

## การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม\*

### Self-Management of Diabetes Mellitus Patients with Co Morbidities

ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ พย.ม.\*\* นงลักษณ์ เมธากานจนาศก์ พย.ด.\*\*\*  
Parichart Piasupun MSN.\*\* Nonglak Methakanjanasak Ph D.\*\*\*

#### บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ  
Journal of Nursing Science & Health  
ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2555  
Volume 35 No.3 (July-September) 2012

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ทั้งชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป 120 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2553 – กุมภาพันธ์ 2554 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และแบบสอบถามการจัดการตนเองที่ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ของลินตรงความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.40 S.D. = 1.07) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก 2 ด้านคือการยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ( $\bar{X}$  = 3.84, S.D. = 0.89) และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลที่มีความหมายในชีวิต ( $\bar{X}$  = 3.82, S.D. = 1.10) ระดับปานกลาง 2 ด้านคือการกำกับตนเอง ( $\bar{X}$  = 3.42, S.D. = 1.21) และการบูรณาการด้วยตนเอง ( $\bar{X}$  = 3.40, S.D. = 0.94) ที่เหลือคือด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด ( $\bar{X}$  = 2.48, S.D. = 1.61) มีการจัดการตนเองระดับน้อย จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการจัดการตนเองของมีความสำคัญ และพยาบาลในฐานะผู้ให้ความรู้ คำแนะนำ และสนับสนุน ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองที่ดีได้

**คำสำคัญ :** การจัดการตนเอง โรคเบาหวาน โรคร่วม

#### Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine self-management behaviors in diabetes mellitus patients with co morbidities. The researcher used Lin,s diabetes self-management concept of nursing as the framework. The samples were 120 co morbidities-concordant with diabetes mellitus patients. The questionnaire has five experts examined and confirmed the content validity. The Cronbach,s alpha coefficient for reliability was 0.82. Data were analyzed using descriptive statistic (i.e.,mean, and standard deviation). The study revealed that the overall self-management behaviors of patients were of moderate level ( $\bar{X}$  = 3.40, S.D. = 1.07). Regarding the self-management behaviors subscale; they was a good level of adherence to recommended regimen behaviors ( $\bar{X}$  = 3.84, S.D. =0.89) and interaction with health professional and significant others behaviors ( $\bar{X}$  = 3.82, S.D. = 1.10) moderate level of self-integration behaviors ( $\bar{X}$  = 3.40, S.D. = 0.94) and self-regulation behaviors ( $\bar{X}$  = 3.42, S.D. =1.21). Notwithstanding, these patients had a low level of self-monitoring of blood glucose ( $\bar{X}$  = 2.48, S.D. = 1.61). The results of this study indicated self-management were some importance

\* กุณอดทนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

issue.. Nurses are the person who provides knowledge regarding to what the patients need, and give advice and support in order to help patients to better their self-management.

**keywords:** self-management, diabetes mellitus, co morbidities

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขไปทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 221 ล้านคน<sup>1</sup> ซึ่งร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยเหล่านี้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2<sup>2</sup> ที่มีลักษณะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จึงก่อให้เกิดโรคร่วมที่สัมพันธ์กับเบาหวาน (co morbidities concordant with diabetes mellitus) ตามมา<sup>3</sup> สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานมีโรคร่วมร้อยละ 34.6<sup>4</sup> ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยต้องมีความรู้และจัดการตนเองของแต่ละโรคที่แตกต่างกันเพิ่มขึ้น<sup>5</sup> มีผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ทำงานได้ลดลง ขาดหรือลางานบ่อย ต้องลาออกจากงาน เสียเวลาในการติดตามการรักษาและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง มีปัญหาเพศสัมพันธ์กับคู่ชีวิต ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ คือ รู้สึกอ่อนเพลีย เกิดภาวะเครียด และซึมเศร้า ต้องติดตามการรักษาและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ หงุดหงิดง่ายไม่สบายใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง กลัวการเกิดโรคร่วมต่าง ๆ ตามมาและกลัวตายถ้าไม่สามารถจัดการตนเองในแต่ละโรคได้<sup>6</sup> ผู้ป่วยเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายสูงขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเพียงโรคเดียว<sup>7</sup> และพบว่าเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลต่อการผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนรักษา และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตแย่ลง<sup>8</sup>

ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จะได้รับความรู้และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการควบคุมโรคเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงไว้ในระดับที่ยอมรับได้<sup>9</sup> ผู้ป่วยที่รับฟังและปฏิบัติตาม

