

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วย
เบาหวานในโรงพยาบาลจุน

ณัฐราช ยะราช

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ตุลาคม 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานใน
โรงพยาบาลจุน

ณัฐราช ยะราช

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

ตุลาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา



2337265636

UP Thesais 61351477 independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

FACTORS RELATED TO HBA1C CONTROL IN DIABETES PATIENTS, CHUN HOSPITAL

NUTHARASH YARASH

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

October 2021

Copyright 2021 by University of Phayao



2337265836

UP Theses 61351477 Independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วย

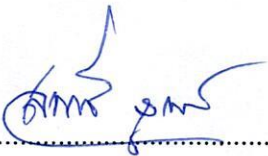
เบาหวานในโรงพยาบาลจุน

ของ ณิชูราช ยะราช

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

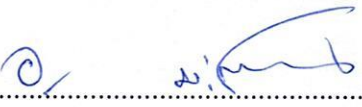
มหาวิทยาลัยพะเยา

.....ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมคิด จุหว่า)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย จาดศรี)

.....อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุกุล มะโนทน)

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ)

- เรื่อง:** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลจุน
- ผู้ศึกษาค้นคว้า:** ธีรัฐราช ยะราช, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2564
- อาจารย์ที่ปรึกษา:** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมชาย จาคศิริ
- คำสำคัญ:** ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, ปัจจัยที่มีผล, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบ Case-control study นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลได้ 110 คน และคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 330 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 5 ด้าน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติ ความร่วมมือในการใช้ยาและการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย การทดสอบไคสแควร์และการถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคุมระดับน้ำตาลได้ดีคือ เพศ ($P = 0.09$) ดัชนีมวลกาย ($P = 0.036$) การมีผู้ดูแล ($P = 0.043$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($P < 0.001$) และการรับรู้อุปสรรคของแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($P = 0.005$) เมื่อทดสอบสถิติถดถอยโลจิสติกพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง ($\text{adjOR} = 9.368, p < 0.001$) และเพศชาย ($\text{adjOR} = 1.954, p = 0.004$) มีอิทธิพลกับการคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาคควรเพิ่มทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ถูกต้องอย่างแพร่หลายของโดยมีบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้สนับสนุนเพื่อให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการตัดสินใจในการเลือกวิถีปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

Title: FACTORS RELATED TO HBA1C CONTROL IN DIABETES PATIENTS, CHUN HOSPITAL
Author: Nutharash Yarash, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2021
Advisor: Assistant Professor Dr. Somchai Jadsri
Keywords: HbA1c, Factor, Diabetes patients, Glycemic control

ABSTRACT

This Case-control study aimed to study factors related to HbA1c among diabetes patients in Chun hospital. The sample of 440 diabetes patients were 110 of those who controlled HbA1C level and 330 of those who cannot control. Data was collected by questionnaire including 5 parts, i.e., general information, health literacy, behavior of diabetes patients, medication adherence and perception of difficulty to control HbA1c. Data was analyzed by descriptive statistic, such as, frequency, percentage, mean, standard deviation and determined relation by Chi-square test and logistic regression.

The results found factors related to good HbA1c control were gender ($P = 0.09$), body mass index ($P = 0.036$), having caregivers ($P = 0.043$), health literacy ($P < 0.001$) and perception to the difficulty from family support to control HbA1c ($P = 0.005$). However, logistic regression analysis revealed that high health literacy ($\text{adjOR} = 9.368$, $p < 0.001$) and male ($\text{adjOR} = 1.954$, $p = 0.004$) had high influence on HbA1c control at confidence level of 95%. Recommendation from the study suggests that health information accessibility of diabetic patient should be enhance to be more accessible and accuracy by medical professionals and village health volunteers (VHV) for facilitate the patients to choose the best way to control their sugar blood level.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ได้รับการสนับสนุนจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย จาคศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มอาสาสมัครทั้งหมดที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ขอขอบคุณแพทย์เวชศาสตร์ชุมชน หน่วยงานเภสัชกรรม และคลินิกพิเศษโรงพยาบาลจุน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุน ที่อนุเคราะห์สถานที่ทำการวิจัยและให้คำปรึกษาในการทำงานวิจัย ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ท่านอื่น ๆ ที่ให้คำปรึกษาให้คำแนะนำ ตั้งแต่การเริ่มโครงการวิจัยจนมีส่วนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณสำหรับคำแนะนำและจะนำไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนางานวิจัยของตนเองต่อไป ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ณัฐราช ยะราช



2337265836

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉุ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	7
สมมติฐานงานวิจัย	7
ขอบเขตงานวิจัย.....	7
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย	11
แนวความคิดเรื่ององค์การสังคมของ Parsons.....	13
กรอบแนวคิด	22
ความหมายของโรคเบาหวาน	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	32



2337265836

UP :Thesis 61351477 independent study / recv : 03102564 16:37:48 / seq: 37

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 32

วิธีดำเนินการวิจัย..... 34

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 36

การเก็บรวบรวมข้อมูล 40

การวิเคราะห์ข้อมูล 40

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 42

 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 42

 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 44

 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร..... 49

 พฤติกรรมการออกกำลังกาย 50

 พฤติกรรมการบริหารจัดการใจ 52

 พฤติกรรมการรับประทานยา 54

 ความร่วมมือในการใช้ยา 56

 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหาร..... 58

 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย..... 60

 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยา 62

 การรับรู้อุปสรรคของการสนับสนุนจากครอบครัว 64

 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน.... 66

 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการควบคุมระดับน้ำตาลโดย Logistic Regression 71

บทที่ 5 บทสรุป..... 72

 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา..... 72

 ข้อเสนอแนะ..... 79

บรรณานุกรม 82

ภาคผนวก 88

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม89

ประวัติผู้วิจัย98



2337265836

UP Thesls 61351477 independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	18
ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	42
ตาราง 3 แสดงผลจำนวนผู้ที่ตอบคำถามและร้อยละของระดับคะแนนความรอบรู้ ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
ตาราง 4 แสดงระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	48
ตาราง 5 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ กลุ่มตัวอย่าง.....	49
ตาราง 6 แสดงจำนวนร้อยละระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร.....	50
ตาราง 7 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายของ กลุ่มตัวอย่าง.....	50
ตาราง 8 แสดงจำนวนร้อยละระดับคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย.....	52
ตาราง 9 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริหารจัดการจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
ตาราง 10 แสดงจำนวนร้อยละระดับคะแนนพฤติกรรมการบริหารจัดการจิตใจ.....	54
ตาราง 11 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาของ กลุ่มตัวอย่าง.....	54
ตาราง 12 แสดงจำนวนร้อยละระดับคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา.....	56
ตาราง 13 แสดงผลจำนวนและร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง.....	56
ตาราง 14 แสดงจำนวนร้อยละระดับความร่วมมือในการใช้ยา.....	57
ตาราง 15 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร.....	58
ตาราง 16 แสดงจำนวนร้อยละระดับการรับรู้อุปสรรคการบริโภคอาหาร.....	59
ตาราง 17 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมการออกกำลังกาย.....	60
ตาราง 18 แสดงจำนวนร้อยละระดับการรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกาย.....	61
ตาราง 19 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมการรับประทานยา.....	62



2337265836

UP IThesis 61351477 Independent study / rev: 03102564 16:37:48 / seq: 37

ตาราง 20 แสดงจำนวนร้อยละระดับการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยา.....	63
ตาราง 21 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการสนับสนุน จากครอบครัว.....	64
ตาราง 22 แสดงจำนวนร้อยละระดับการรับรู้อุปสรรคของการสนับสนุนจากครอบครัว.....	65
ตาราง 23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไป ปัจจัยพฤติกรรมการปฏิบัติ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การปฏิบัติกับการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์	66
ตาราง 24 แสดงการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุม ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยวิเคราะห์ การถดถอยโลจิสติก	71



2337265836

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี.....	5
ภาพ 2 แสดงโครงสร้างของการปฏิบัติในกรอบของหน้าที่พื้นฐาน 4 ประการ.....	14
ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	23



2337265836

UP ThesIs 61351477 independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และยังเป็น 1 ใน 4 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผู้นำหลาย ๆ ประเทศให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองและยังเป็นหนึ่งเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการลดการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงหนึ่งในสาม โดยในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ผู้ที่ได้รับการตรวจ Fasting Plasma glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mmol/L หรือได้รับยาโรคเบาหวานและมีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง) และความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2014 พบว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 422 ล้านคน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เมื่อเทียบกับ ปี 1980 ที่ป่วยประมาณ 108 ล้านคน และความชุกของเบาหวานได้เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตั้งแต่ปี 1980 โดยเพิ่มจาก 4.7% เป็น 8.5% ในประชากรผู้ใหญ่ (World Health Organization, 2016) ปัจจุบันโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและพบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความชุกมากที่สุดและเพิ่มมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรม อีกทั้งยังพบว่าในประเทศที่มีรายได้สูงพบผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึง 91% สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติคาดการณ์ถึงความชุกของโรคเบาหวานว่าในปี 2040 จะมีผู้ใหญ่ 1 ใน 10 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวานจากเดิมที่เคยพบอัตราป่วย 1 ใน 11 คน จากข้อมูลสำรวจปี 2015 และคาดว่าจะมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน จากทั่วโลกในปี 2040 และ 1 ใน 2 ของประชากรผู้ใหญ่มีโอกาสพบว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ในขณะที่เบาหวานชนิดที่ 1 พบได้น้อยกว่าแต่ก็พบว่าเพิ่มขึ้น 3% ในทุกปีโดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยเด็ก (International Diabetes Federation, 2015) สิ่งที่น่าสนใจพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดสูงนั้นเป็นสาเหตุของการตายมากกว่าการตายจากโรคเบาหวานโดยตรงในปี 2012 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากสาเหตุน้ำตาลในเลือดสูงประมาณ 3.7 ล้านคน ร่วมกับสาเหตุการตายจากเบาหวานโดยตรงประมาณ 1.5 ล้านคน ซึ่งโดยส่วนมากพบในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับสูง (1.5 ล้านคน) และพบเป็นส่วนน้อยในประเทศรายได้ต่ำ (0.3 ล้านคน) แต่เมื่อดูจากกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี ในเพศชายและเพศหญิง พบสัดส่วนของการตายเนื่องจากสาเหตุน้ำตาลในเลือดสูงมากที่สุดในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง แต่ในประเทศรายได้สูงพบว่า สัดส่วนผู้เสียชีวิตจากสาเหตุระดับน้ำตาลในเลือดในเพศชายและเพศหญิงพบมากในกลุ่มอายุ 60-69 ปี โดย 43 เปอร์เซ็นต์



2337265836

UP-Thesis 61351477 independent study / rev: 03102564 16:37:48 / seq: 37

ของการตายที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงนั้นเกิดในประชาชนอายุต่ำกว่า 70 ปี พบว่า 7% เป็นในกลุ่มชายอายุ 20-69 ปี และ 8% พบในหญิงอายุ 20-69 ปี ซึ่งพบในระเทศที่มีรายได้ต่ำ และรายได้ปานกลางมากกว่าประเทศรายได้สูง (World Health Organization, 2016) ข้อมูลสำรวจของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติพบว่า 50% ของประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ประมาณ 159 ล้านคนทั่วโลก มีปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารผิดปกติหรือความทนต่อน้ำตาลลดลงและหากไม่ได้รับการรักษามีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ต่อไป และในปี 2040 คาดว่าจะมีประชากรกลุ่มอายุน้อยกว่า 50 ปี ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระดับน้ำตาลหลังอาหารสูงผิดปกติ (Impaired glucose tolerance, IGT) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเปลี่ยนไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (มีความสัมพันธ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด) มากขึ้นถึง 209 ล้านคน และยังพบอีกว่า 29.8% จากประชากรกลุ่มที่มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารผิดปกติหรือความทนต่อน้ำตาลลดลง (Impaired glucose tolerance, IGT) มีกลุ่มอายุระหว่าง 20-39 ปี ซึ่งจัดเป็นกลุ่มอายุที่จะได้รับความเสี่ยงสูงเป็นระยะเวลานาน พื้นที่ที่มีความชุกของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารผิดปกติ นั้นพบสูงสุดในแถบอเมริกาเหนือและแถบทะเลแคริบเบียน (15%) และพบความชุกต่ำสุดในทวีปยุโรป (4.8%) (International Diabetes Federation, 2015) จากการสำรวจของ WHO อัตราการตายจากสาเหตุระดับน้ำตาลในเลือดสูงนั้น พบมากในบริเวณแถบเมดิเตอร์เรเนียน ตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแอฟริกา เป็นต้น ในส่วนของความชุกของโรคเบาหวานพบว่า ประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางพบความชุกของโรคเบาหวานได้มากกว่าประเทศที่รายได้สูง พื้นที่ภูมิภาคแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกมีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด (13.7%) และแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบความชุกถึง 8.6% เป็นอันดับสองรองจากเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก โดยในอดีตที่ผ่านมาการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานเป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคอ้วนและน้ำหนักเกิน เป็นต้น (World Health Organization, 2016)

สถานการณ์โรคเบาหวานแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (เฉพาะกลุ่มประเทศ อินเดีย บังกลาเทศ ศรีลังกา เนปาล มอริเชียส ภูฏาน มัลดีฟส์) พบว่า มีความชุกของเบาหวานถึง 8.5 % หรือมีประมาณ 78.3 ล้านคน ที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นประชากรป่วยที่อยู่ในชนบท ร้อยละ 32.5 และเกือบครึ่งของผู้ป่วยพบในชุมชนเมืองร้อยละ 47.5 ประเทศมอริเชียสเป็นพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของโรคเบาหวานในผู้ใหญ่สูงที่สุดแห่งหนึ่งในโลก มีอัตราความชุกสูงถึง 24.3% ส่วนอินเดียเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานสูงมาก และในอนาคตคาดว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 42 ล้านคน ในภูมิภาคนี้ มีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิด

