>

ดังนั้นการศึกษานี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในประเด็นของแหล่งสนับสนุนทางสังคมและประเภทของแรงสนับสนุนสังคม รวมถึงการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งข้อมูลที่ได้นั้นสามารถนำไปปรับใช้ในการจัดบริการสุขภาพทั้งในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาผู้ป่วย

เบาหวาน โดยคำนึงถึงความรู้และความเข้าใจของผู้รับบริการ ภายใต้บริบททางสังคม ครอบครัวและวัฒนธรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

### สมมติฐานในการวิจัย

ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

### ระเบียบวิธีการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากร ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และรับการรักษามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ สถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Daniel<sup>14</sup> ดังนี้

$$n = \frac{N (Z\alpha/2)^2 pq}{d^2 (N-1) + (Z\alpha/2)^2 pq}$$

เมื่อ	n	=	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	N	=	ขนาดประชากรจำนวน 3,006 คน <sup>4</sup>
	$Z_{\alpha/2}$	=	ค่าคะแนนมาตรฐานของความน่าจะเป็นที่ค่าประมาณจะผิดไปจากค่าจริงเกินค่า d ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96
	p	=	ค่าสัดส่วนพฤติกรรมกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ผลการศึกษาของจุดพร แต่่งเมือง และเบญจา มุกตพันธุ์เท่ากับ 0.3 <sup>15</sup>
	q	=	ค่า (1-p)
	d	=	ค่าความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ที่ยอมให้มีความผิดพลาดจากค่า p ซึ่งในการศึกษานี้กำหนดค่า d เท่ากับ 0.05

เมื่อคำนวณแล้วได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 292 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้จำนวน 321 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ พิจารณาสุ่มจากตำบลที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุดได้ 5 ตำบล มีสถานบริการสาธารณสุขที่ตั้ง ณ ตำบลต่าง ๆ ทั้งหมด 13 แห่ง โดยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรวมจำนวน 1,959 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรผู้ป่วยเบาหวานแยกตามตำบล และกำหนดสัดส่วนตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานตามจำนวนผู้ป่วยแต่ละสถานบริการสาธารณสุข จนได้ตัวอย่างครบ 321 คน

**เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ 2) อายุระหว่าง 20-65 ปี 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และรักษามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรง เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือ หัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น 5) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีข้อบกพร่องด้านการรับรู้สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 6) สมครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ทำการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา

(Exclusion Criteria) เมื่อกกลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่ เสียชีวิต หรือออกนอกพื้นที่ระหว่างเก็บข้อมูล

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความลงในช่องว่าง (Open ended) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่พังกอาศัยร่วมกัน และข้อมูลภาวะสุขภาพ อันได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วย โรคประจำตัวอื่น การไปตรวจตามนัดหมาย การเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแล รวมถึงข้อมูลดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งนำข้อมูลมาจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร รวมถึงคำถามถึงแหล่งที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคม 6 แหล่ง ได้แก่ สามเณรหรือภรรยา บุตร แพทย์ พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเพื่อนผู้ป่วยเบาหวาน รวม

ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดย 1 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และ 0 หมายถึง ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หากได้รับแรงสนับสนุนในประเด็นใด ให้ผู้ตอบระบุบุคคลที่ให้การสนับสนุนพร้อมความถี่ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในประเด็นนั้น ๆ (1 ครั้งต่อเดือน/2 - 3 ครั้งต่อเดือน/3 - 4 ครั้งต่อเดือน/และมากกว่า 5 ครั้งต่อเดือน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 90 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่า แปลว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>16</sup> คือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (0 - 53 คะแนน) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (54 - 71 คะแนน) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (72 - 90 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นการวัดระดับความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานยา/การมาตรวจตามนัด 2) การบริโภคอาหาร และ 3) การออกกำลังกาย รวมข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 หมายถึง มั่นใจน้อยที่สุด จนถึงระดับ 5 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 - 90 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่า แปลว่ามีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่า การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>16</sup> คือ การรับรู้ความสามารถตนเองระดับต่ำ (0 - 53 คะแนน) การรับรู้ความสามารถตนเองระดับปานกลาง (54 - 71 คะแนน) และการรับรู้ความสามารถตนเองระดับสูง (72 - 90 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นการวัดความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรับประทานยา 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ 3) การพฤติกรรมการออกกำลังกาย รวมข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1

หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ จนถึงระดับ 5 หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 22-110 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่า แปลว่ามีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมกว่า การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>16</sup> คือ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับต่ำ (0 - 65 คะแนน) พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับปานกลาง (66 - 87 คะแนน) และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับสูง (88 - 110 คะแนน)

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โครงสร้างทางทฤษฎี รวมทั้งความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ของประเด็นคำถาม และทำการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ทำการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Reliability Coefficient) ส่วนของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.87 การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 0.70

**ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล** ก่อนเริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุมัติตามเอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2019-087 จากนั้นจึงเริ่มทำการรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บ

ข้อมูลในสถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ  
2) ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องใน  
สถานบริการสาธารณสุขที่จะเก็บข้อมูล เพื่อขอความ  
อนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย และขอความร่วมมือจาก  
เจ้าหน้าที่ประจำสถานบริการสาธารณสุขในการคัด  
กรองผู้ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้า จากรายชื่อ  
ผู้ป่วยที่มารักษาตามนัดหมาย 3) ผู้วิจัยและผู้ช่วย  
วิจัยในระดับพื้นที่ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2  
คน ที่ผ่านการอบรมชี้แจงรายละเอียดในการเก็บ  
ข้อมูล ความเข้าใจในเนื้อหา ขั้นตอนและวิธีการเก็บ  
ข้อมูลโดยละเอียด ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่ม  
ตัวอย่างที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์  
สุขภาพชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขชุมชนใน  
เขตอำเภอศรีเมืองใหม่ ที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการ  
ทั้ง 13 แห่ง ช่วงเวลา 08.00-16.00 น. ระหว่างวันที่  
15 สิงหาคม-15 พฤศจิกายน 2562 โดยแจก  
แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ใช้เวลาทำ  
แบบสอบถามประมาณ 40 นาที และส่งคืน 4) ผู้วิจัย  
นำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของ  
ข้อมูลอีกครั้ง และนำข้อมูลมาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่  
กำหนดไว้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์  
สำเร็จรูป

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** วิเคราะห์ข้อมูล  
ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา  
ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน  
เบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายปัจจัยด้านข้อมูล  
ทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทาง  
สังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรม  
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน  
ชนิดที่ 2 ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐาน  
การวิจัย โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุน  
ทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง และ  
พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย  
เบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square  
Test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's  
Product Moment Correlation Coefficient) ที่

ระดับนัยสำคัญ 0.05 เมื่อทดสอบการแจกแจงของ  
ข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test แล้ว  
พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

### ผลการวิจัย

ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย  
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย  
ร้อยละ 77.9 มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 45.8  
อายุเฉลี่ย 56 ปี (SD = 7.15) ประกอบอาชีพเกษตรกร  
ร้อยละ 82.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.9 ระดับ  
การศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 87.5  
ส่วนใหญ่ได้รับเงินในการดำรงชีวิตประจำวันจากการ  
ทำงาน ร้อยละ 30.3 กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิ์ประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในการจ่ายค่า  
รักษาพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 93.1 การพักอาศัย  
ณ ปัจจุบัน คือ อยู่ร่วมกับคู่สมรส และบุตร/หลาน  
มากที่สุด ร้อยละ 87.9