คำแนะนำ ยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา ยอมรับการควบคุมโรค และตัดสินใจปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตได้ด้วยตัวเอง จะนำไปสู่การจัดการตนเอง (self-management)<sup>10</sup> ซึ่งมีหลักการสำคัญคือผู้ป่วยเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการปฏิบัติที่แท้จริง มีสิทธิที่จะเลือกในการปฏิบัติ และไม่มีใครสามารถกระทำทดแทนได้<sup>11,12</sup>

ที่ผ่านมาพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง ถูกนำไปใช้ในการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น หอบหืด ไชข้ออักเสบ ไต หัวใจ และเบาหวาน<sup>13</sup> มีการใช้คำว่า “การจัดการตนเอง” หลากหลายไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน และให้ความหมายไม่ชัดเจน รวมทั้งเน้นเป้าหมายการศึกษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าการควบคุมโรค หรือการจัดการตนเอง ลิน<sup>14</sup> ให้ความสำคัญกับการจัดการตนเองว่า เป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นภารกิจซับซ้อนที่ต้องตัดสินใจในปฏิบัติแต่ละวันด้วยตัวเอง จะสำเร็จลุล่วงได้ต้องมีการกำหนดจุดมุ่งหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา รวมทั้งต้องตระหนักและติดตามเฝ้าระวังตนเอง นอกจากนี้การจัดการตนเองยังเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความพยายามที่จะกำกับตัวเอง (self-regulation) ร่วมกับทีมสุขภาพและบุคคลสำคัญในชีวิต เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้อย่างเหมาะสม ลิน ได้ศึกษาประสบการณ์ การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประเทศจีน พบว่า อุปสรรคที่สำคัญในการจัดการตนเองคือ ปัญหาด้านจิตสังคม และได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้จัดการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน<sup>15</sup>

โรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นหน่วยบริการระดับตติยภูมิตั้งใหญ่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ. 2548-2550 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ<sup>16</sup> และจากการศึกษาสถิติผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2550 -

พฤษภาคม 2551<sup>17</sup> พบว่า ผู้ป่วยมีโรคร่วมตั้งแต่ 2-6 โรค อาทิเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง และหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัย สังเกตพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีโรคร่วมหลายโรคสัมพันธ์กับอายุและระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น และผลจากการสัมภาษณ์พยาบาลอายุรกรรม 10 ราย ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเข้ามารับการรักษาด้วยภาวะวิกฤตเฉียบพลันบ่อยๆ ทั้งที่เกิดจากโรคเบาหวานโดยตรงและโรคร่วม ด้วยความที่พยาบาลมีภาระงานมากและอัตรากำลังน้อย จึงทำให้บางครั้งสนใจเฉพาะโรคที่เป็นสาเหตุหลัก บางคนไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมทั้งหมดกี่โรค รวมทั้งไม่มีเวลาในการให้ความรู้หรือคำปรึกษาที่ครอบคลุมทุกโรค ทำให้เกิดความคับข้องใจที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความต้องการได้ นอกจากนี้ผลจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม 10 ราย โดยสร้างข้อคำถาม ตามแนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของลินพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้เพราะไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือนิสัยเดิม ยังรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก ชอบของหวาน ไม่ได้ปรุงอาหารเอง ต้องซื้อจากร้านค้า ไม่มีร้านอาหารที่ปรุงขาย เฉพาะโรคเบาหวาน จำเป็นต้องซื้อกินเพราะไม่มีเวลา ขาดคนดูแล ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพราะมีโรคร่วม เช่น โรคกระดูกและข้อ โรคหัวใจ เป็นต้น ไม่มีความรู้เรื่อง ค่าระดับน้ำตาลที่เกาะบนเม็ดเลือดแดง ยังพบมีพฤติกรรมงดอาหาร ก่อนมาตรวจตามนัด มองเห็นว่าเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเป็นผู้มีอำนาจเหนือตนเอง ไม่กล้าให้ข้อเสนอแนะหรือซักถามข้อสงสัย รวมทั้งไม่สามารถประเมินตัดสินใจในการดูแลจัดการตนเองได้ เพราะไม่มีเครื่องมือตรวจวัดที่บ้าน

จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น และที่รวบรวมได้จากแหล่งต่างๆ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม เป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยเองมีภาระทางสุขภาพที่ต้องรับผิดชอบตัวเองเพิ่มขึ้น มีรูปแบบการจัดการตนเองหลากหลาย และระดับการจัดการตนเองไม่เท่ากัน รวมทั้งยัง