ที่ 2 และในภูมิภาคนี้คาดว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า 140 ล้านคนในปี 2040 (International Diabetes Federation, 2015)

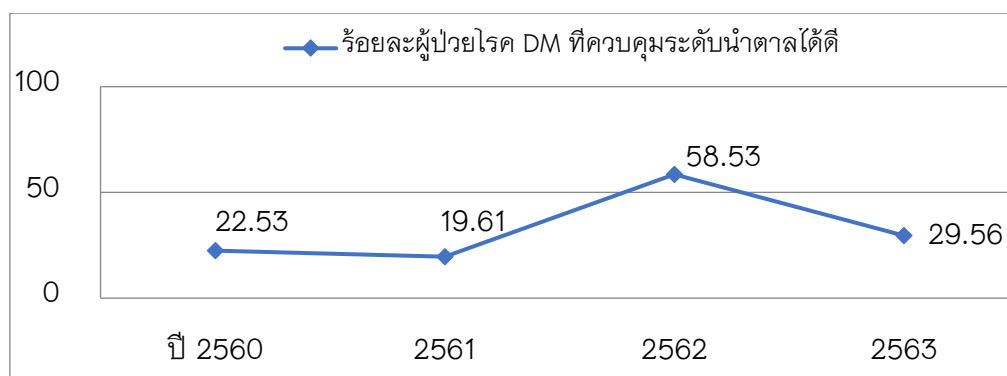
ประเทศไทยเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่อยู่ใกล้แถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ละเอียดเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของโรคเบาหวานสูงเป็นอันดับที่ 5 จากภูมิภาคทั่วโลกจากการแบ่งของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ และมีแนวโน้มจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น จากข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานในโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน (ปี 2554) ในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศจำนวน 18,943,581 คน พบผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 1,581,857 คน จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากเดิมและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน (วิภาพร อุตมะ, 2560)

โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและระบบสุขภาพของชาติเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการสุขภาพและสูญเสียผลผลิตทางการการแพทย์ในการดูแลรักษาโรคเบาหวานในระยะยาวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคเบาหวาน เช่น ไตวาย ตาบอด หรือโรคหัวใจ เป็นต้น หลาย ๆ ประเทศส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 5-20% ของค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพที่ใช้ไปกับการรักษาโรคเบาหวาน (International Diabetes Federation, 2015)

สำหรับโรงพยาบาลจุนเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กระดับทุติยภูมิเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการประชาชนในด้านรักษา ฟื้นฟู ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ และคลินิกพิเศษโรงพยาบาลจุนเป็นคลินิกที่รักษาดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้บริการตรวจรักษา และให้การติดตามผลการรักษาแก่ผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นเป็นปัญหาสาธารณสุข 1 ใน 5 ปัญหาที่สำคัญในพื้นที่อำเภอจุนเนื่องจากมีผู้ป่วยรับการรักษาเป็นจำนวนมากและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนหลาย ๆ โรคที่สำคัญในพื้นที่ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นหนึ่งในสามอันดับแรกของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการรักษาในคลินิกพิเศษโรงพยาบาลจุนทั้งหมด 1,935 คน (ข้อมูลจาก HosXP จากปีงบประมาณ 2560-2562) โดยจากข้อมูล HosXP (ข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม 2562) เมื่อปีงบประมาณ 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนการรักษาในคลินิกพิเศษของโรงพยาบาลจุน 1,499 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ 1,091 คน คิดเป็นร้อยละ 72 เมื่อเข้าผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัย

เข้าสู่กระบวนการรักษาร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพของคลินิกพิเศษพบว่า ปีงบประมาณ 2561 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลในคลินิกพิเศษสามารถคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีขึ้น 138 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 9 จากผู้ป่วยเบาหวาน 1,499 คน โดยมีผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ 932 คน และในปีงบประมาณ 2561 เมื่อรวมกับผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่มารับการรักษาที่คลินิกพิเศษ จึงทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ถึง 1,198 คน จากผู้ป่วยโรคเบาหวานรักษาในคลินิกพิเศษทั้งหมด 1656 คน (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปีงบประมาณ 2561 ได้รับการตรวจ HbA1c เมื่อตุลาคม 2560) ทั้งนี้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 จนถึงปัจจุบันยังคงมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้อยู่ 727 คน (จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดที่ลงทะเบียนไว้ 1,935 คน ซึ่งได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมแล้ว 1,814 คน) โดยสรุปแล้วเมื่อรวมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ทำให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ 1,108 คน คิดเป็นร้อยละ 57.2 และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี 706 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 (ที่เหลือยังไม่ได้รับการตรวจซ้ำเพื่อยืนยันผล) สิ่งที่น่าสนใจคือ 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ตั้งแต่การปฏิบัติงานตาม service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD, HT, DM, CVD) ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไปในทุก ๆ ปี และการพัฒนางานด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์และการใช้กระบวนการของงานสุขศึกษาเข้ามาพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการให้ความรู้ผู้ป่วยที่มารักษาในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการรับประทานยาที่ถูกต้อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารสุขภาพจิตของผู้ป่วย เป็นต้น หลังจากการดำเนินงานพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรงพยาบาลจึงมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีให้ได้มากกว่าร้อยละ 40 จากข้อมูล HDC แสดงถึงค่าร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี ปีงบประมาณ 2560-2563 มีดังนี้

เป้าหมายการควบคุมโรคเบาหวานจากตัวชี้วัด Clinic NCD Plus ปีงบประมาณ ให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากกว่าร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยที่รักษาในพื้นที่



ภาพ 1 แสดงร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี

จากข้อมูล HDC โดยภาพรวมของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ที่รับการรักษา ณ คลินิกพิเศษ (คลินิกเบาหวาน) ของโรงพยาบาลจุน มีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 โดยในปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลจุนมีระดับร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอยู่ที่ร้อยละ 19.61 ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 6 จาก 9 โรงพยาบาลในจังหวัดพะเยา ซึ่งโรคเบาหวานยังเป็น 1 ใน 5 ของโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอจุนอีกด้วย การทำงานของคลินิกพิเศษโรงพยาบาลจุนเป็นจึงถือเป็นการทำงานที่สำคัญที่จะช่วยลดปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และเพื่อตอบสนองต่อตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นอย่างดี ทั้งนี้คลินิกพิเศษของโรงพยาบาลจุนจึงได้มีการทำงานทั้งทางด้านส่งเสริม รักษา ป้องกัน และฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง คลินิกพิเศษได้นำกระบวนการวิธีต่าง ๆ มาใช้เพื่อแก้ไขปัญหา เช่น การส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส การนำปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานมากำหนดเป็นข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น คลินิกพิเศษได้ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่สามารถทำผลงานได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (เพิ่มผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีให้มากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ที่ทำการดูแลรักษา) อีกทั้งคลินิกพิเศษ (คลินิกเบาหวาน) โรงพยาบาลจุน ยังไม่มีการทำวิจัยเพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมาก่อน ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งปัจจัยที่รวบรวมมานี้มีส่วนคล้ายกับข้อปฏิบัติหรือข้อเสนอแนะจากคลินิกพิเศษ (คลินิกเบาหวาน) ที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกพิเศษโรงพยาบาลจุนยังไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้อย่างจริงจัง ซึ่งผู้วิจัยหวังว่างานวิจัย

ในเรื่องการอธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ของคลินิกพิเศษครั้งนี้จะสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีตามที่ต้องการต่อไป

การศึกษาที่ผ่านมาพบหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ เช่น ระยะเวลาการเป็นโรคเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ (Khoda, et al., 2018) อุปสรรคการควบคุมอาหาร อุปสรรคการออกกำลังกาย อุปสรรคการรับประทานยา อุปสรรคการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นอุปสรรคของที่ขัดขวางการดูแลสุขภาพเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (จักรกฤษณ์ วังราชภูร์; สุวินัย แสงโย และกัญญาณัฐ อุ่มมี, 2561) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งกล่าวถึงพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งหมายถึงการไม่ใช้ยามากไปหรือน้อยเกินไปนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง รวมถึงไม่มีพฤติกรรมอื่น ๆ ต่อไปนี้ เช่น การหยุดยาเองนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง การไม่มาตามนัด การไม่มาติดตามผลการรักษา การใช้ยาผิดเทคนิค (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และวิชชุตา เจริญกิจการ, 2559) และการไม่ใช้ยาซึ่งมีความหมายคล้ายพฤติกรรมการทำงานยาอย่าง ถูกต้องสม่ำเสมอ (วรรณ คล้ายหงส์; นารินทร์ จิตรมนตรี และวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, 2559) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (อภิวัฒน์ เจริญวัฒน์, 2561) ส่วนปัจจัยภายในอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับระดับน้ำตาล เช่น อายุ ค่าดัชนีมวลกาย (พัชรียา อัมพูธ และสิริมา วงษ์พล, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ พันธุ์อารีวัฒนา (2561) บางการศึกษาพบว่ากิจกรรมทางกายก็มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดบางการศึกษา เช่น จากการศึกษาของ Kasper, et al. (2017) ได้พูดถึงความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมีผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เป็นต้น ซึ่งโดยพื้นฐานการปฏิบัติที่สำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานได้ดี ได้แก่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย หรือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องทำตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คลินิกพิเศษได้บูรณาการหลักการของกระบวนการของงานสุขศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเข้าไปในการทำงาน จึงมีการพัฒนาผู้ป่วยทั้งปัจจัยภายในด้านความรู้ทักษะการปฏิบัติ และพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยเองรวมถึงการพัฒนาไปยังผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว ดังนั้นปัจจัยที่นำมาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือคล้ายกับการปฏิบัติเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาในคลินิกพิเศษหรือคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลจุน เป็นต้น เป้าหมายหนึ่งในการรักษาโรคเบาหวานคือการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงกับระดับปกติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาล



2337265836

UP-Thesis 61351477 Independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

ในเลือดสูง การวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหรือ HbA1c เป็นวิธีหนึ่งเพื่อใช้ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีหรือมีผลน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่า 7% จะสัมพันธ์กับการเรื่องภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้ เป็นที่มาของวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาในคลินิกพิเศษ (คลินิกเบาหวาน) โรงพยาบาลจุน เป็นการศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของลักษณะทั่วไปรวมถึงปัจจัยต่างที่อาจจะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลจุน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารักษา และการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรักษามากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกพิเศษโรงพยาบาลจุน
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุน

สมมติฐานงานวิจัย

ปัจจัยภายในความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยภายนอกพฤติกรรมการปฏิบัติ ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับการคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขอบเขตงานวิจัย

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานโดยแพทย์ และเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลที่คลินิกเบาหวาน (คลินิกพิเศษ) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา จำนวน 1,814 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและได้มารับบริการรักษาส่งเสริมสุขภาพในคลินิกพิเศษของโรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2563 จำนวน 1,814 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน



2337265836

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Peduzzi, et al. (1996) แบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ดีมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7 จำนวน 110 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ดีมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ครึ่งสุดท้ายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 จำนวน 330 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน การมีผู้ดูแล การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย และการได้รับลูขศึกษาประจำปี
2. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริหารจัดการใจ พฤติกรรมการรับประทานยา และความร่วมมือในการใช้ยา
4. ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร การรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคการรับประทานยา และการรับรู้อุปสรรคของแรงสนับสนุนจากครอบครัว

ตัวแปรตาม

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. งานวิจัยนี้เป็นวิจัยที่จัดทำเพื่อนำข้อมูลที่ได้ส่วนหนึ่งไปช่วยพัฒนารูปแบบการให้บริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลจุนต่อไปและไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับขั้นตอนการรักษาโรคเบาหวานของแพทย์
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามตามข้อเท็จจริง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาหากประสงค์ที่จะหยุดทำการตอบแบบสอบถามสามารถกระทำได้ด้วยความสะดวกใจ

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการสร้างฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่ตอบสนองต่ออินซูลินเป็นผลทำให้ระดับน้ำตาลอยู่ในกระแสเลือดมีปริมาณที่สูงส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายในระยะยาวทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานของอวัยวะอื่นได้

เช่น ตา ไต เท้า หัวใจ หลอดเลือด เป็นต้น นอกจากผลกระทบทางตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางอ้อมทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว จนกระทั่งเกิดความสูญเสียต่าง ๆ ตามมาได้ กล่าวคือเกิดการเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาล รวมถึงการสูญเสียอวัยวะเกิดล้าทำให้เกิดความพิการขึ้นได้

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานโดยแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7

ระยะการเป็นโรคเบาหวาน หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ถูกวินิจฉัยและลงทะเบียนรักษาในคลินิกพิเศษ (คลินิกเบาหวาน) โรงพยาบาลจนถึงปีที่ทำการศึกษา

การมีผู้ดูแล หมายถึง การมีทีมดูแลจากคลินิกพิเศษ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือทีมดูแลที่อยู่ในชุมชน ลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบ

การได้รับสุขศึกษา หมายถึง การได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยใช้ในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เช่น การรับรู้ข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ การตัดสินใจรวมถึงทักษะการรับรู้และทักษะทางสังคม หากผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะมีการใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

