วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ในพื้นที่กลุ่มกรุงเทพตะวันออก

EXPERIENCE OF GLYCEMIC CONTROL OF WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS IN EASTERN AREA OF BANGKOK

จารุภา จิรโสภณ[1,*] รัตนา จารุวรรโณ[1]
Jarupa Chirasopone Ratana Charuwanno
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เขตมีนบุรี กรุงเทพ 10510
Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Min Buri, Bangkok, 10510, Thailand
[*]Corresponding author E-mail: jarupa.wc@gmail.com

Received: *February 4, 2026* Revised: *June 5, 2026* Accepted: *June 29, 2026*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ในพื้นที่กลุ่มกรุงเทพตะวันออก ผู้ให้ข้อมูล คือ สตรีที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป มีผลตรวจน้ำตาลในเลือด Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ผิดปกติ 2 ค่าขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ตุลาคม พ.ศ.2567 ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน ผู้วิจัยหลักดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลสร้างโดยผู้วิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แนวคำถามกึ่งมีโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และ 3) แบบบันทึกภาคสนาม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ .875, .875 และ .937 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์ประเด็นและใช้การตรวจสอบสามเส้า

ผลการวิจัยพบ 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การเผชิญความเครียดเมื่อรับรู้ว่าเป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ 2) กลยุทธ์การจัดการเบาหวานจากการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง 3) การเผชิญอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 4) เพื่อลูกแม่ทำได้ทุกอย่าง ข้อค้นพบนี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย จัดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ในบริบทไทยเพื่อคุณภาพการดูแลที่เป็นระบบและต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, เบาหวานจากการตั้งครรภ์, พื้นที่กลุ่มกรุงเทพตะวันออก

Abstract

This qualitative study explored the experiences of glycemic control among women with gestational diabetes mellitus (GDM) in Eastern Bangkok. Twenty pregnant women at 24 weeks of gestation or more, diagnosed with GDM based on at least two abnormal values in the Oral Glucose Tolerance Test (OGTT), and receiving antenatal care at hospitals in the Bangkok Metropolitan Region between January and October 2024, participated in the study. Twenty informants were purposively selected. Data were collected through individual in-depth interviews conducted by the principal investigator, using research instruments developed by the investigator: (1) a personal data record form, (2) a semi-structured interview guide, and (3) a field note form. Content validity was assessed by three experts, with item-objective congruence (IOC) scores of .875, .875, and .937. Qualitative data were analyzed using thematic analysis and methodological triangulation.

The research finds that four major themes: 1) confronting emotional distress following a diagnosis of GDM, 2) self-management strategies for living with GDM, 3) navigating barriers to optimal glycemic control, and 4) Driven by motherhood: Doing everything for the well-being of the child. These findings can inform policy development, guide the design of self-management promotion programs, and support the development of clinical care practices to maintain optimal blood glucose control among women with GDM in the Thai context, thereby ensuring systematic and continuous quality of care.

Keywords: experience of glycemic control, gestational diabetes mellitus, Eastern Area of Bangkok

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี พ.ศ. 2560 มีสตรีทั่วโลกเป็นเบาหวานประมาณ 204 ล้านคน โดย 61 ล้านคนอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ และ 21.3 ล้านคนมีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานจากการตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus: GDM) และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (International Diabetes Foundation: IDF, 2019) ประเทศไทยมีอัตราความชุกของ GDM เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2554 โดยพบ GDM ชนิด A1 ร้อยละ 70.9 และ A2 ร้อยละ 29.1 (Tekasakul, 2011) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบความชุก GDM ในสตรีอายุ 30 - 34 ปี ร้อยละ 5.7 (Sumeksri, Wongyai, & Aimpun, 2006) ข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราช พบว่าสตรีที่เป็น GDM มีการพัฒนาไปสู่ภาวะความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (impaired glucose tolerance: IGT) ร้อยละ 35.5 และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 10 หลังคลอดในช่วง 6 - 12 สัปดาห์ (Ittiamornlert, Sunsaneevithayakul, & Boriboonhirunsarn, 2016; Khan et al., 2020)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาอย่างมาก โดยทำให้มีโอกาสเพิ่มอัตราการแท้ง คลอดก่อนกำหนด เกิดการติดเชื้อ ความดันโลหิตสูง และครรภ์แฝดน้ำ (Mirfeizi, Mehdizadeh Tourzani, Asghari Jafarabadi, Moghimi Hanjani, & Hasanzad, 2017) ซึ่งนำไปสู่อัตราการผ่าตัดคลอดและตกเลือดหลังคลอดเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ตามมา (Zhou et al., 2018) ส่วนผลกระทบต่อทารกในครรภ์ที่พบบ่อยและรุนแรง ได้แก่ เพิ่มความเสี่ยงต่อพัฒนาการปอดล่าช้า ความพิการแต่กำเนิด น้ำหนักเกิน 4,000 กรัม ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อแรกเกิด และความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม (Gercek & Sen, 2015; Mirfeizi et al., 2017)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก (Brown et al., 2018; Meena et al., 2021; Zulfiqar, Hasan Khan, Shakeel, & Azhar, 2021) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยสนับสนุนในบริบทแวดล้อมของสตรีตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญมาก ทั้งด้านครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพที่จะช่วยผลักดันให้สตรีตั้งครรภ์ควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้สำเร็จ ทั้งในด้านความรู้ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ การให้กำลังใจ การช่วยเหลือให้สามารถข้ามผ่านข้อจำกัดต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์จากบุคลากรทางสุขภาพทั้งทางตรงและการใช้เทคโนโลยีสื่อสาร ความเข้าใจในบริบททางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของการบริการทางสุขภาพ (Carolan, 2013; Carolan, Gill, & Steele, 2012; Nunes et al, 2025) ซึ่งข้อค้นที่กล่าวมาส่วนใหญ่มาจากการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพแตกต่างจากประเทศไทย ซึ่งการศึกษาในบริบทของประเทศไทยยังมีไม่มากนัก และจากการศึกษาของ Thaithae and Thanaboonpuang (2026) พบว่าสตรีที่เป็น GDM ในกรุงเทพมหานครมีความรอบรู้ทางสุขภาพน้อย จึงส่งผลให้การจัดการตนเองเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็น แสดงให้เห็นว่ายังขาดองค์ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และกระบวนการจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่สำคัญต่อการวางแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมของกรุงเทพ อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็น GDM ในพื้นที่กรุงเทพตะวันออกซึ่งเป็นพื้นที่ขอบนอกของกรุงเทพมหานครที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและมีสถานบริการทางสุขภาพระดับตติยภูมิไม่มาก เมื่อพบสตรีที่เป็น GDM มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์จึงต้องส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิในพื้นที่ สะท้อนถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ทำให้เกิดความท้าทายในการจัดการตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็น GDM ในพื้นที่กลุ่มกรุงเทพตะวันออกเพื่อให้ได้ข้อค้นพบเชิงลึกที่สามารถใช้กำหนดนโยบาย จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และแนวปฏิบัติในการดูแลทางคลินิกที่สอดคล้องกับความต้องการของสตรีที่เป็น GDM ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีประสิทธิภาพในบริบทสังคมไทย