พบว่าระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่พบในปัจจุบัน เน้นเฉพาะโรคที่เป็นสาเหตุหลักเบื้องต้น ที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ขาดความต่อเนื่อง และประสานความร่วมมือในการดูแล ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ และคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นการสอนให้ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้จึงมีความท้าทายสำหรับพยาบาล ในการที่จะช่วยเหลือ ส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยให้มีความรู้ความสามารถ และมีความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ยังมีองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมจำนวนน้อย โดยเฉพาะในประเทศไทย ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน การขาดองค์ความรู้ดังกล่าว ส่งผลทำให้พยาบาลไม่สามารถวางแผนในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมมีการจัดการตนเองเป็นอย่างไร โดยใช้กรอบแนวคิดของลิน<sup>14</sup> เพื่อให้เกิดความเข้าใจ การจัดการตนเองของผู้ป่วย และเป็นแนวทางให้พยาบาล นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการจัดการตนเอง ให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม

## กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้แนวคิดของลิน<sup>14</sup> ที่กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกิจกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเอง เป็นกระบวนการที่ยืดหยุ่นได้ เป็นกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยออกแบบด้วยตัวเอง จนประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย โดยการกำกับควบคุมการปฏิบัติด้วยตัวเอง ร่วมกับผู้จัดหาดูแลสุขภาพและบุคคลสำคัญในชีวิต วัตถุประสงค์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การบูรณาการด้วยตนเอง (self-integration) เกี่ยวข้องกับความสามารถในการ

บูรณาการการเจ็บป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผ่านกิจกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเหมาะสม 2) การกำกับตนเอง (self-regulation) เกี่ยวข้องกับการกำกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเองผ่านวิธีการ การเฝ้าระวังติดตาม (self-monitoring) อาการ และอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด 3) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต (interaction with health professional and significant others) เกี่ยวข้องกับการประสานความร่วมมือกับ ผู้จัดหาดูแลสุขภาพ และบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต 4) การเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด (self-monitoring of blood glucose) เกี่ยวข้องกับการตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ และตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง 5) การยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (adherence to recommended regimen) เกี่ยวข้องกับการยึดมั่นของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัด

## วิธีการศึกษา

ศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคจอตาเสื่อม โรคไตเรื้อรัง โรคแผลที่เท้าจากเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ใ้รับรู้สัณฐานลักษณะดีสามารถพูดฟังภาษาไทยได้ สื่อความหมายได้ดี และยินดีเข้าร่วมวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน คือ 1) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคร่วม 3) แบบสอบถาม

การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 5 ด้านของลินและคณะ<sup>15</sup> โดยแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยปรับคำถามเพิ่มจาก 35 ข้อ เป็น 39 ข้อเพื่อให้เหมาะกับบริบทของไทย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของ likert scale มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการตนเอง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 1 ท่าน และหาความความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา 20 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.82<sup>18</sup> แปลความหมายการจัดการตนเอง ด้วยช่วงของค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลการจัดการตนเองโดยรวมและรายด้าน (5 ด้าน) เป็น 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากผ่านการพิจารณาผ่านจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณหากลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าเฉลี่ย จากจำนวนประชากรที่ทราบแน่นอน<sup>18</sup>

$$n = \frac{NZ^2\delta^2}{Nd^2 + Z^2\delta^2}$$

ได้จำนวน 120 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2553 – กุมภาพันธ์ 2554 ทุกวันอังคาร ณ ห้องตรวจอายุรกรรมเบอร์ 8 และวันศุกร์ ณ คลินิกบูรณาการเบาหวาน เวลา 8.00–12.00 น. โดยใช้แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ในการดำเนินการวิจัย กรณีที่ผู้ป่วยสายตาดีสามารถอ่านได้ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านข้อความในแบบสอบถามได้ เช่น มองไม่ชัด ไม่มีแว่นสายตา หรือต้องการให้ผู้วิจัยเป็น

ผู้อ่านให้ฟัง ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟัง ใช้วิธีการทบทวนซ้ำๆ ให้เข้าใจ และให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกคำตอบเองตามความเป็นจริง ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรม SPSS

## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 120 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.80 มีอายุระหว่าง 30 ถึง 70 ปี เฉลี่ย 59.06 ปี มีสถานภาพคู่ร้อยละ 87.50 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.80 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 49.20 เป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 52.50 มีบทบาทเป็นผู้อยู่อาศัยร้อยละ 53.30 อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 63.30 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลร้อยละ 95.83 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 26.70 รองลงมามีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 16.70 ใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 39.16 ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 บาท เฉลี่ย 19,000 บาท/เดือน มีรายได้ไม่เพียงพอต้องกู้ยืมร้อยละ 38.30 มีค่า Fasting Plasma Glucose (FPG) อยู่ระหว่าง 46 ถึง 463 เฉลี่ย 160.71 mg/dl ระดับของ HbA1c อยู่ระหว่าง 6.10 ถึง 12.80 เฉลี่ย 8.24 % และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยมีประวัติเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลร้อยละ 40.00 ไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลร้อยละ 60.00

2. ประวัติการรักษา โรคร่วม และคะแนนการรับรู้สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1-10 ปี เฉลี่ย 11.38 ปี ส่วนใหญ่มีโรคร่วม 1-3 โรค โรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง เคยได้รับการตรวจตาร้อยละ 77.50 ตรวจปัสสาวะร้อยละ 73.30 และตรวจเท้าร้อยละ 62.50 ตามลำดับ รักษาโรคเบาหวานด้วยยาเกินมากที่สุดร้อยละ 56.70 ยานี้ด้อยละ 30.80 รักษาแบบทางเลือกซึ่งส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรอีกร้อยละ 11.70 ให้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ระหว่าง 0 ถึง 9 คะแนนเฉลี่ย 5.93 (0 หมายถึงรับรู้สุขภาพแย่ที่สุด 10 หมายถึงรับรู้สุขภาพดีที่สุด) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามประวัติการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยและโรคร่วม

| ข้อมูล                                       | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------------------------|-------|--------|
| ส่วนบุคคล (n = 120)                          |       |        |
| ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ปี)       |       |        |
| 1-10                                         | 55    | 45.83  |
| 11-20                                        | 42    | 35.00  |
| 21-30                                        | 18    | 15.00  |
| มากกว่า 30                                   | 5     | 4.17   |
| (Mean = 11.38, S.D. = 8.04, Range = 2-36 ปี) |       |        |
| จำนวนโรคร่วมที่สัมพันธ์กับเบาหวาน            |       |        |
| 1-3 โรค                                      | 71    | 59.17  |
| 4-6 โรค                                      | 47    | 39.17  |
| > 6 โรค                                      | 2     | 1.66   |
| โรคร่วมที่สัมพันธ์กับเบาหวาน                 |       |        |
| ความดันโลหิตสูง                              | 110   | 91.70  |
| จอตาลเสื่อม                                  | 59    | 57.50  |
| ไตเรื้อรัง                                   | 55    | 45.80  |
| ชาปลายมือปลายเท้า                            | 30    | 25.00  |
| หลอดเลือดหัวใจ                               | 22    | 18.30  |
| แผลที่เท้า                                   | 15    | 12.50  |
| หลอดเลือดสมอง                                | 11    | 9.20   |
| ประวัติการรักษาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา           |       |        |
| การตรวจตา                                    |       |        |
| เคย                                          | 93    | 77.50  |
| ไม่เคย                                       | 27    | 22.50  |
| การตรวจปัสสาวะ                               |       |        |
| เคย                                          | 88    | 73.30  |
| ไม่เคย                                       | 32    | 26.70  |
| การตรวจเท้า                                  |       |        |
| เคย                                          | 75    | 62.50  |
| ไม่เคย                                       | 45    | 37.50  |
| ประวัติการรักษา                              |       |        |
| ยาเกิน                                       | 68    | 56.70  |
| ยานี้ด                                       | 37    | 30.80  |
| ทั้งเกินและน้ด                               | 15    | 12.50  |
| อื่น ๆ (ใช้ยาสมุนไพร)                        | 14    | 11.70  |