ปัจจัยภายนอก หมายถึง ปัจจัยที่เป็นข้อปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจัดการใจ การรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่

การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้เข้าร่วมการศึกษาในการสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมการศึกษารักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ ให้กำลังใจ ผู้ป่วยในการรักษาโรคเบาหวาน ให้การสนับสนุนทางการเงิน พาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล ตามนัด ให้การสนับสนุนด้านการจัดเตรียมยา ให้ผู้ป่วยรับประทาน และให้การสนับสนุนด้านการจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน

ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง การไม่ใช้ยามากเกินหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ทั้งขนาด และจำนวนครั้ง รวมถึงต้องไม่มีพฤติกรรมการหยุดยาที่แพทย์สั่งการไม่ใช้ยา การใช้ยาผิด เทคนิค การใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง และการไม่ทำตามนัด ทำให้ไม่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการวิจัย

1. สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้เพื่อพัฒนาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี นำไปจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
2. เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานทราบถึงข้อมูลการวิจัยในพื้นที่เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นในการพัฒนางานในคลินิกพิเศษของโรงพยาบาลต่อไป



2337265836

UP-IThesi.s 61351477 independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การรวบรวมรายงานที่สำคัญ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
 - 1.1 แนวคิดทางสังคมวิทยา
 - 1.2 แนวคิดโครงสร้างหน้าที่
 - 1.3 แนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ
 - 1.4 แนวคิดความเชื่อทางด้านสุขภาพ
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2.1 สถานการณ์เบาหวานโลก
 - 2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคโรคเบาหวาน
 - 2.3 การศึกษาที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociology) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่น่านำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมด้านต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีหน้าที่ประโยชน์ (Functionalism) ทฤษฎีทางสังคมเป็นต้นกำเนิดของทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ที่เป็นหนึ่งในทฤษฎีแม่บททางสังคมวิทยา โดยที่แนวคิดทฤษฎีทางสังคมวิทยาได้รับการพัฒนามาจากนักวิชาการรุ่นก่อน เช่น Auguste Comte (Auguste Comte, 1798–1857) ที่ได้รับอิทธิพลจากกระแสความคิดทฤษฎีว่าด้วยการวิวัฒนาการ (Evolution) ในทางชีววิทยาโดย Auguste Comte ทำการศึกษาสังคมศาสตร์ให้เหมือนกับวิทยาศาสตร์โดยเน้นการสังเกต การเปรียบเทียบ และอาจรวมทั้งการทดลองด้วย จากการใช้แนวคิด Positivism ซึ่ง Auguste Comte ได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. Social Statics การศึกษาในเรื่องการยึดเหนี่ยวให้สังคมคงอยู่อย่างมีระเบียบ
2. Social dynamics เป็นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการพัฒนาแบบแผนของสถาบันต่าง ๆ ในสังคม

ซึ่ง Comte ได้เสนอทฤษฎีของเขาตามแนวคิดว่าด้วยการ “วิวัฒนาการ” (evolution) โดยเสนอว่ามนุษย์มี 3 ช่วงเวลาแห่งการพัฒนาทางความคิดซึ่งมีอิทธิพลต่อความเป็นไปในสังคมยุคนั้น ๆ ได้แก่

1. **ยุคแรก ยุคเทววิทยา (theological stage)** เป็นยุคที่มีการนับถือเทพเจ้าหรือมีสิ่งนับถือต่าง ๆ ซึ่งแบ่งได้เป็นสามช่วงเวลา เช่น ช่วงที่มนุษย์นับถือภูตผีปีศาจ เชื่อในสิ่งชั่วร้ายต่าง ๆ ช่วงที่มนุษย์นับถือเทพเจ้าหลายองค์ และช่วงที่มนุษย์นับถือเทพเจ้าองค์เดียว

2. **ยุคต่อมา อภิปรัชญา (metaphysical stage)** เป็นยุคที่มนุษย์แสวงหาความจริงโดยอาศัยการวิเคราะห์อย่างเป็นเหตุเป็นผล โดยหลักการทางตรรกศาสตร์และปรัชญา

3. **ยุคต่อมา ยุคปฏิฐาน (positive stage)** มนุษย์พัฒนาภูมิปัญญา โดยการแสวงหาความรู้ได้อย่างเป็นระบบ และมีความน่าเชื่อถือ โดยนำวิธีการศึกษาที่ใช้ในทางวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ และใช้ในการศึกษาสังคม ประกอบกับใช้หลักการที่เป็นเหตุและผลในการสรุปและการวิเคราะห์ อันเป็นการพยายามทำความเข้าใจเรื่องราวทางวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ (natural science) และแนวคิดนี้ได้มีอิทธิพลต่อการศึกษาทางสังคมในยุคถัดมาอีกด้วย (จิรัชชิต วิระสย, 2561)

Herbert Spencer (1820–1903) เปรียบสังคม (society) เสมือนกับกลไกการทำงาน ของร่างกายและสมองของสิ่งที่มีชีวิต โดยที่แต่ละส่วนในสังคมมีลักษณะพิเศษเฉพาะด้าน (specialized) และมีการบูรณาการ (integrated) เข้ากับส่วนอื่น ๆ ในสังคม

ความคิดทฤษฎีของ Spencer ที่สำคัญและกระตุ้นการพัฒนาการของแนวการหน้าที่ ประโยชน์ (Functional) หรือแนวโครงสร้างการหน้าที่ประโยชน์ (Structural Functionalist approach) ได้แก่ หลักการของเขาที่ว่าด้วย 2 กระบวนการ (process) ได้แก่ 1) Structural differentiation คือ กระบวนการแยกแยะเป็นส่วนต่าง ๆ และ 2) Functionalist adaptation คือ กระบวนการปรับตัวด้านการหน้าที่ประโยชน์

ทฤษฎีหรือแนวคิดว่าด้วยการหน้าที่หรือการหน้าที่ประโยชน์ (Structural Functionalist approach) ได้รับการพัฒนาต่อมาโดย นักวิชาการที่มีชื่อเสียงชื่อทาลคอต พาร์สันส์ (Talcott Parsons, 1902–1979) แนวคิดของพาร์สันประกอบด้วย คตินิยมด้านปรัชญา 3 ด้าน คือ

1. **อรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism)** คือ เป้าหมายของการกระทำทั้งหลาย อยู่ที่ความสุขมากที่สุดแก่คนจำนวนมาก

2. **ปฏิฐานนิยม (Positivism)** อยู่ที่ว่าอะไรที่ทดสอบได้จึงจะเป็นจริง

3. **จิตนิยม (Realism)** หรืออุดมการณ์นิยม คือ ความเป็นจริงเป็นสิ่งสมบูรณ์ในตัว อาจเป็นมโนคติหรือเป็นจิตก็ได้

แนวความคิดเรื่ององค์การสังคมของ Parsons

พาร์สันเชื่อว่า ทฤษฎีการกระทำอาสาสมัคร (Voluntaristic Theory of Action) เป็นศูนย์รวมของสังกัปและฐานคติจากอรรถประโยชน์นิยม ปฏิฐานนิยมและจิตนิยม (Utilitarianism, Positivism and Idealism) ซึ่งนำมาสร้างทฤษฎีองค์การสังคมเชิงหน้าที่ขึ้น (Functional Theory of Social Organization) โดยในขั้นแรกอาศัยคติอาสาสมัครมองการตัดสินใจของผู้กระทำทางสังคม (Normative Constraints) และสถานการณ์ (Situational Constraints Action) ดังนั้นการกระทำโดยเสรีหรือเชิงอาสา (Voluntaristic) จึงประกอบด้วยธาตุมูล ดังนี้

1. ผู้กระทำ หมายถึง ปัจเจกชน
2. เป้าหมาย ที่ผู้กระทำมุ่งประสงค์
3. วิธีต่าง ๆ ที่ผู้กระทำจะเลือกใช้เพื่อบรรลุเป้าหมาย
4. สถานการณ์ อันเป็นฉากซึ่งผู้กระทำจะต้องนำเข้ามาพิจารณาในการที่จะเลือกวิธีหนึ่งวิธีใดในการบรรลุเป้าหมาย
5. ตัวกำหนดเชิงบรรทัดฐาน อันได้แก่ ค่านิยมบรรทัดฐานทางสังคมและความคิดต่าง ๆ ซึ่งผู้กระทำจะต้องนำมาพิจารณาประกอบในการเลือกวิธีการบรรลุเป้าหมาย
6. การตัดสินใจโดยเสรี ภายใต้เงื่อนไขข้อบังคับหรือบรรทัดฐานและสถานการณ์

ระบบการกระทำ (System of Action)

เกิดในบริบททางสังคม ซึ่งเป็นบริบทที่ผู้กระทำมีสถานภาพและแสดงพฤติกรรมตามที่สถานภาพกำหนดไว้ สถานภาพและบทบาทต่าง ๆ ในสังคมประสานสัมพันธ์กันในรูปของระบบต่าง ๆ หน่วยการกระทำจึงมีฐานะเป็นระบบการกระทำระหว่างกัน (System of Interaction) ซึ่งการกระทำในที่นี้ คือ แสดงบทบาทของผู้กระทำประกอบไปด้วยผู้กระทำจำนวนมาก ซึ่งก็มีสถานภาพและแสดงบทบาทที่รวมกันเข้าเรียกว่า ระบบสังคม

เนื่องจากจุดสนใจของพาร์สันอยู่ที่ระบบสังคม ดังนั้นเขาจึงสนใจเรื่องบูรณาการในระบบสังคม และระหว่างระบบสังคมกับระบบวัฒนธรรมและระบบบุคคล ตามความคิดของเขา บูรณาการของระบบสังคมจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับความต้องการจำเป็นเชิงหน้าที่ (Functional Requisite) คือ

1. ระบบสังคมจะต้องมีคนหนึ่ง ซึ่งเพียงพอที่จะแสดงบทบาทต่าง ๆ ที่ระบบต้องการ
2. ระบบสังคม จะต้องพยายามหลีกเลี่ยงแบบแผนวัฒนธรรมที่ทิ้งไม่รักษา ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และกำหนดบังคับให้คนต้องกระทำการอันเป็นไปไม่ได้ ซึ่งจะทำให้เกิดการเบี่ยงเบนและการขัดแย้งขึ้น
3. ความต้องการจำเป็นพื้นฐานของระบบ



พาร์สันเห็นว่า ระบบการกระทำมีความต้องการพื้นฐาน 4 ประการ คือ

1. การปรับตัวเป็นเรื่องของการแสวงหาลิขิตจำเป็นต่าง ๆ จากสภาพแวดล้อม แล้วแจกจ่ายไปที่ระบบ

2. การบรรลุเป้าหมาย หมายถึง การกำหนดเป้าหมายใดเป็นเป้าหมายก่อนหลัง แล้วระดมทรัพยากรของระบบเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมาย

3. บูรณาการ หมายถึง การประสานงานและการบำรุงรักษาความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยต่าง ๆ ของระบบ

4. กฎระเบียบ มีส่วนประกอบด้วยสองเรื่องใหญ่ ๆ คือ การบำรุงรักษาระเบียบและการจัดการกับความตึงเครียด การบำรุงรักษาระเบียบเป็นเรื่องเกี่ยวกับวิธีการ ทำให้ระบบสังคมมีลักษณะอันเหมาะสม การจัดการกับความตึงเครียด เกี่ยวข้องกับความตึงเครียดและแรงกดดันของลักษณะภายในระบบสังคม

พาร์สันกำหนดให้ระบบสังคม 4 ระบบ ทำหน้าที่แก้ปัญหาหรือสนองความต้องการจำเป็น คือ ระบบวัฒนธรรมแก้ปัญหาภาวะระเบียบ ระบบสังคมแก้ปัญหาเสถียรภาพระบบบุคคลแก้ปัญหาการบรรลุเป้าหมาย และระบบอินทรีย์แก้ปัญหาการปรับตัว ความสัมพันธ์ระหว่างระบบก็จะถูกมองว่าเป็นเรื่องสัมพันธ์กับการแก้ปัญหา แต่ละระบบและระบบย่อยจะต้องมีหน้าที่แก้ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย

โครงสร้างของระบบปฏิบัติการทั่วไป

ระบบวัฒนธรรม	ระบบสังคม
อินทรีย์พฤติกรรม	ระบบบุคคลิกภาพ

ภาพ 2 แสดงโครงสร้างของการปฏิบัติในกรอบของหน้าที่พื้นฐาน 4 ประการ

Talcott Parsons นักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยด้วยทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่ (Structural-Functional Theory) โดยอธิบายว่า บทบาทของแพทย์และผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์ที่สังคมกำหนดบทบาทให้แพทย์มีหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ส่วนผู้ป่วยคือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยแพทย์มีหน้าที่ในการควบคุมองค์ความรู้ในการรักษา ขณะที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้เป็นรูปแบบหนึ่งของวัฒนธรรม และเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยความเจ็บป่วยถือเป็นภาวะที่ผิดปกติของสังคม (dysfunction) กระบวนการรักษาจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ

ในการดูแลไม่ให้ระดับสุขภาพของสมาชิกในสังคมต่ำเกินไป หรือระดับความเจ็บป่วยสูงเกินไป จนเกิดภาวะผิดปกติ ซึ่งพาร์สันได้สร้างรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยมีหลักการดังนี้

1. ปัญหาเรื่องสุขภาพคือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเป็นระบบสังคมขึ้น มีกฎเกณฑ์และระดับในเรื่องของการดูแลสุขภาพ
2. การเจ็บป่วยถือเป็นสิ่งสำคัญและก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมขึ้น
3. การดูแลสุขภาพถือเป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา
4. กฎเกณฑ์ทางสังคมในเรื่องความสัมพันธ์ในการดูแลสุขภาพถือเป็นรูปแบบหนึ่งของวัฒนธรรมและการเรียนรู้ทางพฤติกรรมด้วย

