e279717

วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Nursing and Health Science Research
ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2568

ประสบการณ์การจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

The Experiences of Self-Management in Dietary Practices among Diabetic Patients with Poor Glycemic Control

อัญชรี เข็มเพชร (Uncharee Khempech) [1]
อภัสริน มะโน (Apusarin Mano) [1*]
อิทธิพล แก้วฟอง (Ittipol Kaewfong) [1]

Corresponding author E-mail: apasarin@unc.ac.th [*]
(Received: May 21, 2025; Revised: October 15, 2025;
Accepted: October 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี งิ้วงาม อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 15 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และ 2) เครื่องบันทึกเสียง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัยซึ่งผ่านการฝึกอบรมเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เวลา 45-60 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีประสบการณ์การจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นหลักที่ 1 การตั้งเป้าหมายที่ไม่ชัดเจน ประเด็นหลักที่ 2 การรวบรวมข้อมูลไม่เป็นระบบ ประเด็นหลักที่ 3 ประเมินสุขภาพจากความรู้สึก ประเด็นหลักที่ 4 สังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการตัดสินใจ ประเด็นหลักที่ 5 การรับประทานอาหารขัดแย้งกับความตั้งใจ และประเด็นหลักที่ 6 การเรียนรู้และปรับตัวจากประสบการณ์

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Nursing and Health Science Research
ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2568

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, โรคเบาหวาน, การควบคุมระดับน้ำตาล, การวิจัยเชิงคุณภาพ

ABSTRACT

This descriptive research aimed to explore the lived experiences of dietary self-management among type 2 diabetes patients with uncontrolled blood glucose levels. The key informants were 15 type 2 diabetes patients with uncontrolled blood glucose levels, purposively selected according to predetermined criteria from the catchment area of the 60th Anniversary of Her Majesty Queen Sirikit Health Station, Ngiuongam, Mueang Uttaradit District, Uttaradit Province. The research instruments consisted of the researcher who had been trained in qualitative research techniques and data collection tools including a semi-structured interview guide with [specify number] items covering [specify topic areas] that was validated for content validity by three experts. The researcher incorporated the recommendations for revision and piloted the interview with five diabetes patients from a Sub-district Health Promoting Hospital who had characteristics similar to the key informants. An audio recorder [specify brand and model, with verification of proper functioning] was also used. Data were collected through in-depth interviews lasting 45-60 minutes. Data analysis was conducted using content analysis.

The research findings revealed that key informants had experiences with dietary self-management. Data from the interviews comprised six main themes: Main Theme 1: Unclear goal setting; Main Theme 2: Unsystematic information gathering; Main Theme 3: Health assessment based on feelings; Main Theme 4: Social and cultural influences on decision-making; Main Theme 5: Dietary intake conflicting with intentions; and Main Theme 6: Learning and adaptation from experiences. These research findings can be applied as guidelines for nursing practice in dietary care for diabetes patients with uncontrolled blood glucose levels and for developing appropriate dietary behavior self-management promotion programs for diabetes patients effectively.

วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Nursing and Health Science Research
ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2568

Keywords Self-management, Dietary behavior, Diabetes, Blood sugar control, Qualitative research

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคที่โลกกำลังเผชิญกับการระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน กลายเป็นหนึ่งในภัยคุกคามสุขภาพที่ทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกถึง 537 ล้านคน โดยมากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และที่น่ากังวล คือ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเหล่านี้ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย การคาดการณ์ในอนาคตยิ่งบ่งชี้ถึงวิกฤตสุขภาพที่กำลังทวีความรุนแรง โดยจำนวนผู้ป่วยอาจเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน ภายในปี 2573 และอาจพุ่งสูงถึง 783 ล้านคน ภายในปี 2588 (Department of Disease Control, 2023) สำหรับประเทศไทยก็กำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่ต่างกัน ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 1,292.79 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2559 เป็น 1,528.91 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2562 นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานถึง 16,856 ราย คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 25.87 ต่อประชากรแสนคน (Department of Disease Control, 2024)

ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและซับซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง ความเสื่อมของจอประสาทตา และภาวะเส้นประสาทเสื่อมที่อาจนำไปสู่การเกิดแผลและสูญเสียอวัยวะ(Department of Disease Control, 2024) ผลกระทบเหล่านี้ไม่เพียงทำลายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังสร้างภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจอย่างมหาศาลต่อครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุขโดยรวม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ จากงานวิจัยแสดงถึงข้อค้นพบสำคัญว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมอาหารได้ดีมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าผู้ที่ควบคุมอาหารไม่ดีถึง 14 เท่า (Shakil Ahmed et al., 2024) สอดคล้องกับการศึกษาที่ยืนยันว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย (Ana Maria Gal et al., 2024) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง เนื่องจากมีความเคยชินกับรสชาติอาหารที่มีน้ำตาลสูงหรือคาร์โบไฮเดรตมาก ไม่ต้องการปรับเปลี่ยนเมนูอาหารที่คุ้นเคยและชื่นชอบ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องใช้เวลาและความพยายาม