### 3. การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 การจัดการตนเองโดยรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองโดยรวม ในระดับปานกลาง อยู่ในช่วง 2.61 – 3.40 คิดเป็นร้อยละ 45.00 และค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมในระดับมาก อยู่ในช่วง 3.41 – 4.20 คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาคือมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมในระดับมากที่สุด อยู่ในช่วง 4.21 – 5.00 คิดเป็นร้อยละ 10.00 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมในระดับน้อย อยู่ในช่วง 1.81 – 2.60 คิดเป็นร้อยละ 3.33 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามระดับการจัดการตนเอง

| ระดับการจัดการตนเองโดยรวม     | จำนวน<br>(n = 120) | ร้อยละ |
|-------------------------------|--------------------|--------|
| ระดับน้อยที่สุด (1.00 – 1.80) | 0                  | 0.00   |
| ระดับน้อย (1.81 – 2.60)       | 4                  | 3.33   |
| ระดับปานกลาง (2.61 – 3.40)    | 54                 | 45.00  |
| ระดับมาก (3.41 – 4.20)        | 52                 | 43.33  |
| ระดับมากที่สุด (4.21 – 5.00)  | 10                 | 8.33   |

3.2 การจัดการตนเองรายด้าน จากทั้งหมด 5 ด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองรายด้านอยู่ในระดับมาก 2 ด้าน คือ การยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ( $\bar{X}$  = 3.84, S.D. = 0.89) และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต ( $\bar{X}$  = 3.82, S.D. = 1.10) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้านคือ การกำกับตนเอง ( $\bar{X}$  = 3.42, S.D. = 1.21) และการบูรณาการด้วยตนเอง ( $\bar{X}$  = 3.40, S.D. = 0.94) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองรายด้านอยู่ในระดับน้อย 1 ด้านคือ การเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด ( $\bar{X}$  = 2.48, S.D. = 1.61) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจัดการตนเองจำแนกตาม การจัดการตนเองรายด้าน

| การจัดการตนเองรายด้าน                                          | $\bar{X}$ | S.D. | ระดับการจัดการตนเอง |
|----------------------------------------------------------------|-----------|------|---------------------|
| 1. ด้านการบูรณาการด้วยตนเอง                                    | 3.40      | 0.94 | ปานกลาง             |
| 2. ด้านการกำกับตนเอง                                           | 3.42      | 1.21 | ปานกลาง             |
| 3. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และบุคคลสำคัญ | 3.82      | 1.10 | มาก                 |
| 4. ด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด                          | 2.48      | 1.61 | น้อย                |
| 5. ด้านการยึดมั่นกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา                   | 3.84      | 0.89 | มาก                 |
| รวม                                                            | 3.40      | 1.07 | ปานกลาง             |

### การอภิปรายผลการศึกษา

1. การจัดการตนเองโดยรวม จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 45 มีระดับการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นเวลานานเฉลี่ย 11.38 ปี (ร้อยละ 45.83) มีค่า HbA1c เฉลี่ย 8.24 (ร้อยละ 80.00) จึงทำให้มีประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานในระดับหนึ่ง แต่เมื่อมีโรคร่วมเกิดขึ้นทำให้มีความยากลำบากในการจัดการตนเอง ส่งผลทำให้คะแนนการจัดการตนเองไม่สูง ในขณะที่ระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวนา กิริยัตยวงศ์<sup>19</sup> พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยมานานและควบคุมโรคไม่ได้ จะมีความกระตือรือร้นและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดลง ศรียา วัฒนพาหุ & สมนสารณพ<sup>20</sup> พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยเบาหวานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยยังมีภาวะแทรกซ้อนและภาวะดื้อยา มาขัดขวาง จากการศึกษาของสิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล<sup>21</sup> พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง เนื่องจาก ผู้ป่วยรับรู้โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ต้องอยู่กับมันไปตลอดชีวิต

ด้วยเหตุผลอีกประการหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง อาจเป็นผลมาจากอายุที่มากกว่า 60 ปี เฉลี่ย 59 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุเริ่มมีความเสื่อมของร่างกาย ความสามารถในการคิด การรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น และการตัดสินใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพและการจัดการตนเองลดลงและเริ่มมีภาวะพึ่งพาผู้ดูแลในการจัดการโรค<sup>22</sup> จึงทำให้คะแนนการจัดการตนเองในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความหมายในชีวิตอยู่ในระดับมาก ร่วมกับพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 98.34 มีโรคร่วมหลายโรค ทำให้ต้องการความสามารถเพื่อใช้ในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Methakanjanasak<sup>23</sup> ที่พบว่า การมีโรคร่วม ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นจนเกินกว่าความสามารถที่จะจัดการได้ Kerr et al.<sup>24</sup> พบว่าการมีโรคร่วมตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป ทำให้ความสามารถในการจัดการตนเอง และการให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคของผู้ป่วยลดลง Deaton<sup>7</sup> พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากโรคร่วม เช่น การมีภาวะหัวใจล้มเหลว มีผลต่อความสามารถในการจัดการตนเอง และการให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยลดลงเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลลา ตันตโยทัย<sup>25</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเจ็บป่วยแทรกซ้อน เช่น อาการปวดแสบปวดร้อนที่ขาและเท้า นอนไม่หลับ หรืออาการท้องเสีย ผู้ป่วยจะเลิกควบคุมอาหาร หยุดการออกกำลังกาย หรือบางครั้งอาจลดขนาดยาเอง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลเกิดการเป็นซ้ำของโรคบ่อยๆ โดยพบว่าในรอบปีที่