จากหลักการดังกล่าว พาร์สันได้อธิบายว่า ความเจ็บป่วยคือสิ่งที่ทำให้ระบบสังคมเกิดการเบี่ยงเบน ผู้ป่วยจะถูกกำหนดบทบาทขึ้นจากสังคม ว่าจะต้องแสวงหาผู้มีความรู้ความสามารถที่จะทำให้อาการเจ็บป่วยหายเป็นปกติ และมีหน้าที่เชื่อในการรักษาและยอมรับในความสามารถของแพทย์ในขณะที่บทบาทของแพทย์ คือผู้ที่กระทำการรักษาตามความรู้ความสามารถที่ตนมี อาจกล่าวได้ว่า แพทย์คือผู้ที่กุมอำนาจในการกระทำการต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย พาร์สันมีความเห็นว่า ความสัมพันธ์เชิงบทบาทคู่นี้ เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่สมมาตรกัน (asymmetry relationship) ทั้งนี้พาร์สันยังกล่าวถึงความไม่สมมาตรกันนี้ เป็นสิ่งที่จำเป็นในกระบวนการรักษา เนื่องจากแพทย์ต้องรับผิดชอบต่อการทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว แพทย์จึงต้องมี “อำนาจ” ควบคุมความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะทำตามคำแนะนำและทำตามวิธีการรักษาตามที่แพทย์สั่ง (ดวงกมล ศรีประเสริฐ, 2561)

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

Nutbeam (Nutbean, 2000) ได้เสนอกรอบแนวคิด (Conceptual model) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก “conceptual model of health literacy as a risk” เป็นการมอง Health Literacy เป็นเหมือนความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ โดยเสนอองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ต่อมา Sorensen และคณะเสนอกรอบแนวคิดที่ได้จากการสังเคราะห์กรอบแนวคิดที่รวบรวมได้ในระหว่าง ค.ศ. 2000–2009 “Integrated model of health literacy” และเสนอองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่

การเข้าถึง หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหา ค้นหา และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

การเข้าใจ หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ

การประเมิน หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย

การตีความ การคัดกรองและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง การปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ ในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ (Sørensen, et al., 2012)

ต่อมา Nutbeam ได้ นิยามแนวคิด Health Literacy as Asset ในปี 2000 โดยเขียน บทความในเรื่อง Evolving Concept of Health Literacy โดยเปลี่ยนแนวคิด Health Literacy จาก Individual Health มาเป็น Public Health (นิยามของ Public Health คือ ศาสตร์และศิลป์ ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยรวมพลังทุกภาคส่วนของสังคมในการดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมอง Health Literacy as Asset (Resource) แนวคิดนี้ไม่ได้ Health Literacy เป็นความเสี่ยง (as risk) แต่มอง Health Literacy เป็น Asset หรือทุนที่อยู่ในตัวมนุษย์ ที่เกิดจากกระบวนการ IEC

IEC ในที่นี้ประกอบด้วย 3 Actions คือ Education, Social Mobilization & Advocacy โดยเป็นหน้าที่ของทั้งสังคมและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่จะมาช่วยกันเพิ่มทุนความรู้ ด้านสุขภาพดังกล่าว ไม่ได้เป็นหน้าที่ของปัจเจกชนเท่านั้น (Nutbeam, 2000)

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของชนิดของความรอบรู้ที่เกิดกับคนที่ใช้ทักษะ ในชีวิตประจำวัน ไม่เพียงแต่แค่ทักษะอ่านออกเขียนได้เท่านั้น แต่มีคำจำกัดความอื่น ๆ สำหรับ ความรอบรู้ที่เกิดขึ้น การนิยาม Health literacy ในนิยามตามความหมายแคบเพียง Functional Health literacy หรือทักษะในการอ่านออกเขียนได้เพื่อใช้ประกอบชีวิตประจำวันเท่านั้นทำให้ ไม่ทราบเป้าหมายที่แท้จริงของ Health literacy ตามนิยามตามความหมายกว้าง ซึ่งรวมถึง interactive & critical Health literacy ด้วย Health Literacy แบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. Functional Health Literacy คือ ทักษะระดับพื้นฐานของบุคคลในการได้รับข้อมูล ข่าวสาร เช่น การอ่าน การเขียน และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เหล่านั้นเฉพาะในส่วนของการรู้ใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น การอ่านฉลากยา การอ่านข้อปฏิบัติต่าง ๆ บุคคลที่มีเฉพาะ Functional health literacy จะสามารถทำการตอบสนองได้ดีขึ้นด้วยการให้ความรู้และสื่อสาร ในเรื่องของปัจจัยเสี่ยง การไปรับบริการสาธารณสุข และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ของแพทย์ โดยการสื่อสารดังกล่าวมีเป้าหมายค่อนข้างจำกัด และประโยชน์ที่ได้รับเป็นเพียง ประโยชน์ส่วนบุคคล (personal Benefit) แต่ไม่ได้ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนหรือประชากร (population benefit) โดยทั่วไปแล้ว การสื่อสารเพื่อให้เกิด Functional Literacy มักไม่ใช่

การสื่อสารแบบ 2 ทาง ที่มีปฏิสัมพันธ์(Interactive) ทำให้ได้เพียงความรู้แต่ไม่สามารถที่จะส่งมอบทักษะและไม่สามารถเพิ่มระดับการตัดสินใจด้วยตนเองทางด้านสุขภาพได้

2. Interactive Health Literacy คือทักษะระดับปฏิสัมพันธ์ที่มีก้ำวหน้ามากกว่าระดับพื้นฐาน เป็นทักษะที่เพิ่มความสามารถของบุคคล ในการสกัดข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพและสังเคราะห์ความหมายขึ้น ซึ่งจะทำให้สำเร็จจำเป็นต้องใช้การสื่อสารในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ใหม่ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในท้ายที่สุด ซึ่งการจะให้บุคคลพัฒนาได้ถึงระดับ Interactive Health Literacy ได้นั้น ต้องได้รับการศึกษาและสื่อสารที่เฉพาะเพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill) มากกว่าสื่อสารให้รู้เนื้อหา (Content) เพื่อให้บุคคลสามารถที่จะตัดสินใจทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้อย่างอิสระบนพื้นฐานของข้อมูลและความรู้ เป็นการสื่อสารที่ออกแบบอย่างมีกลยุทธ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและให้เกิดความมั่นใจในตนเองในการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลและความรู้ที่ได้มา การสื่อสารและการให้สุขศึกษาเพื่อให้เกิด Interactive Health Litreacy จำเป็นต้องใช้การสื่อสาร 2 ทางที่สามารถสอบถามและโต้ตอบกันได้อย่างอิสระ และส่วนใหญ่ต้องอาศัยการออกแบบโครงสร้างการสื่อสารในรูปแบบเพื่อที่มีปฏิสัมพันธ์และตอบโต้กันได้ เช่น การให้คำปรึกษาโดยตรงแก่ผู้ป่วยแบบ online โดยแพทย์หรือผู้ให้บริการอื่น ๆ

3. Critical Health Literacy เป็นทักษะระดับวิจารณ์ฐานที่มีความก้ำวหน้ากว่าระดับปฏิสัมพันธ์ โดยมีความสามารถในการที่จะวิเคราะห์ข้อมูลจากหลากหลายแหล่งและสามารถที่วิจารณ์หรือแยกแยะได้ถึงความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย ข้อจำกัด และความเหมาะสมที่จะนำแต่ละวิธีมาใช้ในแต่ละสถานการณ์หรือแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้จะทราบเกี่ยวกับโรคหรือปัจจัยเสี่ยงแล้ว ยังต้องทราบถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมืองและสิ่งแวดล้อม (Social determinant) และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการควบคุมวิถีชีวิตหรือจัดการเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อสุขภาพได้ Critical Health นอกจากจะเกิดประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Benefit) แล้วยังเกิดประโยชน์ไปถึงระดับชุมชนและประชากร (Nutbean, 2000)

WHO ได้ให้ความหมายของ Health Literacy ในความหมายที่กว้างกว่า Functional Health Literacy อย่างมาก โดยนิยาม Health Literacy หมายถึง ทักษะทางด้านปัญหาหรือสังคมที่จะไปกำหนดแรงจูงใจหรือความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ สามารถที่ประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาในการส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี Health literacy ไม่ได้จำกัดเฉพาะการอ่านและเข้าใจฉลากยา



หรือการมารับการรักษาตามนัดของแพทย์ การที่จะให้ประชาชนมี health literacy เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลเพื่อสุขภาพที่ดีได้

ทักษะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปเพื่อสามารถปรับตัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมตามโลกสมัยใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การจัดการตนเอง สำหรับแนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามคุณลักษณะ 6 ด้าน มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้ (วัชรพร เชนสุวรรณ, 2560)

ตาราง 1 แสดงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ทักษะสำคัญ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน	ระดับปฏิสัมพันธ์	ระดับวิจารณญาณ
1. การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ	มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล สุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหาและ การใช้ อุปกรณ์สืบค้น อาทิ คอมพิวเตอร์ หนังสือ	มีการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพระดับพื้นฐาน และมีความสามารถในการค้นหาข้อมูล สุขภาพที่ถูกต้องและ ทันท่วงทีเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ	มีการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และมี ความสามารถในการ ตรวจสอบข้อมูล จาก หลายแหล่งจน มีความน่าเชื่อถือสำหรับนำมาใช้
2. ความรู้ความเข้าใจ	การรู้และการจำประเด็นสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีความรู้ ความเข้าใจ ระดับพื้นฐาน และสามารถอธิบายถึง ความเข้าใจในการจะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง	มีความรู้ความเข้าใจ ระดับปฏิสัมพันธ์และ สามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทาง การมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ตาราง 1 (ต่อ)

ทักษะสำคัญ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน	ระดับปฏิสัมพันธ์	ระดับวิจารณ์ญาณ
3. ทักษะ การสื่อสาร	มีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐานและสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
4. ทักษะการ ตัดสินใจ	มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจระดับพื้นฐานและมีความสามารถในการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธหลีกเลี่ยงเลือกวิธีการปฏิบัติซึ่งเป็นทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม
5. ทักษะการ รู้เท่าทันสื่อ	มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำมาเสนอเพื่อในการดูแลสุขภาพตนเอง	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐานและสามารถเปรียบเทียบ วิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง และผู้อื่น	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม



2337265836

UP-IThesis 61351477 independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

ตาราง 1 (ต่อ)

ทักษะสำคัญ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน	ระดับปฏิสัมพันธ์	ระดับวิจารณ์ญาณ
6. การจัดการตนเอง	มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองในระดับพื้นฐานและสามารถทำตามแผนที่กำหนดโดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองในระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

Health Literacy เป็นทักษะประจำตัวเพื่อใช้ในการตัดสินใจที่เกี่ยวกับสุขภาพภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ที่บ้าน ในชุมชน ที่ทำงาน หรือในสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งทักษะดังกล่าวมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล และกลุ่มที่มี Health Literacy ต่ำจะสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี วิธีการยกระดับ Health Literacy ทำโดยการให้สุขศึกษาและการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ (Health Education and Communication) อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะประสบความสำเร็จได้จำเป็นต้องพัฒนาทั้งสองด้าน คือ

1. ด้านความรู้และทักษะของประชาชนที่รับข้อมูลและรับบริการสุขภาพ
2. ด้านความรู้และทักษะของบุคลากรผู้ให้ข้อมูลสุขภาพและให้บริการสุขภาพ

ดังนั้นหากบุคลากรทางสุขภาพ มีทักษะด้านการสื่อสารที่ดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ก็จะสามารถสื่อสาร เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถช่วยพัฒนาความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยได้มากขึ้น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)



2337265836

แนวคิดความเชื่อทางด้านสุขภาพ

แนวคิดความเชื่อทางด้านสุขภาพของ Rosenstock (Rosenstock, Strecher and Becker, 1988) ได้อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ
4. การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา

ซึ่งแบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อทางสุขภาพของ Rosenstock ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการร้ายที่จะป่วยเป็นโรคของตนเอง

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของปัจจัยการกระตุ้นของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองเห็นว่าความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค

3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย



2337265836

4. การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบซึ่งอาจหมายถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมสุขภาพนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้นำมาพยากรณ์พฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ (วรรณกร พลพิชัย, 2561)

ซึ่งแนวคิดความเชื่อทางด้านสุขภาพสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการรักษาของแพทย์กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เช่น แพทย์อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดโรค พร้อมทั้งอธิบายถึงความรุนแรงของการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยทั้งยกตัวอย่างให้เห็นถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถทำให้เกิดความรุนแรงของโรคต่อสุขภาพของตนเองได้ การพูดถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยสามารถมีแนวทางการปฏิบัติละยอมรับแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและให้ความร่วมมือในการรักษาตนเองได้ดี

อีกทั้งยังเพื่อสามารถกำหนดบทบาท กำหนดหน้าที่ในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยได้อีกด้วย