ข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่  
อยู่ในภาวะอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 34.3 เพศหญิงมี  
ความยาวเส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ซึ่งอยู่  
ในภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 56.7 ส่วนเพศชายพบมี  
ความยาวเส้นรอบเอวปกติ ร้อยละ 75.4 กลุ่ม  
ตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ  
ร้อยละ 37.7 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานนาน 6 -  
10 ปี ร้อยละ 38.6 โดยมีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 8 ปี  
(SD=5.27) นอกจากโรคเบาหวานแล้ว พบร้อยละ  
72.8 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคความดัน  
โลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคไต พบมีการ  
ควบคุมเบาหวานที่ดี โดยมีค่าน้ำตาลในเลือดครั้งที่ 1  
และครั้งที่ 2 น้อยกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร  
ร้อยละ 58.3 และ 62.4 ตามลำดับ สำหรับผู้ที่ได้รับ  
การตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA<sub>1c</sub>)  
พบว่ามีย่าน้อยกว่า 7.0 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ร้อยละ  
69.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปตรวจโรคเบาหวาน  
ตามแพทย์นัดหมายที่สถานบริการสุขภาพทุกครั้ง  
ร้อยละ 97.8 พบมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลเมื่อ

เจ็บป่วย รวมถึงช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 74.5 โดยมีคู่สมรสช่วยดูแลมากที่สุด ร้อยละ 47.7 ได้รับข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) มากที่สุด ร้อยละ 71.8 เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ของสถานบริการสาธารณสุขที่ไปรับบริการตรวจรักษาทุก ครั้ง ร้อยละ 77.6

ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 59.2 มีเพียงแรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่อยู่ในระดับสูง โดยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 11.86 คะแนน รองลงมา ได้แก่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

(อสม.) สามีหรือภรรยา บุตร และแพทย์ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาความถี่ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีหรือภรรยา และบุตร จำนวนมากกว่า 3 ครั้ง/เดือน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันจำนวน 1 ครั้ง/เดือน และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนตั้งแต่ 1 - 3 ครั้ง/เดือน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทและแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 321)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม		
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	190 (59.2)	75 (23.4)	56 (17.4)
	Mean = 46.66, SD = 23.30, Min = 0, Max = 90		
ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม			
ด้านอารมณ์	158 (49.2)	82 (25.5)	81 (25.2)
	Mean = 13.08, SD = 5.47, Min = 0, Max = 24		
ด้านการประเมินคุณค่า	168 (52.3)	80 (24.9)	73 (22.7)
	Mean = 12.85, SD = 6.33, Min = 0, Max = 24		
ด้านข้อมูลข่าวสาร	192 (59.8)	62 (19.3)	67 (20.9)
	Mean = 11.93, SD = 6.35, Min = 0, Max = 24		
ด้านทรัพยากร	203 (63.2)	59 (18.4)	59 (18.4)
	Mean = 8.80, SD = 4.93, Min = 0, Max = 18		



**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทและแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 321) (ต่อ)

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม		
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
<b>แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม</b>			
สามี หรือภรรยา	162 (50.5)	38 (11.8)	121 (37.7)
		Mean = 7.89, SD = 5.91, Min = 0, Max = 15	
บุตร	165 (51.4)	37 (11.5)	119 (37.1)
		Mean = 7.48, SD = 6.03, Min = 0, Max = 15	
แพทย์	180 (56.1)	22 (6.9)	119 (37.1)
		Mean = 6.83, SD = 6.17, Min = 0, Max = 15	
พยาบาล/จนท.สาธารณสุข	66 (20.6)	37 (11.5)	218 (67.9)
		Mean = 11.86, SD = 4.40, Min = 0, Max = 15	
อสม.	139 (43.3)	28 (8.7)	154 (48.0)
		Mean = 8.77, SD = 5.99, Min = 0, Max = 15	
เพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน	259 (80.7)	16 (5.0)	46 (14.3)
		Mean = 3.84, SD = 5.17, Min = 0, Max = 15	

**ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.6 รองลงมาอยู่ระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 29.9 และ 12.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถตนเองรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ในระดับสูงถึงร้อยละ 70.4 สำหรับการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.3 และ 46.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถตนเองตามประเด็นที่สอบถามที่ระดับความมั่นใจร้อยละ 60 ขึ้น

ไป (มั่นใจมาก-มากที่สุด) ในข้อความเชิงบวก และระดับความมั่นใจน้อยกว่าร้อยละ 40 (มั่นใจน้อย-น้อยที่สุด) ในข้อความเชิงลบพบว่า ร้อยละ 85.7 ของกลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าสามารถไปตรวจตามที่หมอหรือเจ้าหน้าที่นัดได้ทุกครั้ง แม้ว่าการเดินทางลำบาก รองลงมา ได้แก่ ประเด็นมั่นใจว่าถ้าญาติหรือคนใกล้ชิด ซึ่อาศัยมาพ่ที่มีสรรพคุณลดระดับน้ำตาลในเลือดมาให้จะกินทันทีโดยไม่ต้องขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ก่อน (ข้อความเชิงลบ) และประเด็นมั่นใจสามารถกินยาได้ตรงเวลาทุกวัน แม้จะรู้สึกว่าคุณภาพดีขึ้นแล้ว ร้อยละ 79.1 และ 78.8 ตามลำดับ มั่นใจน้อยที่สุดในประเด็นมั่นใจว่าจะลดปริมาณการกินอาหารประเภทแป้ง เช่น กินข้าวมีอะไมเกิน 2 ทัพพีได้ แม้จะรู้สึกยังไม่อิ่ม ร้อยละ 37.7 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทและระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (n = 321)

ประเภทการรับรู้ความสามารถตนเอง	ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง		
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้ความสามารถตนเองโดยรวม	40 (12.5)	185 (57.6)	96 (29.9)
	Mean = 65.36, SD = 9.92, Min = 26, Max = 90		
การรับรู้ความสามารถตนเองรายด้าน			
ด้านการรับประทานยา/การไปตรวจตามนัด	14 (4.4)	81 (25.2)	226 (70.4)
	Mean = 16.68, SD = 2.79, Min = 8, Max = 20		
ด้านการบริโภคอาหาร	66 (20.6)	184 (57.3)	71 (22.1)
	Mean = 34.26, SD = 6.53, Min = 14, Max = 50		
ด้านการออกกำลังกาย	47 (14.6)	149 (46.4)	125 (38.9)
	Mean = 14.42, SD = 3.05, Min = 4, Max = 20		

พฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.9 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 41.4 และ 4.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยุทธวิธีรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง และมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.9 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามประเด็นที่สอบถามที่ ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์ ในพฤติกรรมเชิงบวก และความถี่ในการปฏิบัติน้อยกว่า 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ ในพฤติกรรมเชิงลบ พบว่า ร้อยละ 87.9

ของกลุ่มตัวอย่างมีความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรม การกินขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ทองหยอด เม็ดขนุน น้อยกว่า 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ (พฤติกรรมเชิงลบ) รองลงมา ได้แก่ ประเด็นการซื้อยา เช่น ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีสรรพคุณว่าลดน้ำตาลในเลือดมากินควบคู่กับยาเบาหวานที่หมอสั่งให้ (พฤติกรรมเชิงลบ) และประเด็นการเพิ่มจำนวนยาที่กินเอง เมื่อรู้สึกว่ามีอาการมึนงงศีรษะ หรือน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (พฤติกรรมเชิงลบ) ร้อยละ 87.3 และ 86.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมในการหาข้อมูลหรือขอคำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสมจากแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.1 (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทและระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (n = 321)

ประเภทพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ระดับพฤติกรรม		
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม	15 (4.7)	133 (41.4)	173 (53.9)
	Mean = 87.45, SD = 10.40, Min = 58, Max = 110		
พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดรายด้าน			
ด้านการรับประทานยา	13 (4.0)	60 (18.7)	248 (77.3)
	Mean = 21.97, SD = 3.55, Min = 11, Max = 25		
ด้านการบริโภคอาหาร	14 (4.4)	118 (36.8)	189 (58.9)
	Mean = 52.85, SD = 7.35, Min = 27, Max = 65		
ด้านการออกกำลังกาย	97 (30.2)	173 (53.9)	51 (15.9)
	Mean = 12.64, SD = 3.25, Min = 4, Max = 20		