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ในพื้นที่กลุ่มกรุงเทพตะวันออก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์ประเด็น (thematic analysis) และการตรวจสอบสามเส้าเพื่อตรวจสอบและยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (trustworthiness) ตามหลักการของ Guba and Lincoln (1989) และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2559)

ประชากร คือ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus: GDM) ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีผลตรวจน้ำตาลในเลือด OGTT 100 gm ผิดปกติตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ในพื้นที่กรุงเทพตะวันออก ระหว่างเดือน มกราคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2567

ผู้ให้ข้อมูล คือ สตรีที่เป็น GDM ที่เข้ารับบริการหน่วยฝากครรภ์ คัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ตามเกณฑ์การคัดเข้า 1) ครรภ์ก่อนไม่มีประวัติ GDM 2) อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป 3) มีการควบคุมน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมาแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ 4) สามารถ พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี และ 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรง

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้พบว่าข้อมูลอิ่มตัวโดยไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม (data saturation) ที่จำนวนผู้ให้ข้อมูล 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเครื่องมืออื่นที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติทางสูติกรรม และการเตรียมอาหารของครอบครัว

2. แนวคำถามกึ่งมีโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) เพื่อให้แนวทางในการสัมภาษณ์ที่มีความยืดหยุ่นในการสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ในพื้นที่กลุ่มกรุงเทพตะวันออก ประกอบด้วยแนวคำถาม 8 ข้อ อาทิเช่น 1) ตามความคิดของท่าน การควบคุมอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานควรทำอย่างไร/ท่านทำเองหรือไม่ เพราะเหตุใด 2) ตามความคิดของท่าน “การควบคุมน้ำตาลในเลือด” หมายถึงอะไร และ 3) ท่านคิดว่า มีอะไร/สิ่งใดบ้างที่ทำให้ท่านควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้ เป็นต้น

3. แบบบันทึกภาคสนาม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลขณะสัมภาษณ์เกี่ยวกับเนื้อหา ภาษาพูด ภาษาท่าทาง การแสดงความรู้สึก และบริบทในขณะสัมภาษณ์ เพื่อใช้พิจารณาร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นำไปสู่การได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

4. อุปกรณ์บันทึกเสียงชนิดพกพา Sony ICD-PX470 ที่สามารถลด/ตัดเสียงรบกวนขณะบันทึกได้

ผลตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาและวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลคลินิกสูติกรรม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ .875, .875 และ .937 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เลขที่โครงการ R001/65P ลงวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2565 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เลขที่โครงการ E023hh/66 EXP ลงวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2566 แต่เนื่องจากมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในช่วงแรก ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าพื้นที่วิจัยเพื่อเก็บข้อมูลได้ด้วยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลอีกครั้งตามที่ขอจริยธรรมการวิจัยในครั้งหลัง นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการรักษาความลับและเคารพในเอกสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ และจะทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยหลักเป็นคนนำสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ตั้งแต่มกราคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แนวคำถามกึ่งมีโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ถามคนละ 2 - 3 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 - 4 สัปดาห์ โดยเลือกสัมภาษณ์ในเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกตามวันนัดตรวจครรภ์ตามปกติของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยในทีมทำหน้าที่ช่วยวิจัยจดบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียง ซึ่งภายหลังการถอดข้อความจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนำข้อมูลที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ก่อนที่จะนำไปลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์มูล การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์ประเด็น (thematic analysis) มี 3 ขั้นตอน (Liamputtong, 2013) คือ 1) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดข้อความแบบคำต่อคำ 2) นำข้อมูลที่ถอดข้อความได้มาพิจารณาร่วมกับข้อมูลที่ได้จากบันทึกภาคสนามเพื่อหาประเด็นที่น่าสนใจและแยกข้อความสำคัญมาลงรหัส แล้วจัดหมวดหมู่ข้อมูล และ 3) นำหมวดหมู่ที่ได้เชื่อมโยงกัน เพื่อกำหนดชื่อประเด็นให้เหมาะสมกับข้อมูลและเลือกคำให้สัมภาษณ์ที่เด่นชัดในประเด็นมาประกอบเป็นเรื่องราวที่สมบูรณ์ จากนั้นตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยการตรวจความสอดคล้องระหว่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และบันทึกภาคสนาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบให้แน่ใจว่าตรงกับการรับรู้และ

ข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลบอก ก่อนที่ผู้วิจัยจะนำมาสรุปเพื่ออภิปรายผลการวิจัย (Guba & Lincon's, 1989; Oumtanee, 2016)

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูล 20 คน (P1 - P20) อายุ 20 - 40 ปี (อายุเฉลี่ย 30.1 ปี) ทุกคนมีสถานภาพสมรสคู่ ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45) รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 30) เมื่อพิจารณาประวัติการตั้งครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (ร้อยละ 55) รองลงมา คือ การตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 25) ส่วนด้านปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 60) รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์เกินมาตรฐาน (ร้อยละ 30) ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงที่เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 70) มีผู้ให้ข้อมูลเพียงร้อยละ 5 ที่มีประวัติคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม และร้อยละ 5 ที่มีประวัติบุตรเสียชีวิตในครรภ์ นอกจากนี้ ด้านพฤติกรรมการบริโภค พบว่าส่วนใหญ่นิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานเอง (ร้อยละ 55)

2. ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus: GDM) ในพื้นที่กลุ่มกรุงเทพตะวันออก ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การเผชิญความเครียดเมื่อรับรู้ว่าเป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ 2) กลยุทธ์การจัดการเบาหวานจากการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง 3) การเผชิญอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 4) เพื่อลูกแม่ทำได้ทุกอย่าง มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ประเด็นที่ 1 การเผชิญความเครียดเมื่อรับรู้ว่าเป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ (confronting emotional distress following a diagnosis of GDM)