กรอบแนวคิด

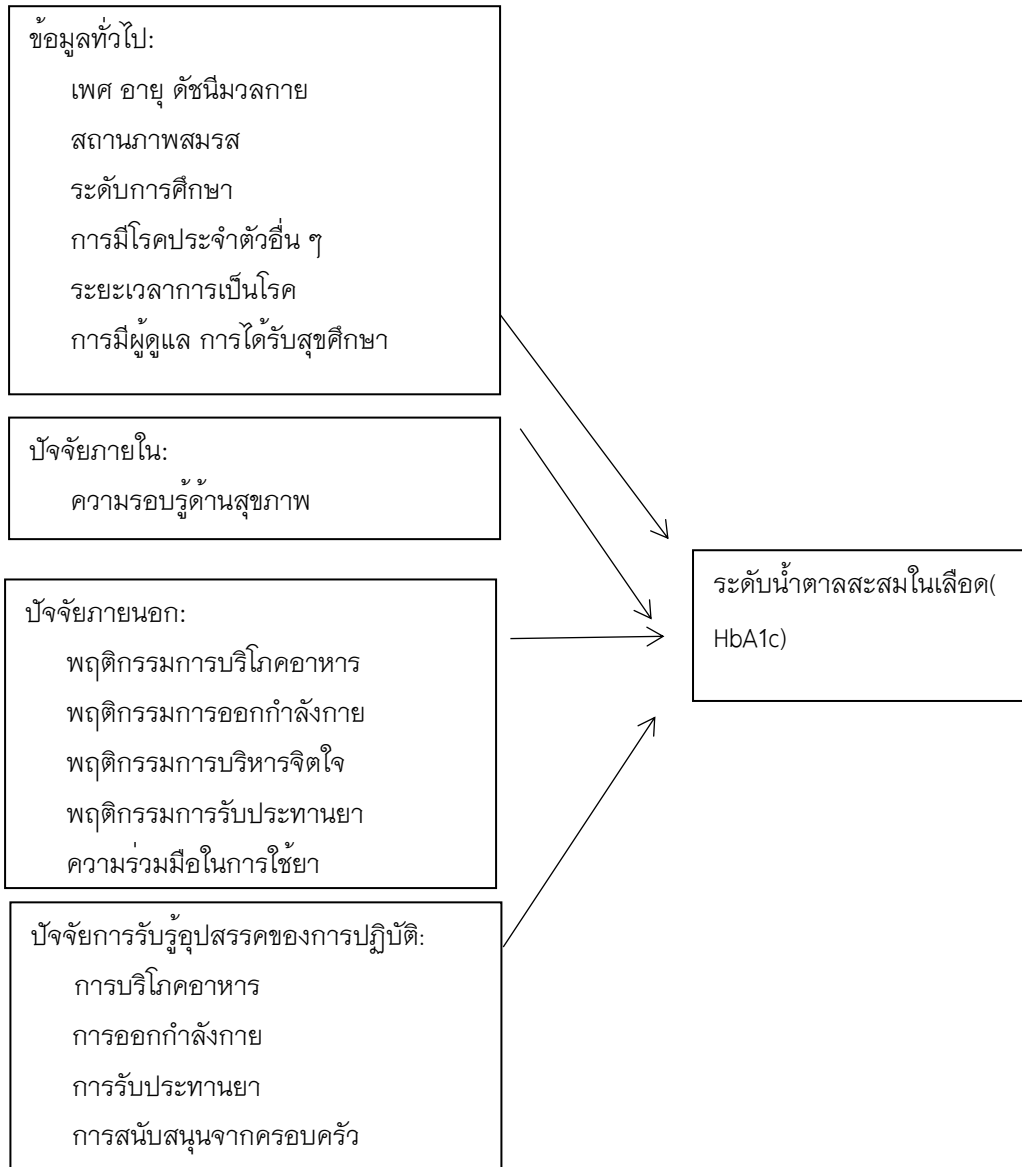
สำหรับวิจัยนี้ทำภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีบทบาทในการเป็นผู้ป่วยและต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด) โดยที่ข้อปฏิบัติหรือคำแนะนำเหล่านั้นมาจากการได้รับการพัฒนาทางด้านความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย การเพิ่มความสามารถในการรับรู้สื่อสารข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการพัฒนาความสามารถในองค์ความรู้ของแพทย์ของแพทย์ที่จะเพิ่มการรับรู้ทางด้านอุปสรรคหรือวิธีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและเพิ่มทักษะในการปฏิบัติตนเองของผู้เพื่อดูแลรักษาตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยพฤติกรรมการปฏิบัติ ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ถูกละเลยว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการตายและพิการก่อนวัย และยังเป็น 1 ใน 4 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยหลาย ๆ ประเทศให้ความสำคัญ โดยในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วย

โรคเบาหวาน และมีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี 1980 พบว่า มีประชากรทั่วโลกที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 108 ล้านคน จนกระทั่ง 2014 พบว่า มีประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมีประมาณ 422 ล้านคน และความชุกของเบาหวานได้เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตั้งแต่ปี 1980 โดยเพิ่มจาก 4.7% เป็น 8.5% ในประชากรผู้ใหญ่ (World Health Organization, 2016) โรคเบาหวานและอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตายของประชากรในหลาย ๆ ประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลก โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่มีความชุกสูงและเพิ่มขึ้นตามสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลง โดยในประเทศที่มีรายได้สูง 91% ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานนั้นป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และประมาณการได้ว่า จะมีประชากรกว่า 193 ล้านคน ทั่วโลกที่เป็นโรคเบาหวานโดยที่ไม่ได้ถูกวินิจฉัยและมีโอกาสเกิดความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ คาดว่า จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็น 642 ล้านคนจากทั่วโลกในปี 2040 ในขณะที่ เบาหวานชนิดที่ 1 นั้นพบได้เช่นกันโดยเฉพาะในเด็ก มีเด็กประมาณ 86000 คนที่พัฒนาไปเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 โดยในปี 2015 พบว่ามีจำนวนเด็กที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ถึงมากถึงครึ่งล้านคนจากทั่วโลก (International Diabetes Federation, 2015)

ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อซึ่งเกิดจากร่างกายไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลินหรือไม่สามารถนำเอาอินซูลินมาใช้งานได้ (Khoda, et al., 2018) มีลักษณะอาการคือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นเวลานานจะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทางร่างกาย ซึ่งมีทั้งภาวะเฉียบพลัน เช่น ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะไม่รู้สึกริวหรือโคม่า และภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ได้แก่ โรคเลือดสมองตีบ เส้นเลือดปลายมือปลายเท้าอุดตัน รวมถึงมีแผลที่เท้า จอประสาทตาถูกทำลาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไตวาย เป็นต้น อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (วันเพ็ญนาสอนใจ, 2561) อาการของเบาหวานมักจะมีอาการเบื้องต้น เช่น กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย การมองเห็นไม่ชัด และน้ำหนักลด เป็นต้น ในกรณีที่อาการรุนแรงอาจจะมีอาการ รู้สึกมีมึนงงถึงขั้นหมดสติ หากไม่ได้รับการรักษาอาจจะทำให้เสียชีวิตได้ แต่บ่อยครั้งที่อาการเหล่านี้ไม่ได้แสดงออกมา แต่อาจจะมีระดับน้ำตาลเลือดสูงอยู่ด้วยและมีโอกาสทำให้เกิดพยาธิสภาพหรือการทำงานที่เปลี่ยนไปของอวัยวะ หากไม่ได้รับการวินิจฉัย (World Health Organization, 2016)



2337265836

UP :Thesis 61351477 independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

ชนิดของโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและจะต้องสามารถบอกถึงการเป็นเบาหวานได้อย่างแม่นยำ ปัจจุบันโรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. Type 1 diabetes หรือเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากการที่เบต้าเซลล์ของตับถูกทำลายโดยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายตนเองทำให้เบต้าเซลล์มีน้อย เป็นสาเหตุทำให้เกิดการขาดการผลิตของฮอร์โมนอินซูลิน

2. Type 2 diabetes หรือเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดเนื่องจากกระบวนการการสูญเสียการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์อย่างต่อเนื่อง โดยเป็นผลมาจากการดื้อต่ออินซูลิน

3. Gestational diabetes หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดจากการทนต่อการเพิ่มขึ้นของระดับกลูโคสไม่ได้ถูกพบในช่วงของการตั้งครรภ์ มักเกิดในไตรมาสที่ 2-3 ของการตั้งครรภ์

4. Other specific type หรือโรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ เกิดจากหลากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากพันธุกรรม (Neonatal diabetesหรือเบาหวานทารกแรกเกิด และ Maturity-onset diabetes of the youngหรือเบาหวานที่ไวต่อผู้เยาว์) โรคที่เกิดในตับอ่อน (เช่น cystic fibrosis) เบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี เช่น การใช้กลูโคคอร์ติคอยด์ในผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือหลังการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ (American Diabetes Association, 2017)

สาเหตุการเกิดโรค

สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับน้ำตาลในเลือดสูง การตอบสนองจากสรีระของร่างกายและพฤติกรรม โดยปกติแล้วเมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง สมองจะทำหน้าที่สั่งการไปยังตับอ่อนและอวัยวะอื่น ๆ เพื่อตอบสนองกับภาวะดังกล่าว (Habtamu Wondifraw Baynest, 2015)

เบาหวานชนิดที่ 1

มีสาเหตุจากการที่เกิดเซลล์ภูมิคุ้มกันตนเอง T เซลล์ CD4+ และ CD8+ ไปทำลายเซลล์ที่สร้างอินซูลินในตับอ่อน and macrophages infiltrating the islets โดยคุณสมบัติหลาย ๆ อย่างบ่งบอกว่าเบาหวานชนิดที่ 1 มีลักษณะของโรคภูมิแพ้ตนเอง ดังนี้

1. มีการปรากฏของเซลล์ที่ตอบสนองต่อภูมิคุ้มกันในเซลล์ลึงเกอร์ฮันส์เซลล์ของตับอ่อน

2. ความรู้สึกร่วมโรคของยีนกลุ่มที่ 2 ของกลุ่มยีน major histocompatibility complex (MHC; human leucocyte antigens HLA)

3. ตรวจพบ islet cell specific autoantibodies

4. การเปลี่ยนแปลงของระบบควบคุมภูมิคุ้มกันตนเองชนิด T cell โดยเฉพาะส่วนประกอบของ T cell ชนิด CD4+



5. เกี่ยวข้องกับการหลั่ง monokines และ TH1 cells หลั่ง interleukins ในกระบวนการเกิดโรคต่าง ๆ

6. ตอบสนองต่อการรักษาแบบภูมิคุ้มกันบำบัด

7. บ่อยครั้งที่พบในกลุ่มของโรคภูมิคุ้มกันตนเองในกลุ่ม organ specific autoimmune diseases ซึ่งอาจจะเกิดเฉพาะบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวได้

เบาหวานชนิดที่ 2

เบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากการเสียหายของกลไก ซึ่งเป็นผลมาจากเกิดพยาธิสภาพหลัก 2 อย่างคือ การสูญเสียการหลั่งอินซูลิน เนื่องจาก β -cell ในตับอ่อนสูญเสียการทำงานไป และสูญเสียการออกฤทธิ์ของอินซูลิน เนื่องจากการดื้อต่ออินซูลิน เมื่อมีการดื้อต่ออินซูลินเกิดขึ้นนั้น β -cells มีการตอบสนองโดยพยายามเพิ่มการผลิตอินซูลินให้เพียงพอต่อความต้องการเพื่อชดเชยภาวะดื้อที่เกิดขึ้น และจะมีความเข้มข้นของอินซูลินในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น (ทั้งช่วงก่อนและหลังอาหารก็ตาม) ได้ในขณะที่อยู่ในสภาวะดื้อต่ออินซูลิน ซึ่งระดับอินซูลินในเลือดนั้นก็เพียงพอต่อการรักษาระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดให้ปกติ ซึ่งกระบวนการหลั่งอินซูลินและการไวต่อการทำงานของฮอร์โมนอินซูลินมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงไม่สามารถแยกสองสาเหตุนี้ออกจากกันในการอธิบายการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการตรวจโรคเบาหวาน

เบาหวานสามารถวินิจฉัยได้โดยอาศัยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง fasting plasma glucose หรือตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีตรวจ 2 ชั่วโมง หลังจากกินกลูโคส 75 กรัม (75-g Oral glucose tolerance test, OGTT) หรือ ตรวจค่า A1C วิธีที่กล่าวมาทั้งสามวิธีนี้สามารถนำมาใช้ทดสอบวินิจฉัยได้ใกล้เคียงกัน และไม่จำเป็นที่จะต้องใช้ทั้งสามวิธีเพื่อทดสอบเบาหวานในคนคนเดียว (American Diabetes Association, 2017)

1. Fasting plasma glucose (FPG) ทำได้โดยการวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร โดยการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำเอามาตรวจสอบ หรือใช้วิธีคือการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว (Fasting Capillary Blood Glucose) ถ้าได้ผลมากกว่า 126 มก./ดล ให้เจาะตรวจ FPG ตรวจอีกครั้งในวันรุ่งขึ้นหรือในสัปดาห์ต่อไป หากพบว่าระดับน้ำตาล FPG >126 มก./ดล ให้วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

2. 75-g Oral Tolerance Test (OGTT) มีความไวในการวินิจฉัยมากเมื่อเทียบกับ FPG (Wichai Akeprakorn, et al., 2015) ถ้าระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด 2 ชั่วโมง หลังดื่ม น้ำตาลกลูโคส มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้ตรวจซ้ำอีกสัปดาห์ต่อไป ถ้าหากพบว่า

ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. อีก ให้วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

3. A1C testing (A1C) มีข้อดีหลายประการเพื่อเปรียบเทียบกับ FPG และ OGTT เช่น สามารถตรวจได้โดยไม่ต้องอดอาหาร แต่มีข้อเสียคือต้องตรวจในแล็บที่มีมาตรฐานเท่านั้น และยังคงมีเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นส่วนมาก ถ้าระดับ A1C มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6.5% จะถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

หลักการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวานสามารถทำได้โดยการสังเกตอาการทางคลินิกร่วมด้วย ซึ่งอาการส่วนของเบาหวานแต่ละชนิดจะมีลักษณะคล้าย ๆ กัน แต่จะมีความรุนแรงที่หลากหลาย และอาการจะเห็นได้ชัดในเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นต้น

อาการทางคลินิกเบาหวานชนิดที่ 1

มีอาการน้ำหนักลด ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย กินอาหารมากผิดปกติ ท้องผูก เป็นตะคริวบ่อย ตาพร่ามัว และอาจจะมีการติดเชื้อจากเชื้อราแคนดิดาร่วมด้วย การเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 นาน ๆ จะส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่เกิดกับเส้นเลือดขนาดเล็กหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับเส้นเลือดขนาดเล็ก เช่น หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ โรคหลอดเลือดส่วนปลาย เป็นต้น

อาการทางคลินิกโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนใหญ่มักจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่สองเนื่องจากอาการแทรกซ้อนหรืออุบัติการณ์เกิด โดยมีความเสี่ยงของการเกิดการแข็งของเส้นเลือดขนาดใหญ่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและโรคอ้วน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยภายในที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยซึ่งมีการศึกษาดังต่อไปนี้

เพศ

จากการศึกษาของ สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ และอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2561) พบว่าเพศมีความสอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ทั้งนี้เพราะการดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน

ปัจจัยด้านอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลดังต่อไปนี้

อุปสรรคด้านการควบคุมอาหาร

จากการศึกษาของจักรกฤษณ์ วังราชภูร์; สุวินัย แสงโย และกัญญาณัฐ อุ่มมี (2561) พบว่าการ ควบคุมอาหารเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ วัฒนธรรมการรับประทาน อาหารของประชาชนในพื้นที่ภาคเหนือจะรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก ทำให้มี ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วภายหลังการรับประทานข้าวเหนียว จึงทำให้ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากต้องใช้ความอดทนและความพยายาม ต้องมีการควบคุมทั้งชนิด ปริมาณและเวลาในการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ถูกจำกัด ไม่มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตจึงเพราะความเคยชินที่รับประทานข้าวเหนียว เป็นเวลานานจึงเกิดความท้อแท้และขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ (จักรกฤษณ์ วังราชภูร์; สุวินัย แสงโย และกัญญาณัฐ อุ่มมี, 2561)

อุปสรรคของการออกกำลังกาย

พบว่า การประกอบอาชีพเกษตรกรรม นอกนั้นมีอาชีพค้าขาย และรับจ้างทั่วไป ซึ่งต้องทำงานตลอดทั้งวัน ทำให้ไม่มีเวลา และเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน จึงใช้เป็น ข้ออ้างในการไม่ออกกำลังกาย รวมถึงความเข้าใจผิดที่ว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกาย แล้วจึงไม่ออกกำลังกายอีก รวมถึงการมีโรคบางอย่าง เช่น ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง ซึ่งถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการออกกำลังกาย เป็นต้น (จักรกฤษณ์ วังราชภูร์; สุวินัย แสงโย และกัญญาณัฐ อุ่มมี, 2561)

อุปสรรคด้านการรับประทานยา

หลายการศึกษาที่พบว่ามีอุปสรรคของการใช้ยาซึ่งอุปสรรคที่พบ ได้แก่ อาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้และการไม่สามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้ และความเชื่อ ว่าการรับประทานยายาวนานติดต่อกันจะมีผลเสียต่อร่างกาย เช่น ทำให้ ไตเสื่อม จึงทำให้ตัดสินใจหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ (Pratoom, et al., 2018) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheila and Warot (2014) พบว่ามีอุปสรรคของ การหยุดยารับประทานเองเนื่องจากตนเองรู้สึกถึงความไม่ปกติ ภายหลังจากรับประทานยา และจะกลับมารับประทานยา เมื่อรู้สึกหายจากอาการไม่ปกติที่เกิดขึ้น เป็นต้น

อุปสรรคด้านการสนับสนุนจากครอบครัว

จากการศึกษาของจักรกฤษณ์ วังราชภูร์; สุวินัย แสงโย และกัญญาณัฐ อุ่มมี (2561) พบว่า ในกลุ่มที่มีอุปสรรคของการสนับสนุนจากครอบครัวพบว่าเนื่องมาจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ไม่ได้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการดูแล เพราะการที่ผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่

แต่ละครึ่งส่วนใหญ่จะไปด้วยตนเอง ไม่มีผู้ดูแลติดตามไปด้วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงไม่ได้รับฟังคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ รวมถึงการบอกต่อระหว่างผู้ช่วยกับผู้ดูแลก็ไม่ชัดเจน อีกทั้งผู้ช่วยและผู้ดูแลไม่สนใจเอกสารที่เจ้าหน้าที่แจกให้ จึงทำให้เกิดปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามมีการศึกษาถึงอุปสรรคด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ว่าเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมาก มีภาวะโรคร่วมหรือมีภาวะแทรกซ้อน จะมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวมากขึ้น หากผู้ดูแลในครอบครัวขาดความรู้ จะทำให้ไม่สามารถช่วยปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่สามารถประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ล้วนแล้วแต่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การศึกษาของขวัญเรือน ก้าววิฑู และชนิดา มัททวงกูร (2562) พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในโดยสอดคล้องกับการศึกษาของณิชากรีย์ ใจคำวัง (2558) พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เช่น การบริโภคอาหารรสเค็ม เผ็ด หวาน ที่มีการปรุงด้วย ผงชูรส น้ำปลา น้ำตาล เป็นต้น

พฤติกรรมการรับประทานยา

จากการศึกษาพบว่า การรับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสมส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล (ขวัญเรือน ก้าววิฑู และชนิดา มัททวงกูร, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ Badedi, et al. (2016) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้ควบคุมการรับประทานอาหารหรือไม่ได้รับประทานยาทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

การศึกษาของขวัญเรือน ก้าววิฑู และชนิดา มัททวงกูร (2562) ทำการศึกษาในภาพตัดขวางเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่รอบ ๆ มหาวิทยาลัยสยาม จำนวน 210 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ($r = 0.232$ $p\text{-value} = 0.001$) การรับประทานยา ($r = 0.155$ $p\text{-value} = 0.025$) และการดูแลรักษาต่อเนื่อง ($r = 0.185$ $p\text{-value} = 0.007$) มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

พฤติกรรมออกกำลังกาย

การศึกษากายออกกำลังกายพบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำเพิ่มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ออกกำลังกายมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ สามารถลดระดับน้ำตาล



2337265836

สะสมในเลือดลงได้เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kimberley, et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของดวงมณี วิยะทัศน์ และอุไร ศิลปะกิจโกศล (2561) ที่ทำการทดลองเปรียบเทียบผลของโปรแกรมจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพพบว่า หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สูงขึ้นและสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติ $p < 0.05$

พฤติกรรมการจัดการความเครียด

การศึกษาของดวงมณี วิยะทัศน์ และอุไร ศิลปะกิจโกศล (2561) พบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพพบว่า พฤติกรรมการจัดการความเครียดดีขึ้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดการผ่อนคลายด้วยการนั่งสมาธิหรือนั่งร่วมรับฟังปัญหาจากผู้อื่น เป็นต้น และเป็นผลด้านพฤติกรรมยังมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ($p = 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของเกษร มั่นคง; นิภา กิมสูงเนิน และอำภาพร นามวงศ์พรหม (2559) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีนั้นเนื่องจากมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

ความร่วมมือในการใช้ยา

การศึกษาของ Tefera, Tesfahun and Hailay (2016) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบบ crosssectional survey ในเอธิโอเปียโดยกลุ่มตัวอย่าง 309 คน เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยามีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีกว่าผู้ที่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาสูงอยู่ 5 เท่า เป็นต้น

ความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาของ Kasper, et al. (2017) เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,399 คน เป็นการศึกษาแบบ crosssectional study โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จนได้ผู้ที่เข้าเกณฑ์ของผู้วิจัยจำนวนดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษา พบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับสูงสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

การศึกษาของ ธนวัฒน์ สุวัฒน์กุล (2561) ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ามาทำการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกในจังหวัดสตูล จำนวน 400 ราย

ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 พบว่า อาชีพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่ำ มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c < 7$) น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูง ($OR_{adj} = 0.54, 95\% CI = 0.29-0.99$) เป็นต้น

การศึกษาของสุชานันท์ แก้วสุข (2563) เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยศึกษาปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัว ปัจจัยด้านอาหารและโภชนาการโดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้การจัดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่สามารถควบคุม และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยพิจารณาจากอายุ โรคประจำตัว และเกณฑ์ $HbA1C$ ตามแนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.009$) ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$) และ ($P = 0.013$) ตามลำดับ เพศ ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.728, P = 0.082$) ตามลำดับ และระยะเวลาการเป็นโรค และการมีโรคประจำตัวร่วมด้วยไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.440, P = 0.462$) ตามลำดับ

การศึกษาของ นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์ และคณะ (2560) ทำการศึกษาในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนทั้งสิ้น 113,882 คน รูปแบบการวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูลประชากร ผลพบว่าเมื่อแจกแจงพลังงานในกิจกรรมทางกายระดับปานกลางและหนักตามข้อมูลลักษณะทางประชากรและสังคมพบว่า เพศชายใช้พลังงานในกิจกรรมทางกายทั้งหมด ($2,230.4 MET\text{-นาที่/สัปดาห์}$) มากกว่าเพศหญิง ($1,263.8 MET\text{-นาที่/สัปดาห์}$) เกือบ 2 เท่า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Retrospective case control study เป็นการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาที่คลินิกพิเศษ โดยการสอบถามข้อมูลของผู้ป่วยถึงปัจจัยพฤติกรรมและปัจจัยต่าง ๆ ก่อนได้รับการตรวจค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมครั้งสุดท้าย (ตรวจHbA1c ประมาณช่วงเดือนกันยายน 2562 เป็นต้นไป) เพื่อหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกพิเศษโรงพยาบาลจุน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2563 โดยผู้วิจัยทำการศึกษาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานโดยแพทย์ และเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลที่คลินิกเบาหวาน (คลินิกพิเศษ) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา จำนวน 1,814 ราย

การเลือกตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและได้มารับบริการรักษาส่งเสริมสุขภาพในคลินิกพิเศษของโรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2563 จำนวน 1,814 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Peduzzi, et al. (1996) แบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ดีมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7 จำนวน 110 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 จำนวน 330 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีคัตหา อาสาสมัครจากผู้มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวานในแต่ละครั้งโดยใช้เกณฑ์คัตเข้าและกรองด้วยเกณฑ์คัตออก ดังนี้



2337265836

UP-Thesiss 61351477 independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และเข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจุน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2563 และได้รับการตรวจ HbA1c ครั้งสุดท้ายตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2563 เป็นต้นไป
2. ผู้ป่วยที่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดีและผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยให้การวินิจฉัยโดยได้รับการตรวจ HbA1c ครั้งหลังสุด (ปีงบประมาณ 2562-2563) โดยใช้เกณฑ์การจำแนกของ American Diabetes Association (2017)
3. ผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคเบาหวานชนิดเมทฟอร์มินและหรือไกลโฟไซด์
4. ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวดีสามารถพูดคุยสื่อสารกับผู้วิจัยได้ดีหรือสามารถอ่านเขียนได้อย่างดี
5. มีอายุ 30-80 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ของประชากรเป้าหมาย

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา(Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับรู้ เข้าใจ สื่อสารกับผู้วิจัยได้
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ประสงค์จะร่วมโครงการไม่ว่าเหตุผลใด ๆ ก็ตาม
3. ผู้ป่วยที่ไขยาฉีด (อินซูลินชนิดฉีด)
4. ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ขณะจะทำการศึกษา เช่น หน้ามืด เวียนหัว ใจสั่นหรือภาวะอาการอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ภาวะขาดน้ำ ภาวะไตวาย น้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ เป็นต้น
5. อาสาสมัครไม่ได้อยู่บริเวณที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ขณะที่กำลังทำการสุ่มเลือกอาสาสมัคร

เกณฑ์การถอนอาสาสมัคร (Withdrawal criteria) ของประชากรเป้าหมาย

1. กลุ่มตัวอย่างประสงค์ที่จะถอนตัวจากการตอบแบบสอบถามทุกช่วงเวลา
2. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์หรือข้อมูลที่เก็บได้ไม่สมบูรณ์จนไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้
3. กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือพึงรายละเอียดโครงการแล้วไม่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม
4. อายุต่ำกว่า 35 ปี เนื่องจากอาจจะเป็นผู้ป่วยคนละกลุ่มกับผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจุน (คลินิกเบาหวานคัดกรองคนไข้อายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวานและรับการรักษาต่อไป)



ขนาดตัวอย่าง

เนื่องจากประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจุน มีจำนวน 1,814 คน

จากการศึกษาหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Peduzzi, et al. (1996)

$$\text{จะได้สูตร} \quad N = 10 * k/P$$

N คือ จำนวนตัวอย่างที่น้อยที่สุด

เมื่อ K เป็นจำนวนตัวแปรต้น

P คือ สัดส่วนที่น้อยที่สุดในประชากร (0.25 คิดจากตอนเลือกอาสาสมัครควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 1 คน จะพบอาสาสมัครควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 3 คน จากจำนวนทั้งหมด 4 คน ดังนั้นมี p น้อยที่สุดคือ 0.25)

$$\text{เมื่อแทนค่า ได้} \quad N = 10 * 10/0.25$$

$$N = 400$$

คำนวณได้ค่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม 400 คน (Peduzzi, et al., 1996)

และผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น 10% ได้ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา 440 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การแบ่งกลุ่มเพื่อทำการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ HbA1c ครั้งสุดท้ายและได้รับการลงทะเบียนรักษาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจุนจำนวน 1,814 คน ตั้งแต่ปีงบประมาณ โดยมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 60-70% และผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 30-40% ณ คลินิกเบาหวาน (คลินิกพิเศษ) แผนกผู้ป่วยนอก โดยคลินิกเบาหวานให้บริการผู้ป่วยเบาหวานเฉพาะวันอังคาร และวันพุธโดยผู้ป่วยที่มาใช้บริการแต่ละวัน 60-100 คน โดยประมาณ (มีสัดส่วนผู้ป่วย ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 60-70% และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 30-40% โดยประมาณในแต่ละวัน) โดยสัดส่วนของผู้มาป่วยเบาหวานมารับบริการในแต่ละวันคิดเป็นสัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีคิดเป็นสัดส่วน 1:3 โดยการจำแนกโดยใช้เกณฑ์ควบคุมระดับน้ำตาลของ American Diabetes Association (2017) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีหมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7

ขั้นตอนที่ 2 จากนั้นทำการค้นหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยเกณฑ์คัดเข้าแล้วกรองผู้ป่วยขั้นสุดท้ายด้วยเกณฑ์คัดออก เหลือผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีแบ่งเป็นสองกลุ่มและเรียงตามคิวก่อนหลังจากการแจกบัตรคิวที่เข้ามาใช้บริการโดยเจ้าหน้าที่

ขั้นตอนที่ 3 จากนั้นใช้วิธีสุ่มแบบมีระบบเลือกจำนวนผู้ป่วย 1 คนของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ต่อทุก 3 คน ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หรือสัดส่วน 1:3 โดยใช้การสุ่มอย่างมีระบบเลือกตัวอย่างในทุก ๆ สองคิว โดยเรียงลำดับจากคิวที่มาใช้บริการก่อนทำการสุ่มจนได้จำนวนในแต่ละวันเป็นสัดส่วน 1:3 ทำการเก็บตัวอย่างจนได้จำนวนตัวอย่างของกลุ่ม case (กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี) 110 คน และกลุ่มตัวอย่างของกลุ่ม control (กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี) 330 คน ช่วงเวลาในการทำเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2563 โดยสุ่มให้ครบตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม 440 คน เพื่อหาอาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมตอบคำถามได้

กระบวนการดำเนินการวิจัย

แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมก่อนเริ่มวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงานและการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และการประเมินผลข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมก่อนเริ่มทำวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลจุนพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและได้รับอนุเคราะห์ผู้ช่วยเหลือในการทำงานวิจัยจากหน่วยงานคลินิกพิเศษโรงพยาบาลจุน

3. การเตรียมผู้ช่วยในการวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังนี้

เตรียมผู้ช่วยในการถามแบบสอบถาม โดยชี้แจงข้อมูลของแบบสอบถามและวิธีการถามเป็นภาษาท้องถิ่นโดยให้มีเนื้อหาในการสอบถามหรือคำศัพท์ที่ให้ตรงกันหรือคล้ายกันแต่ความหมายคำศัพท์ต้องเหมือนกัน

4. คัดเลือกประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน (คลินิกพิเศษ) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา จำนวน 1,814 ราย ซึ่งได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดครั้งสุดท้าย โดยที่แต่ละวันของการนัดตรวจผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกพิเศษจะมีรายชื่อพร้อมกับเลขคิวเข้ารับการรักษาของผู้เข้ารับการรักษาในวันนั้น ๆ ทุกคน ทุกวันอังคาร และวันพุธของแต่ละสัปดาห์เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงานและการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามด้วยตนเองหรือผู้ช่วยในการทำวิจัยที่ผ่านการชี้แจงรายละเอียดโครงการและชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ณ คลินิกพิเศษ (คลินิกเบาหวาน) โรงพยาบาลจุน ทุกวันอังคาร-พุธ ของสัปดาห์ ในวันทำการในเวลา 5.30 น. ของแต่ละวันเป็นต้นไปจนถึงเวลา 7.00 น. และช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรอรับบริการตรวจ 8.30-16.30 น. ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลต่ออาสาสมัครคนละ 10-15 นาทีต่อคน คนละ 1 ครั้ง โดยเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่ผู้ป่วยรอรับการเจาะเลือด โดยจะทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2563

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และการประเมินผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและทำรายงานผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การเตรียมเอกสารข้อมูลคำอธิบายและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาก่อนทำแบบสอบถามเก็บข้อมูลวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเฉพาะบุคคลซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย สร้างโดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้ ชื่อสกุล อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน (ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน) และข้อมูลโรคอื่น ๆ รวมด้วย

2.2 แบบทดสอบด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประยุกต์มาจากวิทยานิพนธ์ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลของพงษ์ศิริ งามอัมพรนารา (2560)

2.2.1 แบบทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ แบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก ระหว่างใช้กับไม่ใช่ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

2.2.2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเป็น Likert's scale 5 ระดับ

ความถี่ในการปฏิบัติ	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)	3	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อเดือน)	2	4
ไม่ปฏิบัติเลย	1	5

2.2.3 แบบสอบถามความรู้สุขภาพด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคเบาหวานมี 3 ข้อคำถามแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก ระหว่างใช้กับไม่ใช่ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

เกณฑ์การแปลความหมายของช่วงคะแนนมีเกณฑ์ดังนี้

ช่วงคะแนนน้อยช่วง $\bar{X} - 1$ S.D. แปลผล มีระดับความรู้ต่ำ

ช่วงคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm 1$ S.D. แปลผล มีระดับความรู้ปานกลาง

ช่วงคะแนนมากกว่า $\bar{X} + 1$ S.D. แปลผล มีระดับความรู้สูง

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมและปัจจัยภายนอกที่ปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรม 4 ด้าน ประยุกต์จากแบบสำรวจพฤติกรรมการปฏิบัติ (สุปรียา เสียงตั้ง, 2560) และแบบสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม (คณะผู้วิจัย รพสต.ท่าข้าม, 2560)

ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 5 ข้อ โดยมีคำถามเชิงบวก 3 ข้อ และคำถามเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3 และข้อที่ 5

ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ โดยมีคำถามเชิงบวก 3 ข้อ และคำถามเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3 และข้อที่ 5

พฤติกรรมกรรมการทานยา จำนวน 5 ข้อ โดยมีคำถามเชิงบวก 3 ข้อ และคำถามเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3 และข้อที่ 5

พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ โดยมีคำถามเชิงบวก 3 ข้อ และคำถามเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3 และข้อที่ 5

ซึ่งเป็นข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การให้คะแนนแบบอิงเกณฑ์ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่ปฏิบัติเลย	1	3

เกณฑ์การแบ่งชั้นคะแนน

ช่วงคะแนนน้อยช่วง $\bar{X} - 1 \text{ S.D.}$ แปลผล พฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยมาก

ช่วงคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm 1 \text{ S.D.}$ แปลผล พฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนมากกว่า $\bar{X} + 1 \text{ S.D.}$ แปลผล พฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับสูง

2.4 แบบสอบถามเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา ประยุกต์จากเครื่องมือ Morisky Medication Adherence Scale-8 มีทั้งหมดแปดข้อคำถามข้อ 1-7 เป็นคำถามปลายปิด โดยตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” ส่วนข้อที่ 8 เป็นคำถามปลายเปิด ที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-1 ประยุกต์จากเครื่องมือของพนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ (2560) โดยความหมายแปลคะแนน โดย

คะแนนต่ำกว่า 6	ความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ
คะแนน 6 และ 7	ความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง
คะแนน 8	ความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง

2.5 แบบสอบถามด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจำนวน 12 ข้อ เป็นอุปสรรคพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานยา การบริโภคอาหาร และแรงสนับสนุนทางครอบครัว ด้านละ 3 ข้อ คำถามผู้วิจัยได้ออกแบบโดยประยุกต์จากแบบสอบถามอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานของ จิราพร กันบุญ (2547) และประยุกต์จากผลการศึกษาของจักรกฤษณ์ วัชรราชฎ์; สุวินัย แสงโย



และกัญญาณัฐ อุ่มมี (2561) โดยให้เลือกตอบลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

คำถามเชิงบวก เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน จนถึง เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

คำถามเชิงลบ เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 5 คะแนน จนถึง เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

ใช้เกณฑ์การแปลความหมายของช่วงคะแนน

ช่วงคะแนนน้อยช่วง $\bar{X} - 1 \text{ S.D.}$ หมายถึง มีอุปสรรคพฤติกรรมต่ำ

ช่วงคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm 1 \text{ S.D.}$ หมายถึง มีอุปสรรคพฤติกรรมปานกลาง

ช่วงคะแนนมากกว่า $\bar{X} + 1 \text{ S.D.}$ หมายถึง มีอุปสรรคพฤติกรรมมาก

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบหาค่าความเที่ยงตรงของข้อมูล (Validity) ผู้วิจัยทดสอบความตรงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง ความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ จากนั้นนำคะแนนความสอดคล้องและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item Objective Congruence) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC 0.5 อย่างน้อยขึ้นไป ถ้าข้อไหนได้น้อยกว่า 0.5 ควรปรับปรุง

2. การทดสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Reliability) แบบสอบถามที่เป็นการวัดความรู้แบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก นำมาทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีคูเดอริ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson KR-20) ส่วนแบบวัดค่าปัจจัยพฤติกรรม ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติ นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของข้อมูลด้วยวิธีด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ (Alpha Cronbach coefficient) โดยนำแบบสอบถามจำนวน 30 ชุด ทดลองเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 22 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 8 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยให้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามที่เป็นการวัดความรู้ด้านสุขภาพแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีคูเดอริ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson KR-20) ได้เท่ากับ 0.771 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.804



2337265836

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1-3 คน อาชีพพยาบาลทำงานเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกเบาหวาน (คลินิกพิเศษ) โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและวัตถุประสงค์ของข้อคำถามแต่ละข้อให้เข้าใจตรงกันเพื่อที่จะได้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยได้อย่างถูกต้องและครบครัน

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยต้องดำเนินการดังนี้

พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน (คลินิกพิเศษ) โดยผู้วิจัยจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยให้ผู้ป่วยทราบ ชี้แจงถึงวิธีการเก็บข้อมูลรวมถึงชี้แจงสิทธิ์ของผู้ป่วยที่จะสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาของแพทย์และผู้ป่วยสามารถหยุดที่จะไม่ตอบคำถามได้ตลอดเวลาหากมีความรู้สึกไม่สบายใจ

3. การเก็บข้อมูลจะใช้แบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน โดยมีผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อธิบายแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยทำการเก็บข้อมูลในวันที่มีคลินิกเบาหวาน วันอังคารและวันพุธของสัปดาห์ ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ โดยให้ผู้ถูกวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของการตอบคำถามเป็นลำดับสุดท้าย หลังจากนั้นเป็นการนำข้อมูลบันทึกลงโปรแกรมแปลผลเพื่อแปลผลต่อไป กรณีผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้และมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเป็นคนอ่านข้อคำถามให้ฟังแล้วให้อาสาสมัครตอบคำถามโดยทำที่ละข้อตามหมวดแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตใช้เครื่องมือและเสนอโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ และเมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือและผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว เลขที่โครงการวิจัย 2/198/62 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย วิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด

1.2 ค่าคะแนนความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิเคราะห์โดยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด

1.3 คะแนนปัจจัยพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการบริหารจัดการจิตใจ และความร่วมมือในการใช้ยา วิเคราะห์โดยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด

1.4 ค่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม วิเคราะห์โดยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงวิเคราะห์

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนักส่วนสูง สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการบริหารจัดการจิตใจ ความร่วมมือในการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้และไม่ได้ โดยค่าสถิติทดสอบความสัมพันธ์แบบไคสแควร์ (Chi-squared test)

2.2 วิเคราะห์อิทธิพลของ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนักส่วนสูง สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการบริหารจัดการจิตใจ ความร่วมมือในการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด โดยค่าสถิติทดสอบความสัมพันธ์แบบ logistic regression



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1) ชาย	162	36.8
2) หญิง	278	63.2
2. อายุ		
1) 30-49	47	10.7
2) 50-70	360	81.8
3) 70 ขึ้นไป	33	8.5
3. สถานภาพสมรส		
1) โสด	24	5.5
2) สมรส	333	75.7
3) หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	83	18.8
4. ระดับการศึกษา		
1) ต่ำกว่าปริญญาตรี	381	86.6
2) ปริญญาตรี	13	3.0
3) สูงกว่าปริญญาตรี	6	1.4
6) อื่น ๆ หรือ ไม่ได้เรียนหนังสือ	40	9.0
5. ดัชนีมวลกาย		
1) น้ำหนักน้อยหรือผอม	21	4.8
2) ปกติ	149	33.8
3) เกินเกณฑ์ปกติหรืออ้วน	270	61.4