ผ่านมา ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะเฉียบพลัน ร้อยละ 50.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ Struijs<sup>26</sup> พบว่า จำนวนโรคร่วมที่มีเพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับจำนวนการมาใช้บริการทางการแพทย์และจำนวนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อปีเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams<sup>8</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค มีโอกาสเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะเฉียบพลัน ที่เกิดจากการมีภาวะสุขภาพโรคเรื้อรังหลายโรครวมกัน

## 2. การจัดการตนเองรายด้าน

2.1 ด้านการบูรณาการด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเอง ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.40, S.D. = 0.94) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เมื่อต้องรับประทานอาหารนอกบ้านไม่สามารถจัดการตนเองในการควบคุมปริมาณและประเภทอาหารได้อย่างเหมาะสม สะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร เพื่อให้ระดับน้ำตาลเป็นปกติ ปฏิบัติได้ยากเพราะขัดแย้งกับการมีกิจกรรมตามปกติบางอย่าง และถึงแม้ว่าจะทราบว่า อาหารชนิดไหนมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด แต่ผู้ป่วยเองยังไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมๆ อธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นเวลานาน มีความกระตือรือร้น และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดลง<sup>20</sup> การมีโรคแทรกซ้อนหรือโรคร่วม มีผลทำให้ความสามารถในการจัดการตนเอง และการควบคุมโรคของผู้ป่วยลดลง<sup>21</sup> ร่วมกับการมีข้อจำกัดของความสามารถ ในการจัดการตนเองที่เป็นผลเนื่องมาจากความสูงอายุดังที่กล่าวผ่านมาแล้ว<sup>22</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความรุนแรง ของอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากโรคร่วม ยังมีผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองและการให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยลดลงด้วยเช่นกัน<sup>7</sup>

2.2 ด้านการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.46 S.D. = 1.21) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เข้าใจสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาล

ในเลือดของตนเอง สามารถบอกหรือระบุ อาการ อาการแสดงที่เกิดขึ้นได้ สามารถจัดการแก้ไขและดูแลตนเองได้ เมื่อเกิดอาการเหล่านั้น โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของตนเอง พยายามเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าระดับน้ำตาลในปัจจุบันกับที่ตั้งเป้าหมายไว้ แต่ส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามที่มุ่งหวัง (บางคนไม่รู้จักระดับน้ำตาลที่เกาะบนเม็ดเลือดแดง) มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารก่อนมาตรวจ พบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดดี แต่ค่าระดับน้ำตาลที่เกาะบนเม็ดเลือดแดงสูงมาก อาจจะอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมานาน เมื่อได้รับการวินิจฉัยในระยะแรก มีความหวังว่าจะมีวิธีการรักษาทำให้โรคเบาหวานหาย หรือควบคุมโรคได้ จึงมีความพร้อมในการรับข้อมูล ศึกษาสนใจ และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นอย่างดี แต่เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน ความกระตือรือร้น และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมโรคได้ลดลง<sup>27</sup> นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 70.00 Yin Xu et al.<sup>28</sup> พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา และความรู้เรื่องเบาหวานจะมีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

**2.3 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต** มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.82$  S.D. = 1.01) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถขอคำปรึกษา สอบถามข้อข้องใจ ให้ข้อเสนอแนะ และให้ความร่วมมือในการพูดคุยเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน รวมทั้ง สอบถามแหล่งสนับสนุนในการดูแลตนเอง กับแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ดีญาติพี่น้องและเพื่อนได้อย่างเต็มที่ อธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัด และได้รับการตรวจคัดกรองโรคเพื่อตรวจหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ จากข้อมูลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าเคยได้รับการตรวจตาร้อยละ 77.50 ตรวจปัสสาวะร้อยละ 73.30