การวินิจฉัยว่าเป็น GDM ก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่หลากหลายต่อสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้สภาวะสุขภาพ การตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองและทารกในครรภ์ รวมถึงความสามารถในการจัดการโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนปฏิกิริยาทางอารมณ์ ได้แก่

2.1.1 รู้สึกตกใจที่รู้ว่าเป็นเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรู้สึกตกใจทันทีเมื่อแพทย์บอกการวินิจฉัย บางรายปฏิเสธ บางรายรู้สึกช็อกจนพูดไม่ออก ดังคำกล่าว

P12: *"เอาจริง ๆ นะทีแรกที่หมอบอกเป็นเบาหวาน มันตกใจมากนะ คิดในใจว่าผลเลือดต้องผิดคนแน่ ๆ ... มันเป็นไปได้ไง เพราะเราดูแลตัวเองดีมาตลอด"*

P19: *"ทันทีที่หมอบอกว่าเป็น (เบาหวาน) ... ตอนนั้นมันช็อกจนพูดไม่ออก จำได้แค่ว่าร้อง หือ!!!... แล้วก็เงียบไปพักนึง เหมือนจุก... น้ำตาคลอ"*

2.1.2 กลัวว่าลูกจะเป็นอันตราย

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนกลัวว่าการเป็น GDM จะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ความกลัวที่พบ ได้แก่ ภาวะทารกตัวโตผิดปกติและคลอดยาก การคลอดก่อนกำหนด และภาวะน้ำตาลต่ำหลังคลอด ดังคำกล่าว

P17: *"ถ้าลูกตัวใหญ่ คงคลอดยาก กลัวอันตรายตอนคลอดอย่างที่หมอเคยบอกไว้ตอนหกเดือน"*

P9: *"กลัวมากทุกครั้งที่ตรวจเลือด (ระดับน้ำตาลในเลือด) หมอบอกว่าถ้าน้ำตาลยังสูงมากยังงี้ เด็กอาจคลอดก่อนกำหนด หมอเลยนัดบ่อยกว่าท้องที่แล้ว..."*

P11: *"เพื่อนที่ออฟฟิศเป็นเบาหวานตอนท้องเหมือนกัน เค้าเล่าว่าลูกออกมาน้ำตาลต่ำ... เกือบแย่แหน่ะ ต้องอยู่โรงบาลเกือบเดือน ตอนนี้อยู่อนุบาลสองแล้ว ป่วยบ่อยไม่ค่อยแข็งแรง ฟังแล้วกลัวมาก...กลัวเป็นแบบเค้า"*

2.2 ประเด็นที่ 2 กลยุทธ์การจัดการเบาหวานจากการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง (self-management strategies for living with GDM)

เมื่อยอมรับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM ผู้ให้ข้อมูลทุกคนพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เพื่อความปลอดภัยของตนเองและทารก เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และได้แนวทางการจัดการที่พบ ได้แก่

2.2.1 การหาความรู้ด้วยตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลแสวงหาความรู้จากหลายแหล่ง ได้แก่ เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน กลุ่มสังคมออนไลน์ การอบรม โรงพยาบาล และหนังสือ กลุ่มแม่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นนิยมใช้แอปพลิเคชัน และกลุ่มออนไลน์เพื่อขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์ตรง ดังคำกล่าว

P5: *"ใช้แอป 'Asian parent ตั้งครรภ์ & ทารก' ... อยากรู้อะไรก็พิมพ์ถามได้ตลอดเวลา สะดวกกว่าไปหาหมอแถมไม่เสียตังค์ด้วย"*

P7: *"ดีที่เจอกลุ่ม 'คนท้องคุยกัน' ... สิ่งที่พี่ ๆ เค้าบอกมันง่าย มันมาจากประสบการณ์ตรงและทำได้จริง"*

ส่วนบางรายได้รับความรู้จากการอบรมของโรงพยาบาลหรือคลินิกฝากครรภ์ ดังคำกล่าว

P11: *"...เพื่อนชวนไปเข้าคลาสอบรมเบาหวานในคนท้อง... มีหมอ พยาบาล และนักโภชนาการมาสอนมันดีนะแต่ก็เสียเวลา"*

ทุกคนได้รับคำแนะนำจากบุคลากรในหน่วยฝากครรภ์ เช่น พยาบาลและนักโภชนาการ ดังคำกล่าว

P1: *"พยาบาลที่นี่ใจดี สอนตัวต่อตัว ... เน้นว่าต้องดูแลตัวเอง ดูแลลูกในท้องยังไงให้ปลอดภัย"*

P12: *"...โภชนากรสอนวิธีเลือกซื้อกับข้าวถุง... ไม่กินน้ำแกง ก็เลยไม่เครียดมาก แต่ก็คุมน้ำตาลได้ดีนะ"*

ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักหาความรู้จากหนังสือเพื่อลดความสับสนจากข้อมูลออนไลน์ ดังคำกล่าว

P20: *"สามีซื้อหนังสือพวกเบาหวานในคนท้องมาให้อ่าน... หนังสือเชื่อถือได้มากกว่า... คุมน้ำตาลได้ดีขึ้น"*

2.2.2 การรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกฝากครรภ์

แพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการรักษา การให้คำแนะนำที่มีความเฉพาะ และให้กำลังใจ ดังคำกล่าว

P1: *"หมอบอกว่ามันคุมได้นะ... ฟังแล้วสบายใจขึ้นเยอะ มีกำลังใจอยากทำตามที่หมอบอก"*

P2: *"พยาบาลให้กำลังใจดีมาก... ให้กินผัก-ปลา-ไข่... เดินเล่นเช้า-เย็นวันละครึ่งชั่วโมง"*

P7: *"นักโภชน์ (โภชนากร) บอกให้กินข้าวน้อยหน่อย กินกับเยอะ ๆ ... งดของทอดของมัน งดเค้ก งดขนมหวาน"*

2.2.3 การช่วยเหลือจากครอบครัวและคนใกล้ชิด

ครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสและญาติที่มีประสบการณ์ GDM ช่วยสนับสนุนได้เป็นอย่างดี ทั้งด้านการดูแลอาหาร การออกกำลังกาย และการให้กำลังใจ ดังคำกล่าว

P8: *"แม่กะน้าเคยเป็นเบาหวานตอนท้อง... มีอะไรก็ถามเค้าได้ตลอด เบาใจขึ้นเยอะ"*

P13: *"แฟนก็หันมากิน (อาหารเบาหวาน) แบบเดียวกัน... เหมือนเป็นทีมเดียวกันจริง ๆ "*