อย่างมากเพื่อเปลี่ยนแปลงนิสัยที่สั่งสมมานาน ผู้ป่วยจึงรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่เต็มใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม สิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคได้อย่างยั่งยืน (Subpaiboonki Ploy et al., 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดที่เหมาะสมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง คือ การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและจัดการกับโรคที่เป็นอยู่ แนวคิดนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ถือเป็นแนวคิดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน มีผู้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองในมุมมองที่แตกต่างกัน และมีการนำมาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานและโรคเรื้อรังในหลากหลายประเด็น เช่น แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self-management Theory) ของ Ryan และ Sawin (Saringkarn et al., 2022) ได้นำมาใช้ในการจัดกิจกรรมในโปรแกรม โดยมีความเชื่อว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวสามารถจัดการตนเองให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ รวมทั้งมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1c) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มไม่ได้รับโปรแกรมฯ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ที่สามารถลดระดับค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lalun & Wirunphan, 2021) และมีการใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บายส์ (Kanfer & Garlick-Buys, 1991) จัดทำโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sriprasert et al., 2022) อีกทั้งพบว่าปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบมีหลายปัจจัย เช่น การกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ การติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง ตลอดจนการติดตามภาวะสุขภาพพร้อมบันทึกผลข้อมูลด้วยตนเอง (Panmung et al., 2024) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดการจัดการตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี งิ้วงาม อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นกรณีศึกษาที่สะท้อนให้เห็นความท้าทายดังกล่าว จากการการจัดทำประชาคมในปี 2566 ปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ถูกระบุเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของพื้นที่ ข้อมูลสถิติย้อนหลังแสดงให้เห็นแนวโน้มที่น่ากังวล โดยร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ลดลงจาก 48.0

ในปี 2564 เหลือเพียง 46.5 ในปี 2566 (Ngiw Ngam 60th Anniversary Nawamintharachini Health Promoting Hospital, 2023) ผลกระทบของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้นั้น ปรากฏชัดเจนในรูปของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยพบว่าผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลงิ้วงามมีภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 6.87 ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 15.08 และภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 4.21 สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้คือไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้อย่างสม่ำเสมอ (Shakil Ahmed et al., 2024) แม้งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานจะมีอยู่จำนวนมาก แต่ส่วนมากเป็นการวิจัยการเชิงปริมาณที่มุ่งเน้นการวัดพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ค่า HbA1c ระดับน้ำตาลในเลือด หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพโดยใช้ข้อมูลเชิงสถิติ แต่ไม่สามารถอธิบายเหตุผลเชิงลึกที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างรอบด้าน ทำให้ขาดความเข้าใจรายละเอียดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน ว่ามีประสบการณ์ ความเข้าใจ ความเชื่อ หรือปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง การขาดองค์ความรู้ดังกล่าวทำให้ไม่สามารถออกแบบแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์ตามสถานการณ์จริงในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี งิ้วงาม ข้อมูลที่ได้ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงสาเหตุที่แท้จริงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตามแนวทางการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ความเชื่อ ทัศนคติ อุปสรรค และเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลและให้คำแนะนำที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา โดยอาศัยแนวคิดการจัดการตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน กรอบแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การเก็บข้อมูล การประเมินและตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการออกแบบคำถามสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ และการตีความข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยในบริบทชีวิตจริงอย่างรอบด้าน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงพรรณนา (Description Research) นี้เป็นการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี งิ้วงาม อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 15 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

<u>เกณฑ์การคัดเข้า</u>

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
2. มีระดับ HbA1c มากกว่า 7% ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารหรือให้ข้อมูล
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจและถ่ายทอดประสบการณ์ได้
5. ยินดีให้ข้อมูล

<u>เกณฑ์การคัดออก</u>

1. เกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันระหว่างทำวิจัย เช่น มีภาวะน้ำตาลต่ำ หรือภาวะน้ำตาลสูงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย

<u>เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย</u>

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญในการทำวิจัยซึ่งมีการเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินการวิจัยโดยผ่านการฝึกอบรมเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพและเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาโดยการศึกษาแนวคิดการจัดการตนเองและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัญหา/อุปสรรคและวิธีการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.2 เครื่องบันทึกเสียง ดิจิทัล Sony รุ่น ICD-PX470 มีระบบ S-microphone ลดเสียงรบกวน ทำให้ได้ยินเสียงชัดเจน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเป็นปรนัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวช-ศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงและนำมาทดลองสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในการตอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษานี้ได้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ (COA No.100/2567 UPHO REC No. 098/2567) ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2567 ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูล ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ได้รับเอกสารข้อมูลสำหรับการเข้าร่วมโครงการวิจัย ร่วมกับได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลักมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจ ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ เช่น ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 1 แทนการระบุชื่อจริง ไม่เปิดเผยข้อมูลที่ระบุตัวตนได้ เก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ ลบหรือทำลายข้อมูลเมื่อครบ 1 ปี และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี งิ้วงาม

2. ส่งโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยครั้งนี้

3. ศึกษาบริบทของผู้ให้ข้อมูลหลักจากข้อมูลทางเอกสารร่วมกับพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยกำหนดและค้นหารายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) มากกว่า 7% ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปีและเบอร์โทรศัพท์

4. เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์แล้วผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และสอบถามความสมัครใจในการเป็นผู้ให้

ข้อมูลหลักของโครงการวิจัย วิธีจากการสัมภาษณ์ เมื่อตอบตกลงผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา โดยผู้วิจัยไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักที่บ้านตามวันและเวลาที่ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวก หลังจากผู้ให้ข้อมูลหลักเซ็นคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) พร้อมขออนุญาตบันทึกเทปการสัมภาษณ์และจดบันทึก โดยใช้เวลาคนละ 45-60 นาที ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ แล้วได้ข้อมูลซ้ำ ๆ ไม่มีข้อมูลการจัดการตนเองของผู้ให้ข้อมูลหลักเพิ่มขึ้น รวมทั้งผู้วิจัยเกิดความเข้าใจประสบการณ์การจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างชัดเจน ซึ่งถือว่าข้อมูลมีความอิ่มตัว (Data saturation) จึงหยุดเก็บข้อมูล

5. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วทำการถอดเทปโดยทีมผู้วิจัย 3 คน

<u>การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล</u>

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามเทคนิค 4 ประการ Guba & Lincoin,1989) ประกอบด้วย

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าเท่านั้น ผู้วิจัยเขียนบันทึกสีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลักขณะทำจากการสัมภาษณ์ ก่อนยุติการสัมภาษณ์จะมีการตรวจสอบข้อมูล โดยผู้วิจัยสรุปเรื่องราวเพื่อยืนยันความถูกต้อง

2. การสืบทอดได้ (Transferability) โดยผู้วิจัยพยายามบรรยายคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เพื่อสามารถนำผลไปอ้างถึงในบริบทที่คล้ายคลึงกัน

3. ความคงที่ของข้อมูล (Dependability) ผู้วิจัยหลักเป็นผู้สัมภาษณ์คนเดียว ส่วนผู้ร่วมวิจัยทำหน้าที่ตรวจสอบคำตอบจากข้อค้นพบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

4. การยืนยันข้อมูลได้ (Confirmability) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สามารถยืนยันแหล่งที่มาของข้อมูลตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยบันทึกเป็นรหัสในการจัดเก็บข้อมูลบทสัมภาษณ์

<u>การวิเคราะห์ข้อมูล</u>

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้วิธีของ VanManen (1990) และ Oumtanee (2016) 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. ค้นหาประสบการณ์ชีวิต (ปรากฏการณ์) โดยถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำและอ่านคำสัมภาษณ์หลาย ๆ รอบ เพื่อพิจารณาทำความเข้าใจกับการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารของผู้ให้ข้อมูลหลัก

2. สืบค้นข้อเท็จจริงของประสบการณ์โดยอ่านบทสนทนาและอ่านข้อความในแบบสัมภาษณ์ที่จดบันทึก จากนั้นหาความสอดคล้องโดยเน้นข้อความสำคัญ พร้อมกับเขียนกำกับรหัสด้านขวามือของบทสนทนา

3. สะท้อนปรากฏการณ์ โดยนำข้อความที่แยกไว้มากำหนดหมวดหมู่ วิเคราะห์เปรียบเทียบหาความสัมพันธ์แล้วนำไปแลกเปลี่ยนความคิดกับผู้ร่วมวิจัย

4. เขียนข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาโดยเรียบเรียงและสังเคราะห์เป็นประโยคที่เป็นโครงสร้างประสบการณ์และข้อความตัวอย่างประกอบ

5. จำแนกข้อมูลตามประเด็นหลัก ประเด็นย่อยและการเชื่อมโยงแนวคิดจัดการตนเอง (Self-Management)

6. ตรวจสอบข้อมูลและการตีความกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ร่วมวิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและลดอคติของข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 15 คน เป็นเพศหญิง 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 และเพศชาย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 อายุระหว่าง 46-84 ปี มีอายุเฉลี่ย 67.2 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 สถานภาพสมรสหม้าย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 สถานภาพสมรสหย่าร้าง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมาจบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 มีระดับ HbA1c อยู่ระหว่าง 7-12.9 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.45 ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 1 -40 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.4 มีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 โรคความดันโลหิตสูงและโรคไต จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 โรคความดันโลหิตสูง, โรคไตและไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ไขมันในเลือดสูง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ไขมันในเลือดสูงและโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67

2. ผลของการศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในครั้งนี้ ใช้แนวทางของ VanManen (1990) และ Oumtanee (2016) เพื่อทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์การจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร เพื่อค้นหา

ประเด็นหลัก (Main Themes) และประเด็นย่อย (Sub Themes) ที่สะท้อนถึงมุมมอง ความรู้สึก และความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมีต่อการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร จากการวิเคราะห์พบ 6 ประเด็นหลัก (Main Themes) ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การตั้งเป้าหมายที่ไม่ชัดเจน การตั้งเป้าหมายด้านการบริโภคอาหารเป็นการที่ผู้ป่วยกำหนดแนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การลดปริมาณข้าวในแต่ละมื้อ การจำกัดอาหารที่มีน้ำตาลสูง หรือการเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่หวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การตั้งเป้าหมายที่ดีควรมีลักษณะเฉพาะเจาะจง วัดผลได้ ทำได้จริง สอดคล้องกับบริบทชีวิต และมีระยะเวลาที่ชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการปฏิบัติของตนเองได้ ส่งผลต่อการสร้างแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น จากการสัมภาษณ์พบประเด็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

1. ขาดการตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

“...อยากให้มันลดแหล่ะ (น้ำตาล) แต่ก็ไม่รู้จะทำยังไง” (N13)

“...ตั้งใจว่าจะลดเบาหวาน ไม่ได้กำหนดว่าจะลดเท่าไหร่หรอก ไม่รู้ว่ามันต้องเป็นยังไง” (N11)

2. เกิดจากความกลัว ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

“...ก่อนไปหาหมอสักอาทิตย์ จะคุมอาหาร กลัวหมอว่า อยากจะเอาใจหมอ” (N10)

“...อยากให้น้ำตาลลดเยอะ ๆ เลยไม่กินข้าว กลัวต้องฉีดยา” (N05)

“...คนไข้ก็กลัวหมอโวยนั่นแหละ มัน (น้ำตาล) สูง หมอก็โวยละ” (N01)

3. ไม่สมเหตุผลและเกินจริง ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

“...คุม (อาหาร) เกินไป หวังว่าจะไม่ต้องใช้ยา มันเป็นไปไม่ได้หรอก เราต้องค่อย ๆ คุมไป” (N01)

“...อยากให้น้ำตาลลด บางครั้งก็ไม่กินอะไรเลย อดได้เป็นบางครั้ง มันเครียด หิว กลัวน็อค” (N10)

“...ตั้งใจอยากให้มัน (น้ำตาล) ลด กินผักต้ม ต้มจืดมะระ กินข้าวน้อยลง มันลดหลาย (มาก) ต้องเข้ารพ. 4 คืน” (N11)

ประเด็นหลักที่ 2 การรวบรวบข้อมูลไม่เป็นระบบ การรวบรวมข้อมูล คือ การได้รับและจดจำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือด จากบุคลากรสุขภาพหรือจากประสบการณ์ของตนเองและผู้อื่น จากการสัมภาษณ์พบประเด็นย่อย 4 ได้แก่

1. ได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

> *"...หมอให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ไม่ให้กินของหวาน ขนม ไอศกรีม อ่อน กินอะไรก็ไม่ได้แล้ว จะให้กินอะไร"* (N09)
>
> *"...ได้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ รพ. เค้าบอกให้เรากินข้าวเท่านั้น เท่านี้แต่เราทำไม่ได้หรอก กินเท่านั้น มันไม่มีแรง"* (N01)

2. ไม่ทราบข้อมูลระดับน้ำตาลของตนเอง ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

> *"...เอาสมุดจดมาดูก็ไม่รู้ว่ามันเป็นยังไง เค้าบอกว่าเบาหวานเยอะ เบาหวานน้อย ก็อยากรู้เหมือนกัน เอามาดูที่บ้าน ดูแล้วไม่เข้าใจ เค้าก็บอกน้ำตาลเท่าไหร่ แต่จำไม่ได้ จำได้แล้วก็ลืม"* (N05)
>
> *"...มีสมุดบันทึก แต่ไม่ได้บันทึก แต่เดี๋ยวนี้ไม่มีละ"* (N15)
>
> *"...ไม่รู้ (ค่าน้ำตาลสะสม) เค้าบอกว่า เจ็ดกว่า อะไรไม่รู้"* (N05)

3. รับข้อมูลจากแหล่งที่ไม่น่าเชื่อถือ ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

> *"...ถามคนที่เคยเป็น (เบาหวาน) บอกว่าให้อยู่แค่นี้นะ (120 mg/dl) เดี๋ยวมัน (น้ำตาล) ลดเกินไปไม่ดี"* (N05)
>
> *"...เห็นบ้านตรงกันข้ามน็อค (จากน้ำตาลต่ำ) เลยคิดว่าถ้าไม่กินหวานเลย กินข้าวน้อย มันจะเป็นอย่างนั้น"* (N01)

4. สังเกตผลของอาหารที่รับประทานต่อระดับน้ำตาลในเลือด ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

> *"...บางครั้งรู้ตัวว่ากินหวานเยอะ คิดว่าต้องน้ำตาลขึ้น ใจมันสั่น ใจไม่ดี"* (N11)
>
> *"...กินทุเรียนแล้วมันมึนหัว แต่ไม่ได้เจาะน้ำตาล"* (N14)
>
> *"...ถ้าน้ำตาลมันสูง จะเมา ถ้าน้ำตาลต่ำใจไม่ดี มันสั่น กินของหวาน ๆ"* (N10)