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปและระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์ด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) ซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม (p = 0.312, 0.335, 0.280 และ 0.184 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส รวมถึงระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่แตกต่างกันนั้น มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปและระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวม

ปัจจัย	ผลการวิเคราะห์	
	ค่าสถิติ	p
ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย		
เพศ	$\chi^2 = 2.329$ df = 2	0.312
อายุ	$\chi^2 = 6.849$ df = 6	0.335
สถานภาพสมรส	$\chi^2 = 7.470$ df = 6	0.280
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน	$\chi^2 = 8.824$ df = 6	0.184

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม พบว่า แรง

สนับสนุนทางสังคมโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม (r = -0.076, p = 0.172) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วย

เบาหวานที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 5)

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองโดยรวมกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม**

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวม

ปัจจัย	ผลการวิเคราะห์	
	r	p
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	-0.076	0.172
การรับรู้ความสามารถตนเองโดยรวม	0.348	< 0.001*

หมายเหตุ p < 0.05

#### อภิปรายผล

**ปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม** พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม ( $r = -0.076$ ,  $p = 0.172$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายประเด็นนี้ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คล้ายคลึงกัน รวมถึงได้รับความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพในมาตรฐานเดียวกันเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน และการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ร้อยละ 59.2 (ค่าเฉลี่ย 46.66 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.30) ซึ่งถ้าพิจารณาจากกลุ่มอายุจะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน คืออายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 45.8 ซึ่งเป็นวัยที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี มีวิถีภาวะทางอารมณ์

( $r = 0.343$ ,  $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง จะมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดี ในขณะที่ด้วยกันผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ จะมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (ตารางที่ 5)

มีศักยภาพในการเรียนรู้ มีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ รวมถึงการมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูล/ความรู้ที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 71.8 และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.27) รวมถึงมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยกว่าร้อยละ 72.8 ซึ่งการป่วยเป็นระยะเวลานาน และต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงอาจมีส่วนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองที่ดี เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสม โดยอยู่ในระดับสูง ถึงร้อยละ 53.9 (ค่าเฉลี่ย 87.45 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.40) สอดคล้องกับการศึกษาของนุช

เนตร บุญมั่น, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี และ สุปรียา ต้นสกุล ที่ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (บุคคลในครอบครัว เพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ พยาบาล และแพทย์) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ( $p > 0.05$ )<sup>17</sup> และ การศึกษาของสิริมาส วงศ์ใหญ่, วันทนา มณีศรีวงศ์ กุล และพรณวดี พุฒวิวัฒน์ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 225 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และพบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม การสนับสนุนจากเพื่อนและจากเจ้าหน้าที่/พยาบาล ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ( $p > 0.05$ )<sup>18</sup>

**ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด** พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม ( $r = 0.343, p < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดใดเพื่อสุขภาพที่ดีนั้น บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และเชื่อว่าผลของการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวจะ

ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี<sup>19</sup> สามารถอธิบายประเด็นนี้ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจตามนัดหมายทุกครั้ง ร้อยละ 77.6 รวมถึงมีการเข้าร่วมกิจกรรมของสถานบริการสาธารณสุขสม่ำเสมอ ซึ่งในกิจกรรมที่เข้าร่วมนั้น กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสฝึกทักษะต่าง ๆ ด้วยตนเอง เห็นตัวอย่างที่ดีจากเพื่อนผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม และมีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์และเพื่อนผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันอยู่เสมอ โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ของสถานบริการสาธารณสุขทุกครั้ง จะมีพฤติกรรมรับประทานยาและการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูงมากถึงร้อยละ 78.3 และร้อยละ 58.6 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของอนุชา คงสมกัน และมณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน อันได้แก่ พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>13</sup> และการศึกษาของพรทิพย์ มาลาธรรม, ปิยนันท์ พรหมคง และประคอง อินทรสมบัติที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>20</sup>