P12: *"แม่สามีช่วยมาก... ทำตามที่หมอและนักโภชน์บอกเลย... หมอก็ชมทุกทีว่าหนูคุมน้ำตาลได้ดีมาก"*

2.3 ประเด็นที่ 3 การเผชิญอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (navigating barriers to optimal glycemic control)

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็น GDM ต้องเผชิญอุปสรรคหลายด้านในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ *"ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย"* อุปสรรคที่พบ ได้แก่

2.3.1 การออกกำลังกาย

แม้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย แต่การปฏิบัติจริงมักติดขัดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับ

วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ความเหนื่อยล้าจากภาระงาน ความไม่สุขสบายจากการตั้งครรภ์ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และข้อจำกัดด้านสถานที่หรืออุปกรณ์ ดังคำกล่าว

P2: *"ทุกครั้งที่มาตรวจหมอก็ดีแต่บอกให้หนูออกกำลังกาย แต่ไม่บอกให้ชัดว่าหนูต้องทำยังไงมั่ง หนูก็ไม่รู้ว่าต้องเริ่มยังไง กลัวเป็นอะไรกับลูกก็เลยไม่ได้ทำ"*

P20: *"หนูเดินทางไป-กลับที่ทำงานกะบ้านก็เหนื่อยแล้ว ไม่เหลือแรงไปออกกำลังกายหรอก"*

P16: *"หนูอยากไปออกกำลังกายนะ แต่แม่แฟนไม่อยากให้ไป... อยากให้ช่วยทำงานบ้าน"*

P20: "แถวบ้านไม่มีที่ให้เดิน... จะไปฟิตเนสก็แพง แถมไกลด้วย"

2.3.2 การควบคุมอาหาร

อาหารเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ให้ข้อมูลเผชิญปัญหาขาดความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสม ข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ดังคำกล่าว

P6: *"ทีแรกนึกว่ากินผลไม้เยอะ ๆ จะดี... พอมาตรวจเลือดหมอบอกว่า ผลไม้ที่หนูกินน้ำตาลสูงมาก"*

P2: *"พอรู้ว่าเป็น (เบาหวาน) ก็อยากทำกับข้าวกินเอง แต่... ของที่ถูกกับโรคก็แพงมาก"*

P11: *"หนูก็พยายามกินตามที่หมอบอก แต่ที่บ้านชอบกินของทอด ๆ พวกหมูทอด เนื้อทอด... มันเปลี่ยนยากนะ"*

2.3.3 การฉีดอินซูลินและตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องฉีดอินซูลินและตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดความกลัว ความไม่สะดวก และความกังวลต่อผลกระทบระยะยาว ดังคำกล่าว

P6: *"ตอนหมอบอกว่า หนูคุมน้ำตาลได้ไม่ดีต้องฉีดอินซูลิน... กลัวเข็มมาก"*

P7: *"รู้สึกเป็นภาระต้องพกอุปกรณ์ไปออฟฟิศ... อีกอย่างก็ไม่อยากให้ใครรู้ว่าเป็นเบาหวาน..."*

P10: *"กลัวว่าต้องฉีดอินซูลินตลอดชีวิตเหมือนป้าข้างบ้าน"*

2.3.4 ความเครียดจากการสื่อสารกับแพทย์และพยาบาลไม่เข้าใจ

การใช้ภาษาทางการแพทย์ การให้คำแนะนำอย่างเร่งรีบ และช่องว่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกไม่กล้าซักถาม แม้มีข้อสงสัยสำคัญ ดังคำกล่าว

P2: *"คุณหมอใช้คำยาก... หนูไม่เข้าใจแต่ไม่กล้าถามต่อ กลัวหมอว่า"*

P18: *"...ทั้งหมอทั้งพยาบาลดูยุ่ง ๆ รีบ ๆ อยู่ตลอด... บอกแบบเร็ว ๆ ไม่ค่อยเข้าใจ"*

P1: "ถามว่าทำไมต้องฉีด (อินซูลิน) หมอบอกเพียงว่า 'เพราะน้ำตาลสูง'... อยากถามต่อแต่ไม่กล้า"

2.4 ประเด็นที่ 4 เพื่อลูกแม่ทำได้ทุกอย่าง (Driven by motherhood: Doing everything for the well-being of the child)

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีเป้าหมายเดียวกัน คือ อยากให้ลูกแข็งแรงปลอดภัย ซึ่งเป็นแรงจูงใจสูงที่สุดที่ผลักดันให้ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างเคร่งครัดเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความมุ่งมั่นที่สะท้อนออกมา ได้แก่

2.4.1 ความรักอันลึกซึ้งของแม่ที่มีต่อลูกในท้อง

แม้ต้องเผชิญความท้าทายหลายมิติ แต่ความรักที่มีต่อลูกเป็นแรงผลักดันสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างจริงจังเพื่อปกป้องลูกจากอันตราย ให้การคลอดราบรื่น ด้วยพลังแห่งความเป็นแม่ ดังคำกล่าว

P12: *"ท้องแรกค่ะ เลยระวังไปทุกอย่าง... ตั้งใจทำทุกอย่างตามหมอบอก... ปกป้องลูกสุดฤทธิ์"*

P16: *"ใส่บาตรทุกวัน ขอให้คุมเบาหวานได้ดี ราบรื่นจนคลอดปลอดภัยทั้งแม่และลูก"*

P3: *“...พลังแห่งความเป็นแม่... มันทำให้หนูทำทุกอย่างได้เพื่อลูกจริง ๆ ”*

2.4.2 ความสำคัญของการคุมระดับน้ำตาลในเลือด

คำวินิจฉัยว่าเป็น GDM ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด โดยแนวทางที่ใช้ ได้แก่

การออกกำลังกาย

P14: *“หมอบอกว่า ถ้าเดินหลังกินข้าวจะลดน้ำตาลในเลือดได้ ก็เลยเดินตลอด... น้ำตาลหนูไม่เคยสูงเลย”*

P7: *“บางวันเหนื่อยแต่ก็ฝืนทำ (เดินออกกำลังกาย) เพื่อลูก”*

การรับประทานอาหารที่เหมาะสม

P13: *“เปลี่ยนมากินแบบข้าวน้อย ๆ งดพวกของทอด ของหวาน – มัน - เค็ม... กลัวลูกจะเป็นอะไร”*

P18: “ชอบของหวาน...แต่ตอนนี้ต้องงด เปลี่ยนมากินพวกผลไม้ที่ไม่หวานแทน”

การใช้ยาฉีดอินซูลิน

P8: *“กลัวเข็มมาก แต่ก็ทำได้เพราะแฟนให้กำลังใจ... ที่สำคัญเพื่อให้ลูกเราปลอดภัย”*