ประเด็นหลักที่ 3 ประเมินสุขภาพจากความรู้สึก การประเมินข้อมูล คือ การสังเกตอาการของร่างกาย เช่น อาการเมา เหนื่อย ใจสั่น ปัสสาวะบ่อย หรืออาการมึนศีรษะ แล้วใช้ความรู้สึกเหล่านี้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนสูงหรือต่ำ รวมถึงการเชื่อมโยงอาหารบางชนิดกับการเปลี่ยนแปลงของอาการ เช่น ผลไม้รสหวาน ข้าวเหนียว หรือขนมหวานจากการสัมภาษณ์พบ 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

1. ประเมินจากความผิดปกติอาการทางกาย ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

“...ถ้าน้ำตาลสูงมันจะเมา ถ้าน้ำตาลต่ำมันจะใจบ่ดี มันสั่น” (N10)

“...ถ้าน้ำตาลสูง 300 ฉี่ทั้งคืน ไม่ได้นอน ฉี่เป็นฟอง” (N08)

“...กินกล้วยสุก กินข้าว น้ำแข็งใส ขนม มันจะฉี่บ่อย” (N10)

2. ไม่สามารถการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

“...ไม่รู้ว่ากินอะไรแล้วน้ำตาลขึ้น มันไม่มีอาการ” (N05)

“...ควบคุมอาหารอยู่แต่บางครั้งขึ้นมาโดยไม่รู้สาเหตุ บางครั้งกินไม่ได้มันก็ขึ้น” (N08)

ประเด็นหลักที่ 4 สังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการตัดสินใจ การตัดสินใจ คือ การเลือกรับประทานอาหารที่เกิดจากความเชื่อ ประสบการณ์ส่วนตัว และอิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารโดยอาศัยความคิดเห็นของคนรอบข้างรวมถึงใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและสมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลตนเอง การสัมภาษณ์พบประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่

1. ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

“...ลูกหลานมาหา ซื้ออันนั้นอันนี้มาฝาก ของมีนัก (มีมาก) เลยกินนัก กินน้อย แต่กินหลายอย่าง เขาจะซื้อของที่มัก (ชอบ) มา อายุขนาดนี้ถ้าย้าง (หยุด) มันทรมาน” (N13)

“...ลูกหลานบอกว่า อายุขนาดนี้กินไปเหอะ ไม่ต้องเครียด ไม่ต้องอด” (N06)

“เพื่อนบ้านเรียกกิน จะอดทำไม ตัวก็ผอมขนาดนี้” (N11)

2. ใช้สมุนไพรตามประสบการณ์ตนเองและคนรู้จัก ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

“...กินสมุนไพรก็ช่วยได้นะ กินมะระขี้นก กินลูก ๆ กินใบชะพลูต้ม ทั้งต้น สังเกตว่ากินแล้วน้ำตาลมันลงนะ ถ้าเราดูว่าน้ำตาลเราสูงเราจะกิน ใบชะพลู มันจะลงเลยแหละ” (N01)

"...กินสมุนไพร มีใบเตย อัญชัน ใบหม่อน ตากแห้งแล้วต้มกินแทนน้ำ ประมาณ 3 แก้ว ตามที่ยายเค้าเคยกิน ยายเค้ากินแล้วน้ำตาลไม่ขึ้น" (N12)

ประเด็นหลักที่ 5 การรับประทานอาหารขัดแย้งกับความตั้งใจ การลงมือปฏิบัติ คือ การกระทำจริงในชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมการบริโภคอาหารตามความเข้าใจและความสามารถของตนเอง การสัมภาษณ์พบประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่

1. ไม่สามารถปฏิบัติตามที่ตั้งใจไว้ได้ ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

"...ตั้งใจจะกินข้าวน้อย ๆ ถ้ากินไม่อิ่มแล้วมันนอนไม่หลับ เคยทำนะ แต่นอนไม่หลับต้องตื่นมากิน ตอน 5 ทุ่ม" (N01)

"...อยากลดอาหารเหมือนกัน แต่อดไม่ได้ กินตามใจปาก ถ้าไม่กินมันไม่มีแรง ต้องกินเหมือนเดิม" (N03)

2. มีพฤติกรรมไม่สม่ำเสมอ ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

"...ส่วนใหญ่ไม่กินน้ำหวาน แต่บางครั้ง ร้อนจัด มันเพลีย เราก็กินน้ำอัดลม" (N01)

"...อยากอด บางครั้งลด (การรับประทานข้าว) แต่บางทีมันเครียด มันหิว ใจไม่ดี ก็เลยกินกล้วย กินข้าว" (N10)

ประเด็นหลักที่ 6 การเรียนรู้และปรับตัวจากประสบการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติ คือ กระบวนการคิดทบทวนและเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเองหรือผู้อื่น เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและชีวิตประจำวันของตนเอง จากการสัมภาษณ์พบประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนจากการเห็นประสบการณ์ของตนเอง ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

"...กินยา กินข้าวไม่เป็นเวลาเพราะบางทีทำงานเพลิน ใจจะสั่น ต้องกินเฮลบลูบอย จะชื่นใจ เลยต้องเปลี่ยนมากินข้าวเป็นเวลา กินข้าวน้อย กินกับเยอะ กินข้าวจ้าว มื้อเย็นก็เปลี่ยนมากินไม่เกิน 5 โมงเย็น" (N11)