และตรวจเท้าร้อยละ 62.50 สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al.<sup>29</sup> ที่ว่าบุคคลมีความรับผิดชอบและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้ พบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ สอบถามปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่สงสัย และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และไปตรวจตามแพทย์นัด นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารุ่นนี้ ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 63.30 มีผู้ดูแลร้อยละ 95.00 จากการศึกษาของ เพลินตา ศิริปการ & นงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต<sup>30</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีสถานภาพคู่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่

**2.4 ด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด** มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเอง อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.84$  S.D. = 1.61) เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อสงสัยว่ามีอาการน้ำตาลในเลือดสูง ต่ำ หรือเมื่อมีอาการป่วยไม่สบาย มีไข้ ปวดศีรษะ อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีโรคร่วมหลายโรคก่อให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการจัดการตนเอง มีผลทำให้ความสามารถในการจัดการตนเอง และการให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยลดลง และยังพบว่าระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นจากโรคร่วม เช่น การมีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังมีผลต่อความสามารถในการจัดการตนเอง และการให้ความสำคัญ ในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยลดลง<sup>24</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.00 ไม่มีเครื่องตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับ Amor<sup>9</sup> กล่าวว่า การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และทราบผลทันที โดยใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเองที่บ้าน มีประโยชน์ในการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้ กับเป้าหมายที่ตัวเองกำหนดไว้ ตรงกันหรือไม่ เพื่อ



ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการจัดการตนเอง ในการควบคุมโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา จรูญสิทธิ์<sup>31</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเองที่บ้านเพราะทำให้สามารถพบพบแพทย์ตามนัดได้ทัน และปรับเปลี่ยนการปฏิบัติในวันถัดไป จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการย้อนหลัง 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่ามีค่า Fasting Plasma Glucose (FPG) อยู่ระหว่าง 46-463 เฉลี่ย 160.71 mg/dl มีระดับของ HbA1c อยู่ระหว่าง 6.10-12.80 เฉลี่ย 8.24 % มีระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมานาน ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมระดับ HbA1c ให้ต่ำกว่า 7% (ADA, 2006 cited in อาภาพรรณ นเรนทิทักษ์, 2551)<sup>32</sup> ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานขึ้น จึงมีโอกาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ถึงเกณฑ์เป้าหมายได้ยากขึ้น เนื่องจากมีการสูญเสียปริมาณ เบต้าเซลล์ ในตับอ่อนเพิ่มขึ้น (วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ, 2549 cited in อาภาพรรณ นเรนทิทักษ์, 2551)<sup>32</sup>

**2.5 ด้านการยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา** มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเอง อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.84$  S.D. = 0.89) เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่วัดตามนัดสม่ำเสมอ รับประทานยาครบ และตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง ได้เป็นอย่างดี อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีระบบประกันสุขภาพ โดยใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 39.16 รองลงมาใช้สิทธิเบิกจากราชการหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 30.83 จึงทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสามารถมารับการรักษาหรือเข้าถึงระบบสุขภาพได้โดยง่าย ส่วนผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานผักผลไม้ให้ได้สัดส่วน และการงดอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล และไขมัน ยังมีการปฏิบัติได้ไม่ดี เมื่อสอบถามถึงปัจจัยในการขัดขวางกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะบอกว่า “ไม่สามารถปรับเปลี่ยนการกินได้ ชอบกินหวาน” “ซื้ออาหารกินเอง

ร้านอาหารมีให้เลือกไม่มาก” “เวียนศีรษะบ่อยๆ ทำให้ประกอบอาหารกินเองไม่ได้ มีอะไรก็ต้องกิน” การมีโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่าง เช่น โรคหัวใจ โรคปอด หรือโรคปวดข้อ ความอ้วน มีผลต่อการทำหน้าที่ทางกาย ส่งผลต่อการออกกำลังกายตามข้อกำหนด “ปกติผมออกกำลังกายทุกวัน แต่พอเริ่มปวดเข่า บางทีทำแล้วเหนื่อย จึงไม่ได้ออกกำลังกาย”

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งที่มีโรคร่วมสัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับเบาหวาน เพื่อสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 ควรนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการสอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมเพื่อให้ทราบถึงการจัดการตนเอง

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีโรคร่วมสัมพันธ์กับเบาหวานจำเพาะในแต่ละโรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ

2.2 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้และอุปสรรคในการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม เพื่อที่จะได้นำข้อมูลเชิงลึกในการวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมให้มีการจัดการตนเองได้อย่างยั่งยืนต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุก ๆ ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ รวมทั้งบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- สุนทร ตันทนันทน์.วารสารเบาหวาน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เลียงเชียง; 2549.
- Childs B. Complication and comorbidities : promoting diabetes self-management. *AJA* 2007; 107(6): 55-9.
- Piette JD, Kerr EA. The impact of comorbid chronic conditions on diabetes care. *Diabetes Care* 2006; 29(3): 725-31.
- อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. การประเมินสถานการณ์การเบาหวานของประเทศไทย กรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการเบาหวานแห่งชาติ. กรุงเทพฯ; 2547.
- Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF, Main DS. Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *Annals of Family Medicine* 2005 ; 5(5): 395-402.
- Heuer L, Lausch C. Living with diabetes: Perception of Hispanic Migrant Farmworkers. *J. Community Health Nurs* 2006; 23(1): 49-64.
- Deaton C, et al. The synergistic effect of heart disease and diabetes on self-management, symptoms, and health status. *Heart Lung* 2006; 35(5): 315-23.
- Williams A. Patients with comorbidities: perceptions of acute care services. *J Adv Nurs* 2003; 46(1):13-22.
- Armor B. Diabetes and comorbid conditions. *Drug store news* 2007; 5(1): 1-7.
- Naemiratch B, Manderson L. Control and adherence : Living with diabetes in Bangkok, T *Soc Sci Med* 2006 ; 63: 1147- 57.
- Yates BT. Applications in Self-management : A Textbook. USA : Wadsworth publishing company; 1986 : 40-65.
- Somranyart M. Effective Self-management of training program among Thai cancer patient with pain. Doctoral of Philosophy in nursing Graduate school Chiang Mai University; 2006.
- Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annu Behav Med* 2003 ; 26(1): 1-7.
- Lin CC. Development and testing of the diabetes self-management instrument. unpublished doctoral dissertation, The university of Michigan ; 2005.
- Lin CC, Anderson RM, Chang CS, Hagerty BM, Loveland-cherry CJ. Development and testing of the diabetes self-management instrument : A confirmatory analysis. *Res Nurs Health* 2008; 31:370-80.
- หน่วยเวชระเบียน. สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ขอนแก่น: งานเวชระเบียนสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ; 2550.
- สมุดทะเบียนหอผู้ป่วย 4ก, 4ข, 4ค. สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ขอนแก่น : แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
- วรรณชนก จันทชุม. การวิจัยทางการแพทย์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างและกำหนดขนาดตัวอย่าง. ขอนแก่น: ภาควิชาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
- ภาวนา กิริยัตวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนทัศน์สำคัญสำหรับการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชลบุรี : พีเพรส จำกัด; 2544.
- ศรียา วัฒนพาหุ สนม สารานพ. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลสระบุรี. (รายงานการวิจัย) สระบุรี : กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสระบุรี ; 2540.

21. สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2549.
22. อัมพรพรรณธีรานุตรสุจิตราเหลืออมรเลิศวรรณภา ศรีธัญรัตน์ นิตย ทัศนียม สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. การพัฒนารูปแบบบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(1): 1-11.
23. Methakanjanasak N. Self-management of end-stage renal disease patients receiving hemodialysis. (Thesis). Chiang Mai : Chiang Mai University; 2005.
24. Kerr E.A, Heisler M, Krein SL, Kabeto M, Langa KM, Weir D. et al. Beyond comorbidity counts : How do comorbidity type and severity influence diabetes patients' treatment priorities and self-management. J Gen Intern Med 2007; 22(12):1600-40.
25. วิลลา ตันตโยทัย. รูปแบบในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2525.
26. Struijs JN, Baan C.A, Schellevis FG, Westert GP, Van den Bos G.AM. Comorbidity in patients with diabetes mellitus : impact on medical health care utilization. BioMed Central Health Services Research 2006 ; 6 : 84.
27. กาวนา กิรติยวงศ์. การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537
28. Yin Xu, Toobert D, Savage C, Pan W, Whitmer K. Factors influencing diabetes self-management in Chinese people with type 2 diabetes. Res Nurs Health 2008; 31: 613-25
29. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Education, Inc; 2002.
30. เพลินตา ศิริปการ นงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540.
31. จิตติมา จรูญสิทธิ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2545; 16(2): 41-51.
32. อาภาพรพรณ นเรนทร์พิทักษ์. ลักษณะทางคลินิกและความชุกของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 17(1): 124-37