P10: *“ต้องฉีด (อินซูลิน) ให้ตรงเวลา มันยากนะ แต่ต้องทำให้ได้... หมอบอกว่า ถ้าหนูคุม (น้ำตาลในเลือด) ได้ดี ลูกจะแข็งแรง”*

การจัดการความเครียด

P8: *“เครียดนะ... แต่พอได้คุยกับน้าที่เคยเป็น (เบาหวานตอนตั้งครรภ์) ก็ดีขึ้น น้าบอกว่าต้องไม่เครียด... ยิ่งเครียด น้ำตาลยิ่งขึ้น”*

2.4.3 ศรัทธาคือพลังใจ

ความเชื่อในตนเอง กำลังใจของผู้ให้ข้อมูล และความศรัทธาในอำนาจแห่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทำให้มีมุมมองว่า GDM เป็นเพียงบททดสอบในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีพลังใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าว

P20: *“อธิษฐานทุกวันหลังใส่บาตรตอนเช้า ‘ให้คุมน้ำตาลได้ ให้ลูกปลอดภัย’ ”*

P17: *“เบาหวาน คือ บทพิสูจน์ความเป็นแม่... เราต้องผ่านมันไปให้ได้”*

P15: *“ตอนแรกท้อมาก มาถึงตอนนี้รู้สึกว่ามัน (เบาหวาน) ดีนะ มันทำให้เรากับลูกได้สู้ไปด้วยกัน”*

การอภิปรายผลการวิจัย

ข้อค้นพบทั้งสี่ประเด็นในผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นเส้นทางประสบการณ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus: GDM) เริ่มต้นจากการเผชิญทั้งความเครียดความกังวลเมื่อรับรู้ว่าตนเป็นเบาหวาน แล้วพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแม้ต้องเผชิญกับอุปสรรคหลากหลาย แต่ด้วยความรักที่ปราศจากเงื่อนไขต่อลูกในครรภ์อุปสรรคจึงกลายเป็นแรงผลักดันให้มุ่งมั่นดูแลตนเองและลูกในครรภ์ได้อย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 1 การเผชิญความเครียดเมื่อรับรู้ว่าเป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์

1. รู้สึกตกใจที่รู้ว่าเป็นเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกรายมีปฏิกิริยาตกใจทันทีเมื่อทราบผลการวินิจฉัย ไม่คาดคิดว่าตนจะมีภาวะนี้ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชัดเจน บางรายรู้สึกช็อกจนต้องให้แพทย์ย้ำผลอีกครั้งหรือแสดงออกด้วยความเงียบและน้ำตาคลอ ลักษณะปฏิกิริยานี้สอดคล้องกับ Rath and Smitha (2025) ที่รายงานว่าสตรีตั้งครรภ์มักรู้สึกตกใจและวิตกกังวลต่อการวินิจฉัย GDM เนื่องจากเป็นภาวะที่ไม่คาดคิดล่วงหน้า

2. กลัวว่าลูกจะเป็นอันตราย ผู้ให้ข้อมูลทุกคนแสดงความกังวลต่อผลกระทบของ GDM ต่อทารก เช่น ภาวะทารกตัวโตผิดปกติ (fetal macrosomia) การคลอดก่อนกำหนด และภาวะน้ำตาลต่ำหลังคลอด ความวิตกเหล่านี้สอดคล้องกับ Kampmann et al. (2015) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ GDM มักมีความเครียดสูง

จากความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพทารก ทั้งนี้ ความกังวลอาจเป็นแรงจูงใจให้ปรับพฤติกรรมด้านอาหารและการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล หากได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคลากรสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการทราบว่าตนเป็น GDM ส่งผลต่ออารมณ์อย่างชัดเจน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุ และแนวทางดูแลรักษาควบคู่กับการสนับสนุนทางจิตใจจากทีมสุขภาพ มีบทบาทสำคัญต่อการปรับตัวและการควบคุมภาวะ GDM อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความเชื่อพื้นฐานของแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ที่มีเป้าหมายในการจัดการกับอารมณ์และปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลจะเกิดการจัดการตนเองที่ดีได้

ประเด็นที่ 2 กลยุทธ์การจัดการเบาหวานจากการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) เมื่อต้องการให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการจะเกิดกระบวนการตามแนวคิดการกำกับตนเองในขั้นที่ 1 การติดตามตนเอง ซึ่งจะสนใจเอาใจใส่สิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ต้องการ ในที่นี้คือ พฤติกรรมการหาความรู้ แหล่งสุขภาพ และการสนับสนุนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อธิบายได้จาก

1. การหาความรู้ด้วยตนเอง ผู้ให้ข้อมูลใช้แหล่งข้อมูลหลากหลาย เช่น เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน กลุ่มสังคมออนไลน์ การอบรม โรงพยาบาล และหนังสือ เว็บไซต์ทางสุขภาพเป็นแหล่งที่เข้าถึงง่ายและเชื่อถือได้ สอดคล้องกับ Wichainprapha (2021) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์มักค้นหาข้อมูล GDM จากเว็บไซต์ทางการแพทย์ แม้ข้อมูลเหล่านี้จะน่าเชื่อถือ แต่บางครั้งอาจไม่ตอบโจทย์เฉพาะบุคคล

แอปพลิเคชันและกลุ่มสนับสนุนออนไลน์ช่วยให้ได้รับคำแนะนำเฉพาะบุคคลและแรงสนับสนุนทางอารมณ์ สอดคล้องกับ Pham, Churruca, Ellis and Braithwaite (2025) ที่ระบุว่า การแลกเปลี่ยนกับผู้มีประสบการณ์คล้ายกัน ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจ

การอบรมหรือสัมมนาจัดโดยโรงพยาบาลช่วยให้ได้ข้อมูลถูกต้องและถาม-ตอบได้โดยตรง แม้จะมีข้อจำกัดด้านเวลาและโอกาสเข้าร่วม สอดคล้องกับ McIntyre et al. (2018) ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ GDM ช่วยปรับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลได้เหมาะสมขึ้น

โรงพยาบาลและคลินิกฝากครรภ์เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญ เนื่องจากการให้คำแนะนำโดยทีมสุขภาพที่เชี่ยวชาญ เช่น พยาบาล นักโภชนาการ และแพทย์ (World Health Organization: WHO, 2023) ข้อมูลจากแหล่งนี้ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ หนังสือและบทความมีความน่าเชื่อถือสูง เพราะผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และให้รายละเอียดเชิงลึกด้านสุขภาพมารดาและทารก

2. การรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกฝากครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรับการรักษาและคำแนะนำจากทีมสุขภาพ โดยแพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ ซึ่งมีบทบาทสำคัญทั้งด้านการจัดการอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาฉีดอินซูลิน และการลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับ Kim, Newton, and Knopp (2002) และแนวทางของ American Diabetes Association (2021) ที่เน้นโภชนบำบัดควบคู่การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

3. ความช่วยเหลือจากครอบครัวและคนใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติ และคนใกล้ชิดมีส่วนสำคัญมากต่อการควบคุมระดับน้ำตาล โดยเฉพาะการช่วยจัดการอาหาร การออกกำลังกาย และการให้กำลังใจ สอดคล้องกับ Javadifar et al. (2023) ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการควบคุม GDM

ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ช่วยให้เห็นชัดว่าการจัดการ GDM ของสตรีตั้งครรภ์ในมิติต่าง ๆ ตั้งแต่การแสวงหาความรู้ การรักษาในสถานพยาบาล และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว แสดงถึงความมุ่งมั่นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารก กลยุทธ์เหล่านี้สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางสนับสนุนสตรีที่เป็น GDM ในอนาคต

ประเด็นที่ 3 การเผชิญอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) เมื่อต้องการให้สตรีที่เป็น GDM เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ จะต้องทำกระบวนการตามแนวคิดการกำกับตนเองในขั้นที่ 2 การประเมินด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นกระบวนการเปรียบเทียบความรู้ที่ได้มากับเกณฑ์มาตรฐานในพฤติกรรมที่กำหนดไว้ แล้วตัดสินว่าสิ่งที่ตนเองกระทำนั้น สอดคล้องกับมาตรฐานหรือไม่ เหมาะสมเพียงพอที่จะตัดสินใจควบคุมพฤติกรรมตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ตลอดจนสามารถค้นหาสาเหตุ ปัญหา อุปสรรคของพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ อธิบายได้จาก

1. การออกกำลังกาย แม้จะเป็นองค์ประกอบสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2022) แต่ผู้ให้ข้อมูลพบอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ การขาดความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกาย ทำให้ลังเลหรือกังวลว่าจะเป็นอันตรายต่อทารก สอดคล้องกับ Davenport et al. (2018) ที่ระบุว่าการขาดแนวทางที่เหมาะสมทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่มั่นใจในการออกกำลังกาย การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสหรือสมาชิกในบ้านที่ไม่เข้าใจความสำคัญของการออกกำลังกาย ความเหนื่อยล้าจากภาระหน้าที่ทั้งในบ้านและที่ทำงาน ทำให้ไม่มีเวลาและพลังงานเพียงพอ รวมถึงอาการไม่สุขสบายจากการตั้งครรภ์ เช่น ปวดหลัง ขาบวม ทำให้การเคลื่อนไหวจำกัด นอกจากนี้ข้อจำกัดด้านสถานที่และอุปกรณ์ เช่น พื้นที่ไม่ปลอดภัยหรือไม่มีศูนย์ออกกำลังกายใกล้บ้าน ทำให้โอกาสออกกำลังกายน้อยลง (Bo et al., 2016)

2. การควบคุมอาหาร เป็นหัวใจหลักของการจัดการ GDM ซึ่งอุปสรรคที่ผู้ให้ข้อมูลพบ ได้แก่ ขาดความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสม เช่น เข้าใจผิดว่าผลไม้ทุกชนิดปลอดภัย ทั้งที่บางชนิดมีน้ำตาลสูง (Muktabhant, Lawrie, Lumbiganon, & Laopaiboon, 2015) บางรายมีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย ทำให้ต้องเลือกอาหารที่ราคาถูกและสะดวกมากกว่าอาหารที่เหมาะสมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อีกทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นเรื่องที่ปรับได้ยาก เนื่องจากความคุ้นเคยกับรสชาติและอาหารเป็นแบบเดิม ซึ่งต้องอาศัยแรงสนับสนุนและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง (Hui, Sevenhuysen, Harvey, & Salamon, 2014)

3. การฉีดอินซูลินและตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยอาหารและการออกกำลังกายไม่ได้ผล โดยอุปสรรคที่พบ ได้แก่ ความกลัวการฉีดอินซูลินเนื่องจากความเจ็บปวดและความกังวลด้านความปลอดภัยของทารก (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2022; Muktabhant et al., 2015) ความไม่สะดวกในการตรวจระดับน้ำตาล เช่น ความเจ็บจากการเจาะเลือด ความยุ่งยากในการพกพาอุปกรณ์และความกังวลต่อสายตาผู้อื่น รวมถึงความกังวลต่อผลกระทบระยะยาว เช่น กลัวต้องฉีดตลอดชีวิต หรือภาวะน้ำตาลต่ำ แม้บางความเชื่อจะไม่ถูกต้อง (Kampmann et al., 2015)

4. ความเครียดจากการสื่อสารกับแพทย์และพยาบาลไม่เข้าใจ เนื่องจากการใช้ภาษาทางการแพทย์ การให้คำแนะนำอย่างเร่งรีบ และช่องว่างด้านความรู้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่กล้าซักถาม ส่งผลต่อความเข้าใจและการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่ง Padmanabhan and Mageshwari S (2019) ชี้ว่าคุณภาพการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาส่งผลต่อความร่วมมือของสตรีตั้งครรภ์โดยตรง โดยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพน้อยมีแนวโน้มไม่กล้าถามข้อมูลเพิ่ม ซึ่งตามแนวคิดของ Epstein and Street (2007) ระบุว่า การปรับปรุงทักษะการสื่อสารของบุคลากรสุขภาพ โดยเน้นภาษาที่เข้าใจง่าย การให้ข้อมูลครบถ้วน และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care)

ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงอุปสรรคที่สตรีที่เป็น GDM ต้องเผชิญทั้งด้านความรู้ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนทางสังคม ควรมีการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้อง การเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการสร้าง

ระบบสื่อสารระหว่างสตรีที่เป็น GDM กับทีมสุขภาพที่เข้าถึงเข้าใจง่ายและเป็นมิตรเพื่อเพิ่มโอกาสในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีประสิทธิผล

ประเด็นที่ 4 เพื่อลูกแม่ทำได้ทุกอย่าง

สตรีที่เป็น GDM มีแรงจูงใจหลักในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรงและปลอดภัย ซึ่งแรงจูงใจจากความเป็นแม่สามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสตรีที่เป็น GDM