"...ถ้าไม่กินหวานน้ำตาลมันก็ไม่ขึ้นตอนนี้เลยกินลดลงกินข้าวน้อยลง ถ้าหิวก็กินน้ำ" (N12)

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนจากการเห็นประสบการณ์ของผู้อื่น ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

“...เห็นบางคนไม่คุมอาหาร อยากกินอะไรก็กิน แล้วตีนบวม ป้าเลยกลัว ไม่กินขนมหวาน แตงโม กินน้อย ๆ ถ้าอยากกินก็กินคำสองคำ” (N11)

“...เห็นบ้านตรงกันข้ามน็อคจากน้ำตาลต่ำ ถึงกับคลานมาเรียก แฟนชงน้ำหวานให้กินเลยดีขึ้น เค้าบอกว่าอดอาหารมากเกินไปจนน็อค เรากลัวเลยไม่อดมากเกิน ต้องกินให้อิ่ม แต่ก็พยายามกินให้ลดลง” (N01)

อภิปรายผล

ประสบการณ์การจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อภิปรายได้ ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การตั้งเป้าหมายที่ไม่ชัดเจน

1.1 ขาดการตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายถึงการขาดความเข้าใจในการกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงและวัดผลได้ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้ให้ข้อมูลหลัก สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการให้กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ฝึกกำหนดเป้าหมายโดยการกำหนดค่าน้ำตาลในเลือดที่ต้องการให้ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Duangklad et al., 2019)

1.2. เกิดจากความกลัว ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายถึงอิทธิพลของอารมณ์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีการปรับพฤติกรรมจากความกลัวการถูกตำหนิจากแพทย์หรือกลัวต้องฉีดยา ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชั่วคราวเท่านั้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการเชื่อมโยงปัญหาของตนเอง มีความหงุดหงิดและบางครั้งโทษตัวเอง (Douglas & Johannah, 2020) และพบว่าการที่พยาบาลรับฟังความคิดเห็น สร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม การแก้ปัญหาตามปัญหาที่มีอยู่จริง พูดคุย พร้อมช่วยแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมและค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Chinnawoot et al., 2024) (Laoprasit, 2022)

1.3 เป้าหมายไม่สมเหตุผลและเกินจริง ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายถึงการตั้งเป้าหมายที่มากเกินไปและไม่สมเหตุสมผล เป็นสาเหตุหนึ่งของความล้มเหลวในการจัดการตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ถ้ามีการตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง เป้าหมายนั้นสมเหตุสมผล จะทำให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมดีกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Thadaeng & Kitteerawutiwong, 2020)

ประเด็นหลักที่ 2 การรวบรวมข้อมูลไม่เป็นระบบ

2.1 ได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพ ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้กับความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน ขาดการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ขาดความเข้าใจในหลักการและเหตุผลที่แท้จริงของคำแนะนำ ไม่เสริมพลังให้ผู้ป่วยในการจัดการโรคด้วยตนเอง ขาดการติดตามและสนับสนุน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ขาดความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน จะส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ (Thongpootorn & Lowirakorn, 2020) และยังพบว่าการให้ความรู้ การติดตามผลของการให้ความรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการให้ความรู้ และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pawong & Sookpier, 2024)

2.2 ไม่ทราบข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายว่า ขาดความรู้ความเข้าใจในการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ไม่สามารถจดจำข้อมูลสำคัญได้ และขาดเครื่องมือในการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การเข้าถึงข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง เป็นทักษะที่จำเป็นที่ช่วยการจัดการของตนเองให้เหมาะสมกับโรค (Phajan et al., 2022)

2.3 รับข้อมูลจากแหล่งที่ไม่น่าเชื่อถือ ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายว่า ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องว่าเป้าหมายระดับน้ำตาลที่เหมาะสมควรเป็นเท่าไร ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สรุปข้อมูลจากการสังเกตเพียงกรณีเดียว แล้วนำมาสรุปเป็นความเชื่อ สร้างความเข้าใจผิดว่าการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดอาจเป็นอันตรายโดยไม่มีข้อมูลรองรับทางการแพทย์ การขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและวิธีการป้องกัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่วนมากไม่ได้เปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตามการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพ ไม่ใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียก่อนเลือกรับข้อมูล การวิเคราะห์เนื้อหาก่อนนำไปปฏิบัติและไม่วิเคราะห์และประเมินเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม

2.4 สังเกตผลของอาหารที่รับประทานต่อระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายว่าสังเกตอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยอาศัยความรู้สึกและอาการทางร่างกายเป็นหลัก เชื่อมโยงการรับประทานอาหารหวานปริมาณมาก แต่ขาดการตรวจสอบที่แม่นยำด้วยเครื่องวัดระดับน้ำตาล สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ถ้าคนไข้มีการสังเกตตนเอง จดบันทึก และเทียบกับระดับค่าน้ำตาลจะส่งผลให้สามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น จนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ (Maungjan, 2023)