**สรุป** จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สำหรับปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากผลการวิจัย พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น ในการจัดบริการสุขภาพ รวมถึงจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มดังกล่าว ควรมีการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งพบว่ามีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงเพียงร้อยละ 22.1 โดยเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง เช่น ฝึกการเลือกชนิดอาหาร การให้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานรายอื่น การกระตุ้นอารมณ์ทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสมต่อไป

2. สนับสนุนการร่วมมือกันของสถานบริการสุขภาพ ชุมชน และบุคคลในครอบครัว เน้นประสานกับเครือข่ายบริการสุขภาพ องค์กรส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาระบบการดูแล รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง เพียงร้อยละ 15.9 โดยพบว่า มีการใช้เวลาในออกกำลังกายน้อยหรือขาดความต่อเนื่อง รวมถึงมีโอกาสน้อยในการขอคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการออกกำลังกาย

จากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายขึ้นในชุมชน โดยสถานบริการสุขภาพ ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัวเป็นที่ปรึกษา ช่วยอำนวยความสะดวก และจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกาย สถานที่ที่เหมาะสม สื่อการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการออกกำลังกาย เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเติม เช่น การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย ร้านค้าในชุมชน ความพึงพอใจต่อการบริการ ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความรอบรู้เรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

2. ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยเน้นการสร้างประสบการณ์ให้ผู้ผู้ป่วยกระทำให้สำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้จากตัวแบบทางบวก เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 9th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2020.
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: กราฟฟิคแอนดตีไซน์; 2557.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดตีไซน์; 2563.

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: (<https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>)
5. กุฑริรงค์ บุรพันธ์ และนิรมล เมืองโสม. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอมจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 6(3): 102-109.
6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2018. Diabetes Care 2018; 41: 13-105.
7. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี พ.ศ.2558. นนทบุรี: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์; 2558.
8. Zhang P, Zhang X, Brown J, Vistisen D, Sicree R, Shaw J, et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes research and clinical practice 2010; 87: 293–301.
9. House, J. S. Work stress and social support. Addison-Wesley Pub; 1983.
10. อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน. ราชกิจจานุเบกษา 2553; 16(2): 309-322.
11. อุบล ศรุตธนาเจริญ. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารเกื้อการุณย์ 2557; 21(1): 57-69.
12. Mishali M, Omer H, Heymann AD. The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. Family Practice 2010; 28(1): 82-87.
13. อนุชา คงสมกัน และมณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลรามธิบดี. วารสารสุขภาพศึกษา 2555; 35(120): 62-73.
14. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for analysis in the health sciences. The United states of America: John Wiley & Sons Ltd; 2005.
15. จตุพร แต่งเมือง และเบญจา มุกตพันธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสุขภาพศึกษา 2561; 41(1): 103-113.
16. Guskey, T. R. Closing achievement gaps: revisiting Benjamin S. Bloom's "Learning for Mastery". Journal of advanced academics 2007; 19(1): 8-31.
17. นุชเนตร บุญมัน, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นีรัตน์ อิมามิ, และสุปรียา ต้นสกุล. การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสุขภาพศึกษา 2554; 34(117): 51-68.
18. สิริมาส วงศ์ใหญ่, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และพรรณวดี พุฒวัฒน์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ) 2557; 30(2): 80-90.
19. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
20. พรทิพย์ มาลาธรรม, ปิยนันท์ พรหมคง, และประคอง อินทรสมบัติ. ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. ราชกิจจานุเบกษา 2553; 16(2): 217-237.