1. ความรักอันลึกซึ้งของแม่ที่มีต่อลูกในท้องเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลปรับพฤติกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างเคร่งครัดเพื่อปกป้องลูกจากภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับ Bain et al. (2015) ที่พบว่าผู้ป่วย GDM มีความรับผิดชอบต่อทารกสูง และมุ่งลดความเสี่ยงที่เกิดจากโรค ทั้งนี้ความรักนี้ยังเชื่อมโยงกับความปรารถนาให้การคลอดราบรื่น (Coustan, 2013) และ *“พลังแห่งความเป็นแม่”* ที่ช่วยเอาชนะความกลัวและอุปสรรค สอดคล้องกับทฤษฎีการกำหนดตนเอง (self-determination theory) ที่ระบุว่า ความรักและความรับผิดชอบสามารถเสริมแรงจูงใจภายในตัวบุคคลได้ (Ryan & Deci, 2017)

2. ความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ให้ข้อมูลตระหนักว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของมารดาและทารก (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2022) จึงต้องปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การออกกำลังกาย เมื่อได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพว่า สามารถช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะดื้ออินสุลิน (Davenport et al., 2018; International Diabetes Federation: IDF, 2021) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยเลือกอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ หลีกเลี่ยงของหวาน ไขมันสูง และอาหารแปรรูป ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2022; Bain et al., 2015) ส่วนการใช้ยาฉีดอินซูลิน แม้มีความกังวลในช่วงแรกแต่ก็สามารถปรับตัวได้เมื่อเข้าใจถึงประโยชน์ต่อความปลอดภัยของทารก อีกทั้งการจัดการความเครียดเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การใช้วิธีผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ฝึกสมาธิ สามารถป้องกันระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่และช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลในเลือดสูงได้

3. ศรัทธา คือ พลังใจ ความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณมีบทบาทในการสร้างพลังใจให้สตรีที่เป็น GDM ปฏิบัติตามแผนการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง (Koenig, 2012) ความไว้วางใจในสิ่งศักดิ์สิทธิ์โดยการสวดมนต์และอธิษฐานสามารถช่วยเสริมความมั่นคงทางอารมณ์และความมุ่งมั่นได้ (Pargament, 2011) ประสบการณ์ คือ บททดสอบความเข้มแข็งของสตรีที่เป็น GDM ที่มองว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ การพิสูจน์ความเป็นแม่ สอดคล้องกับแนวคิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological resilience) ที่เน้นความสามารถในการเผชิญอุปสรรคและส่งเสริมการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014)

ดังนั้น ประเด็น “เพื่อลูกแม่ทำได้ทุกอย่าง” เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่า แรงจูงใจจากความรัก ความศรัทธา และความตระหนักในความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากช่วยผู้ให้ข้อมูลให้สามารถก้าวข้ามอุปสรรคไปได้แล้ว ยังส่งผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมารดาและทารก อีกทั้งเป็นข้อมูลสนับสนุนว่าการดูแลสตรีที่เป็น GDM ต้องคำนึงถึงมิติทางด้านจิตวิญญาณด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีนโยบายสนับสนุนระบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ที่ส่งเสริมศักยภาพในการจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพอย่างเหมาะสมตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

2. นำข้อค้นพบจากการวิจัยไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและนวัตกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของสตรีที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์

3. ควรทำวิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง หรือศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ในบริบทสังคมไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักวิจัยมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิตในการสนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ รวมถึงขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

Administration and Registration Division, Office of the Permanent Secretary for the Bangkok Metropolitan Administration. (2026). *Administrative division of Bangkok's 50 districts.* Retrieved from https://webportal.bangkok.go.th/ard/page/sub/30989/การแบ่งพื้นที่เขตปกครอง-50-เขต

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2022). Standards of medical care in diabetes - 2022. *Diabetes Care, 45*(Suppl1). S1-S2. https://doi.org/10.2337/dc22-SINT

Bain, E., Crane, M., Tieu, J., Han, S., Crowther, C. A., & Middleton, P. (2015). Diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews,* (4), CD010443. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010443.pub2

Bo, K., Artal, R., Barakat, R., Brown, W., Davies, G. A. L., Dooley, M., . . . Khan, K. M. (2016). Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 1 exercise in women planning pregnancy and those who are pregnant. *British Journal of Sports Medicine, 50*(10), 571-589. https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096218

Brown, A.-M., Rajeswari, D., Williams, P., & Lowndes, A. (2018). Managing gestational diabetes mellitus: Audit data of outcomes for women and neonates. *British Journal of Midwifery, 26*(12), 775-786. https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.12.775

Carolan, M. (2013). Women's experiences of gestational diabetes self-management: A qualitative study. *Midwifery, 29*(6), 637–645. https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.05.013

Carolan, M., Gill, G. K., & Steele, C. (2012). Women's experiences of factors that facilitate or inhibit gestational diabetes self-management. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12*, 99. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-99

Coustan, D. R. (2013). Gestational diabetes mellitus. *Clinical Chemistry, 59*(9), 1310-1321. https://doi.org/10.1373/clinchem.2013.203331

Davenport, M. H., Meah, V. L., Ruchat, S. M., Davies, G. A., Skow, R. J., Barrowman, N., . . . Mottola, M. F. (2018). Impact of prenatal exercise on neonatal and childhood outcomes: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 52*(21), 1386-1396. https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099836

Davenport, M. H., Ruchat, S. M., Poitras, V. J., & Gray, C. E. (2018). Prenatal exercise for the prevention of gestational diabetes mellitus and hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 52*(21), 1367–1375. https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099355

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. Retrieved from https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/pcc_monograph.pdf

Gercek, E., & Sen, H. (2015). Management of gestational diabetes mellitus: Self-efficacy and perinatal outcomes. *The Journal of Current Pediatrics, 13,* 209-215. https://doi.org/10.4274/jcp.44366

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation.* Newbury Park, CA: Sage.

Hui, A. L., Sevenhuysen, G., Harvey, D., & Salamon, E. (2014). Stress and anxiety in women with gestational diabetes during dietary management. *The Diabetes Educator, 40*(5), 668–677. https://doi.org/10.1177/0145721714535991

International Diabetes Federation (IDF). (2019). *IDF diabetes atlas* (9th ed.). Retrieved from https://diabetesatlas.org/resources/previous-editions/

International Diabetes Federation (IDF). (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). Retrieved from https://diabetesatlas.org/resources/previous-editions/

Ittiamornlert, P., Sunsaneevithayakul, P., & Boriboonhirunsarn, D. (2016). Incidence of postpartum glucose intolerance among women with gestational diabetes in Siriraj hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology, 24*(3), 193-201.