ประเด็นหลักที่ 3 ประเมินสุขภาพจากความรู้สึก

3.1 ประเมินจากความผิดปกติอาการทางกาย ใช้อาการทางร่างกายในการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและมีการเชื่อมโยงอาหารเฉพาะอย่างกับการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลและอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายว่า ตนเองใช้ความรู้สึกของร่างกายในการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง โดยสังเกตจากอาการทางระบบประสาทและระบบหัวใจหลอดเลือด และสังเกตอาการหลังรับประทานอาหาร สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ใช้ประสบการณ์ในการสังเกตอาการตนเอง ในการสังเกตจากอาการทางกายที่แสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเพื่อจัดการกับอาการผิดปกติดังกล่าว (Boonlom & Charoennukul, 2025)

3.2 ไม่สามารถประเมินความสัมพันธ์ระหว่างอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายว่ารู้สึกสับสนและไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าอาหารจะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไร เนื่องจากความไม่สม่ำเสมอของการตอบสนองของร่างกายและการขาดอาการเตือนที่ชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีการสังเกตตัวเองและบันทึกข้อมูลพฤติกรรมตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง ยอมรับและมองเห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการควบคุมอาหารที่เหมาะสม (Srisuk & Methakanjanasak, 2022)

ประเด็นหลักที่ 4 สังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการตัดสินใจ

4.1 ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายว่าการจัดการเบาหวานของผู้ป่วยไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอิสระ แต่ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในการบริโภคอาหาร และบางครั้งอาจขัดแย้งกับการควบคุมโรคที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการที่ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารไม่เหมาะสม มีสาเหตุมาจากบริบททางสังคมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป (Charonesrimaung et al., 2020)

4.2 ใช้สมุนไพรตามประสบการณ์ตนเองและคนรู้จัก ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายว่า มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนตัวและคนรู้จัก ซึ่งพบว่าสมุนไพรไทยหลายชนิดอาจช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการใช้สมุนไพรในการดูแลตัวเอง เพราะกลัวอันตรายจากยา บางรายใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน (Supanam et al., 2022)

ประเด็นหลักที่ 5 การรับประทานอาหารขัดแย้งกับความตั้งใจ

5.1 ไม่สามารถปฏิบัติตามที่ตั้งไว้ได้ ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายว่า ความรู้สึกหิวมีผลต่อการนอนหลับ มีความขัดแย้งระหว่างความต้องการของตนเองกับคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรับประทานอาหารได้ เนื่องขาดแรงจูงใจ ไม่ความสามารถจัดการตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Nasser Al-Salmi et al., 2022) และการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Faris, 2021)

5.2 มีพฤติกรรมที่ไม่สม่ำเสมอ ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายว่า ไม่สามารถควบคุมการบริโภคอาหารได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากรู้สึกว่าร่างกายตนเองผิดปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Posri, 2024)

ประเด็นหลักที่ 6 เรียนรู้จักพฤติกรรมและประสบการณ์

6.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนจากการเห็นประสบการณ์ของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายว่า ปรับพฤติกรรมการกินและหาทางออกที่สามารถทำได้จริง เหมาะสมกับชีวิตประจำวันและสภาพร่างกายของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ต่อไป (Posri et al.,2024)

6.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนจากการเห็นประสบการณ์ของคนอื่น ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายว่า เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของเพื่อนบ้านที่มีภาวะน้ำตาลผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการได้เห็นประสบการณ์ของบุคคลอื่นเป็นการเรียนรู้จากการสังเกต หรือการเห็นแบบอย่างจากคนอื่นแล้วทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปรียบเทียบและเกิดการรับรู้ว่าตนเองก็สามารถปฏิบัติได้ (Ampankao et al., 2022)

ข้อเสนอแนะ

<u>ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้</u>

สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

นำข้อมูลที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เกิดจากการตั้งเป้าหมายที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ชัดเจน การรวบรวบข้อมูลไม่เป็นระบบ ประเมินความผิดปกติของร่างกายจากความรู้สึก สังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการตัดสินใจในการบริโภคอาหารและการรับประทานอาหารขัดแย้งกับความตั้งใจ มาพัฒนาหัวข้อวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

References

Ampankao, U., Chooratna, K., Vorapongsathorn, S. &Wattanaburanon, A. (2022). Effects of health education program applying self regulationon foot care behavior change of diabetes type 2 patients in public health center 15 ladprao, department of health, Bangkok. Journal Of Health, Physical Education and Recreation, 48(1), 260-271. (in Thai).

Ana, M. G., Camelia, O. L., Alina, D. P., Lidia, L. A., Laura, M., Andreea, G., Otilia, N., Raluca, M. S,, Roxana, G., Mariana, G. & Mihai, C. (2024). Understanding the interplay of dietary intake and eating behavior in type 2 diabetes. Nutrients, 16(771), 2-15.

Boonlom, T. & Charoennukul, A. (2025). The experiences of self-care in patients with controlled type 2 diabetes. Journal of Health and Nursing Education, 31(1), 33-53. (in Thai).

Charonesrimaung, S., Suphunnakul, P., Nakamadee, B. & Ekthamasu, N. (2020). Lifestyle and related factors that prevention diabetes type 2 in the pre-diabetes group of Phitsanulok Province.Journal of Nursing and Education, 13(3), 59-71. (in Thai).

Chinnawoot, S., Sukjaroen, J. & Anutarakul, V. (2024).The effect of a transactional program on self-care behavior and blood sugar levels among uncontrolled type 2 diabetic patients. Journal of Health and Nursing Education, 30(3), 142-156. (in Thai).

Department of Disease Control. (2023). Campaign for diabetes care on world diabetes day Retrieved (2023, November 13). from https://url.in.th/dFrGP. (in Thai).

Department of Disease Control. (2024). Diabetes mellitus retrieved (2024, August 28) from https://url.in.th/mpugO.(in Thai).

Douglas, A. D. & Johannah, R. (2020). Improving patient-provider relationships to improve health care. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 18(7), 1417–1426.

Duangklad, K., Lapvongwatana, P. & Chansatitporn, N. (2019). Improvement of self-management program in uncontrolled type II diabetes patients. Journal of Health and Nursing Research, 36(1), 61-83. (in Thai).

Faris, M. (2021). Barriers to self-care among diabetic patients and ways to recognize and address. Journal of Family Medicine and Disease Prevention, 7(1), 1-3.

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

Lalun, A. & Wirunphan, B. (2021). Effects of self-management programs on hemoglobin a1c levels and quality of life in people with diabetes mellitus in the district of kanghhro hospital, Chaiyaphum province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin, 11.(1), 66-80. (in Thai).

Laoprasit, P. (2022). The development of diabetes mellitus patients care model that uncontrolled blood sugar in community hospital and network. Region 11 Medical Journal, 37(1), 29-45. (in Thai).

Maungjan, V. (2023). The effect of a self-regulation program on eating behaviors and blood glucose levels in not control diabetic patients type II. Sisaket Journal of Research and Health Development, 2(2), 1-15. (in Thai).

Nasser, A. S., Paul, C. & Melba, S. D. (2022). Diet adherence among adults with type 2 diabetes mellitus: a concept analysis. Oman medical Journal, 37(2), 1-9.

Ngiw ngam 60th anniversary nawamintharachini health promoting hospital. (2023). Annual Report. (in Thai).

Oumtanee, A. (2016). Qualitative research in nursing (3rd ed.). Bangkok: chulalongkorn university printing house. (in Thai).

Panmung, N., Srisawat, K., Jaroenkrung, P. & Sansan, S. (2024). Factors for successful operations for diabetic remission. Department of Health Service Support Journal, 20(2), 17-26. (in Thai).

Pawong, N. & Sookpier, P. (2024). Effects of foot care video education and manual on foot care behaviors to prevent foot ulcers among type 2 diabetic patients with uncontrolled fasting blood. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin, 14(1), 38-51. (in Thai).

Phajan, T., Suwannaphant, K., Anarat, B. & Thalakorn, N. (2022). Factors associated with glycemic control among type 2 diabetes mellitus patients in Thabo, Nong Khai, Thailand. Regional Health Promotion Center 9 Journal, 16(1), 285-298. (in Thai).

Posri, P., Monkong, S. & Sutti, N. (2024). Factors predicting health behaviors among older persons with uncontrolled type 2 diabetes mellitus, Nongwang Namsom Udonthani. Journal of Health Sciences and Pedagogy, 4(2), 32-48. (in Thai).

Saringkarn, S., Nirattharadorn, M. & Rutchanagul, P. (2021). The effects of promoting an individual and family self-management program on the control of sugar level behavior and accumulated blood sugar levels among type 2 diabetic patients. Journal of Health and Nursing Research, 38(1), 86-96. . (in Thai).

Sriprasert, K., Aungwattana, S. & Tamdee, D. (2022). The effect of a tela-nursing-based self-management program on health behavior of persons with uncontrolled diabetes mellitus in a community. Nursing Journal CMU, 50(3), 99-115 .(in Thai).

Srisuk, P. & Methakanjanasak, N. (2022). Effects of the internet based self-management program for carbohydrate control and exercise promotion among patients with type 2 diabetes. Udonthani Hospital Medical Journal, 30(1), 12-23. (in Thai).

Subpaiboonki, P., Sivaporn, A. & Tamdee, D. (2021). Effects of the motivation program on dietary behaviors and blood sugar level among uncontrolled diabetic persons. Nursing Journal, 48(4), 80 – 92. (in Thai).

Supanam, S., Somkong, A., Rukyingchareon, K. & Ruangkitudom, N. (2022). The experience of perceived self-care behavior in uncontrolled diabetes mellitus type 2 patients. EAU Heritage Journal Science and Technology, 16(2), 186-198. (in Thai).

Thadaeng, C. & Kitteerawutiwong, N. (2020). Effect of self-management program on self-efficacy, self-management behaviors, fasting plasma glucose, and hemoglobin a1c among type 2 diabetes mellitus patients. Songklanagarind Journal of Nursing, 40(4), 61-73. (in Thai).

Thongpootorn, P. & Lowirakorn, S. (2020). Food consumption of diabetic patients with uncontrolled plasma glucose level at diabetic clinic, Kut Chap Hospital, Udon Thani Province. KKU Journal for Public Health Research, 13(1), 22-32.(in Thai).

Van Manen, M. (1990). Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. London: Althouse Press.