Javadifar, N., Siahkal, S. F., Najafian, M., Iravani, M., Zakerkish, M., & Heshmati, R. (2023). Prioritizing the psychosocial support needs of mothers with gestational diabetes: A Delphi study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 28*(5), 520–527. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_90_22

Kampmann, U., Madsen, L. R., Skajaa, G. O., Iversen, D. S., Moeller, N., & Ovesen, P. (2015). Gestational diabetes: A clinical update. *World journal of diabetes, 6*(8), 1065–1072. https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i8.1065

Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-Management methods. F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed., pp. 248–304). New York, NY: Pergamon press.

Khan, R., Bisnath, J., Blackmann, J., Bissessar, R., Bidhesi, S., Boodoo, N., . . . Mahabir, A. (2020). Prevalence rates of impaired glucose tolerance and gestational diabetes mellitus amongst expectant mothers and undiagnosed diabetes mellitus in walk-in patients at health centres in North Central Trinidad. *Journal of Family Medicine & Primary Care, 9*(6), 3112–3118. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_124_20

Kim, C., Newton, K. M., & Knopp, R. H. (2002). Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: A systematic review. *Diabetes Care, 25*(10), 1862–1868. https://doi.org/10.2337/diacare.25.10.1862

Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry, 2012*, 278730. https://doi.org/10.5402/2012/278730

Liamputtong, P. (2013). *Qualitative research methods.* Victoria (4th ed.) Australia: Oxford University Press.

McIntyre, H. D., Jensen, D. M., Jensen, R. C., Kyhl, H. B., Jensen, T. K., Glintborg, D., & Andersen, M. (2018). Gestational diabetes mellitus: Does one size fit all? A challenge to uniform worldwide diagnostic thresholds. *Diabetes Care, 41*(7), 1339–1342. https://doi.org/10.2337/dc17-2393

Meena, G., Venkatachalam, J., Chinnakali, P., Olickal, J., Kumar, K., Subramanian, S., & Dasari, P. (2021). Glycemic control and its associated factors among women with gestational diabetes mellitus in a tertiary care Centre, Puducherry, South India. *Journal of Family Medicine & Primary Care, 10*(1), 491–495. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1465_20

Mirfeizi, M., Mehdizadeh Tourzani, Z., Asghari Jafarabadi, M., Moghimi Hanjani, S., & Hasanzad, M. (2017). Health education in gestational diabetes mellitus and quality of life. *Journal of Midwifery and Reproductive Health, 5*(4), 1066-1074. https://doi.org/10.22038/jmrh.2017.9256

Muktabhant, B., Lawrie, T. A., Lumbiganon, P., & Laopaiboon, M. (2015). Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015*(6), CD007145. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007145.pub3

Nunes, M. L., Felix, B., Nunes, F., & Santos, I. (2025). Systematic development and refinement of a user-centered evidence-based digital toolkit for supporting self-care in gestational diabetes mellitus. *Scientific Reports, 15*(1), 12009. https://doi.org/10.1038/s41598-025-96318-7

Oumtanee, A. (2016). *Qualitative research in nursing* (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.

Padmanabhan, S., & Mageshwari S, U. (2019). Efficacy of interactive communication system in the management of gestational diabetes. *Eastern Journal of Medical Sciences, 4*(3), 123-129. https://doi.org/10.32677/EJMS.2019.v04.i03.004

Palatnik, A., Walker, R. J., Thakkar, M. Y., & Egede, L. E. (2021). Social adaptability index and pregnancy outcomes in women with diabetes during pregnancy. *Diabetes Spectrum, 34*(3), 268–274. https://doi.org/10.2337/ds20-0083

Pargament, K. I. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York, NY: Guilford Press.

Pham, S., Churruca, K., Ellis, L. A., & Braithwaite, J. (2025). Women's views about online communities for gestational diabetes mellitus: A qualitative interview study. *Midwifery, 142*, 104280. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104280

Rath, K., & Smitha, M. V. (2025). Gestational diabetes mellitus management among Primigravida women: A qualitative study. *Cureus, 17*(7), e88710. https://doi.org/10.7759/cureus.88710

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York, NY: The Guilford Press. https://doi.org/10.1521/978.14625/28806

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology, 5*(1), 25338. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338

Sumeksri, P., Wongyai, S., & Aimpun, P. (2006). Prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) in pregnant women aged 30 to 34 years old at Phramongkutklao hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *89*(Suppl. 4), S94-S99.

Tachasuksri, T., Radarith, C., & Siriarunrat, S. (2020). A causal model of two-hour postprandial blood glucose among women with gestational diabetes mellitus. *Nursing Science Journal of Thailand, 38*(4), 15–30.

Tekasakul, P. (2011). Pregnancy outcomes in gestational diabetes mellitus diagnosed before 24 weeks gestational age. *Vajira Medical Journal, 55*(2), 129-137.

Thaithae, S., & Thanaboonpuang, P. (2026). Model of factors affecting self-management behaviors among pregnant women at risk of gestational diabetes mellitus, urban community in Bangkok: A structural equation modeling. *BMC Pregnancy and Childbirth, 26*(484). https://doi.org/10.1186/s12884-026-08903-x

Wichainprapha, A. (2021). Self-management for blood sugar control of pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, 32*(1), 253–263.

World Health Organization (WHO). (2023). *Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth: Progress report 2023.* Retrieved from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367617/9789240073678-eng.pdf

Youngwanichsetha, S., & Phumdoung, S. (2017). Lived experience of blood glucose self-monitoring among pregnant women with gestational diabetes mellitus: A phenomenological research. *Journal of Clinical Nursing, 26*(19-20), 2915–2921. https://doi.org/10.1111/jocn.13571

Zhou, X., Chen, R., Zhong, C., Wu, J., Li, X., Li, Q., . . . Yang, N. (2018). Maternal dietary pattern characterised by high protein and low carbohydrate intake in pregnancy is associated with a higher risk of gestational diabetes mellitus in Chinese women: A prospective cohort study. *British Journal of Nutrition, 120*(9), 1045-1055. https://doi.org/10.1017/S0007114518002453

Zulfiqar, M., Hasan Khan, M. I., Shakeel, S., & Azhar, U. (2021). Gestational diabetes mellitus: Beliefs, emotions and treatment compliance: A Pakistani cohort. *The Professional Medical Journal, 28*(3), 361–365. https://doi.org/10.29309/TPMJ/2021.28.03.5629