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
6. ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน		
1) 1-5 ปี	208	47.3
2) 6-10 ปี	136	30.9
3) มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	96	21.8
7. โรคประจำตัวอื่น ๆ		
1) เบาหวานอย่างเดียว	161	36.6
2) ความดัน	226	51.4
3) ไช้มัน หัวใจและอื่น ๆ	53	12.0
8. การมีผู้ดูแล		
1) มีผู้ดูแล, care giver	176	40
2) ไม่มีผู้ดูแล	264	60
9. การได้รับสุขศึกษา		
1) ไม่เคยได้รับสุขศึกษา	150	34.0
2) ได้รับสุขศึกษาปีละ 1-2 ครั้ง	222	50.5
3) ได้รับสุขศึกษามากกว่าปีละ 2 ครั้ง	68	15.5

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.2 มีช่วงอายุเฉลี่ย 50-70 ปี ร้อยละ 81.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.7 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 86.6 และมีเกณฑ์ BMI ในระดับมากกว่าเกณฑ์ปกติถึงร้อยละ 61.4 มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 1-5 ปี ร้อยละ 47.3 และส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างได้รับสุขศึกษาปีละ 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.5 และมีโรคความดันร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 51.4 และมีผู้ดูแลให้คำปรึกษาทางด้านการดูแลสุขภาพ (care giver) ร้อยละ 60

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อ

ตาราง 3 แสดงผลจำนวนผู้ที่ตอบคำถามและร้อยละของระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
1. ทักษะความรู้ความเข้าใจ				
1.1 การรับประทานอาหารหวานและ	ผิด	8	1.8	
ไม่ออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็น	ถูก	432	98.2	
โรคเบาหวาน				
1.2 ผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลความสะอาด	ผิด	230	52.3	
หน้าห้องและหลังเป็นพิเศษมากกว่าแผลและศีรษะ	ถูก	210	47.7	
1.3 ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อรู้สึกชาที่เท้าควรระวัง	ผิด	27	6.1	
การเกิดบาดแผลที่เท้าเป็นพิเศษ	ถูก	413	93.9	
1.4 การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอสามารถ	ผิด	18	4.1	
ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	ถูก	422	95.9	
1.5 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี	ผิด	70	15.9	
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานช่วยให้ไม่เกิดแผลที่เท้า	ถูก	370	84.1	
1.6 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และอุดตัน	ผิด	30	6.8	
เป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ถูก	410	93.2	
ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้				
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน				
2.1 เมื่อท่านต้องการข้อมูลของโรคเบาหวาน	ไม่ปฏิบัติ	107	24.3	
ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพของท่านได้	นาน ๆ ครั้ง	175	39.8	
เช่น ถามผู้รู้ ดูจากสื่อ อ่านหนังสือ หรือค้น	บางครั้ง	109	24.8	2.27
อินเทอร์เน็ต	บ่อยครั้ง	26	5.9	
	เป็นประจำ	23	5.2	



2337265836

ตาราง 3 (ต่อ)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
2.2 ท่านตรวจสอบ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองในด้าน อาหาร การออกกำลังกาย หรือ การเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นถูกต้องหรือน่าเชื่อถือ	ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ	113 171 105 29 22	25.7 38.9 23.9 6.6 5.0	2.26
3. ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ				
3.1 เมื่อท่านฟังคำแนะนำเรื่องโรคเบาหวานจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ท่านรู้สึกเข้าใจเนื้อหานั้น ๆ	ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ	22 117 156 95 50	5.0 26.6 35.5 21.6 11.4	3.07
3.2 ท่านสามารถอธิบายเรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ให้คนในครอบครัวหรือเพื่อนฟังได้อย่างเข้าใจ	ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ	74 171 134 33 28	16.8 38.9 30.5 21.6 11.4	2.47
3.3 ท่านสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง	ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ	83 178 133 31 15	18.9 40.5 30.2 7.0 3.4	2.35
4. ทักษะการจัดการตนเอง				
4.1 ท่านมีการสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร ที่รับประทานให้เหมาะสมกับภาวะโรคของตนเองได้	ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ	48 143 152 42 55	10.9 32.5 34.5 9.5 12.5	2.80

ตาราง 3 (ต่อ)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
4.2 ท่านสามารถตั้งเป้าหมายและวางแผนการออกกำลังกายพร้อมทั้งปฏิบัติตามแผนนั้นได้	ไม่ปฏิบัติ	72	16.4	
	นาน ๆ ครั้ง	142	32.3	
	บางครั้ง	109	24.8	2.75
	บ่อยครั้ง	55	12.5	
	เป็นประจำ	62	14.1	
4.3 ท่านมีการป้องกันและระมัดระวังในการเกิดแผลที่เท้าเป็นอย่างดี	ไม่ปฏิบัติ	16	3.6	
	นาน ๆ ครั้ง	107	24.3	
	บางครั้ง	88	20.0	3.46
	บ่อยครั้ง	113	25.7	
	เป็นประจำ	116	26.4	
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศที่ให้ข้อมูลโรคเบาหวาน				
5.1 เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าที่มีผลต่อโรคเบาหวานจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ท่านสามารถหาข้อมูลจากแหล่งอื่นประกอบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ	ไม่ปฏิบัติ	195	44.3	
	นาน ๆ ครั้ง	115	26.1	
	บางครั้ง	78	17.7	2.04
	บ่อยครั้ง	18	4.1	
	เป็นประจำ	34	7.7	
5.2 ท่านใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการเลือกรับข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคเบาหวานจากสื่อต่าง ๆ ก่อนที่จะปฏิบัติตาม	ไม่ปฏิบัติ	117	26.6	
	นาน ๆ ครั้ง	142	32.3	
	บางครั้ง	111	25.2	2.37
	บ่อยครั้ง	41	9.3	
	เป็นประจำ	29	6.6	
6. ทักษะการตัดสินใจ				
6.1 ถ้าท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านญาติ แล้วได้รับการเชิญให้กินอาหารประเภทหวานหรือมันจนเกินไป เช่น ฝอยทอง หรือของทอด ท่านจะตัดสินใจกินตามคำเชิญนั้นแต่กินในปริมาณที่น้อย	ตอบไม่	104	23.6	
	ตอบใช่	336	76.4	
6.2 หากท่านและเพื่อนของท่านออกกำลังกายเป็นประจำ แต่วันหนึ่งมีเพื่อนบอกว่าไม่อยากออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะไปออกกำลังกายเพียงลำพังแม้ว่าจะไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกายแล้วก็ตาม	ตอบไม่	112	25.5	
	ตอบใช่	328	74.5	

ตาราง 3 (ต่อ)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
6.3 หากท่านมีแพลตฟอร์มที่เท่าถลอกเล็กน้อย ท่านจะ	ตอบไม่	238	54.1	
ตัดสินใจดูแลแพลตฟอร์มที่เท่าโดยการ ทำแพลตฟอร์มและซื้อยาแก้	ตอบใช่	202	45.9	
อีกเสปมาท่านเอง				

จากตาราง 3 ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ แสดงถึงทักษะพื้นฐานของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละด้านทักษะต่าง ๆ 6 ด้าน ดังนี้

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากสามารถเลือก แหล่งข้อมูลสุขภาพ เช่น ถามผู้รู้ ดูจากสื่อ อ่านหนังสือ หรือค้นอินเทอร์เน็ต โดยมีทักษะ การปฏิบัติระดับไม่ปฏิบัติเลยมีจำนวนร้อยละ 24.3 ระดับปฏิบัติปาน ๆ ครั้งมีจำนวน ร้อยละ 39.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพเท่ากับ 2.27 คะแนน

โดยส่วนผู้ป่วยสามารถตรวจสอบ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองในด้านอาหาร การออกกำลังกาย หรือการเข้ารับบริการสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง จนเชื่อว่าข้อมูล นั้นถูกต้องหรือน่าเชื่อถือ โดยมีทักษะระดับไม่ปฏิบัติเลยมีจำนวนร้อยละ 25.7 และระดับปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง มีจำนวนร้อยละ 38.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจสอบข้อมูล ทางด้านสุขภาพเท่ากับ 2.26 คะแนน

ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศที่ให้ข้อมูลโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยสามารถ เห็นโฆษณาสินค้าที่มีผลต่อโรคเบาหวานจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และผู้ป่วย สามารถหาข้อมูลจากแหล่งอื่นประกอบเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ มีทักษะ การปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ปฏิบัติร้อยละ 44.3 และมีทักษะระดับปฏิบัติปาน ๆ ครั้งร้อยละ 26.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะเท่ากับ 2.04 คะแนน

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 4 แสดงระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
1) ต่ำ (คะแนนต่ำกว่า 25.63)	61	13.9
2) ปานกลาง (คะแนน 25.63–40.42)	306	69.5
3) สูง (คะแนนสูงกว่า 40.42)	73	16.6
รวม	440	100

จากตาราง 4 พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง มีจำนวนร้อยละ 69.5 โดยมีผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำร้อยละ 13.9 และผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงร้อยละ 16.6

โดยสรุปแล้วคะแนนทักษะการรู้เท่าทันสื่อในด้านเมื่อเห็นโฆษณาสินค้าที่มีผลต่อโรคเบาหวานจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต แล้วหาข้อมูลจากแหล่งอื่นประกอบเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยมากที่สุดเท่ากับ 2.04 และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้านการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองในด้านอาหารการออกกำลังกาย หรือการเข้ารับบริการสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นถูกต้องหรือน่าเชื่อถือ และด้านการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพเช่น ถามผู้รู้ ดูจากสื่ออ่านหนังสือ หรือค้นอินเทอร์เน็ต มีคะแนนเฉลี่ยน้อยรองลงมาจากทักษะการรู้เท่าทันสื่อเท่ากับ 2.26 และ 2.27 ตามลำดับ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารรายข้อ

ตาราง 5 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
1. ท่านรับประทานอาหารหลัก วันละ 3 มื้อตรงเวลา	ไม่ปฏิบัติ	0	0.0	
	บางครั้ง	113	25.7	2.74
	เป็นประจำ	327	74.3	
2. ท่านรับประทานผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักคะน้า ผักบุ้งกวางตุ้ง กะหล่ำปลี ผักโขม บล๊อคโคลี ชะอม	ไม่ปฏิบัติ	1	0.2	
	บางครั้ง	177	40.2	2.59
	เป็นประจำ	262	59.5	
3. ท่านรับประทานอาหารว่างหรือขนมของจุบจิบ ระหว่างมื้อ	ไม่ปฏิบัติ	154	35.0	
	บางครั้ง	277	63.0	2.33
	เป็นประจำ	9	2.0	
4. ท่านไม่ดื่ม น้ำอัดลม ไอศกรีม ชา กาแฟ หรือนมข้นหวาน	ไม่ปฏิบัติ	132	30.0	
	บางครั้ง	143	32.5	2.07
	เป็นประจำ	165	37.5	
5. ท่านดื่มสุราเบียร์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ปฏิบัติ	281	63.9	2.60
	บางครั้ง	144	32.7	
	เป็นประจำ	15	3.4	

จากตาราง 5 ค่าคะแนนและร้อยละของพฤติกรรมการบริโภคอาหารสรุปได้ดังนี้ ผู้ป่วยรับประทานอาหารว่างหรือขนม ของจุบจิบ ระหว่างมื้อ ระดับบางครั้ง มีจำนวนร้อยละ 63.0 โดยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ย 2.33 คะแนน

ผู้ป่วยไม่ดื่ม น้ำอัดลม ไอศกรีม ชา กาแฟ หรือนมข้นหวาน มีระดับการปฏิบัติบางครั้ง มีจำนวนร้อยละ 32.5 และระดับปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 37.5 โดยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ย 2.07 คะแนน

ผู้ป่วยดื่มสุราเบียร์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ปฏิบัติ มีจำนวน ร้อยละ 63.9 โดยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ย 2.60 คะแนน

2. ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ตาราง 6 แสดงจำนวนร้อยละระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร		
1) น้อยมาก (คะแนนต่ำกว่า 10.93)	42	9.5
2) ปานกลาง (คะแนน 10.93-13.73)	321	73.0
3) สูง (คะแนนสูงกว่า 13.73)	77	17.5
รวม	440	100

จากตาราง 6 ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นมีจำนวนร้อยละ 73 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับประทานอาหารหลักวันละ 3 มื้อ ตรงเวลาสูงที่สุดเท่ากับ 2.74 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการที่ผู้ป่วย ไม่ดื่ม น้ำอัดลม ไอศกรีม ชา กาแฟ หรือนมข้นหวาน มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 2.07 คะแนน

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

1. พฤติกรรมการออกกำลังกายรายข้อ

ตาราง 7 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย				
1. ทำนออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที	ไม่ปฏิบัติ	116	26.4	
	บางครั้ง	209	47.5	1.99
เช่น การเดิน การขี่จักรยาน แอโรบิกเบา ๆ รำมวยจีน กายบริหาร เต้นรำวง รำไม้พลอง	เป็นประจำ	115	26.1	

ตาราง 7 (ต่อ)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
2. ท่านออกกำลังกายโดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อออกกำลังกายต่อเนื่องและการผ่อนคลายก่อนหยุด	ไม่ปฏิบัติ	145	33.0	
	บางครั้ง	186	42.2	1.91
	เป็นประจำ	109	24.8	
3. ท่านออกกำลังกายหลังอาหารมื้อหลักทันที	ไม่ปฏิบัติ	290	65.9	
	บางครั้ง	138	31.4	2.63
	เป็นประจำ	12	2.7	
4. ท่านออกกำลังกายกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ภูบ้านจนเหงื่อออก ทำสวน เดินอย่างน้อย 20 นาที	ไม่ปฏิบัติ	38	8.6	
	บางครั้ง	207	47.1	2.35
	เป็นประจำ	195	44.3	
5. ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งไม่เกินครึ่งละ 30 นาที	ไม่ปฏิบัติ	110	25.0	
	บางครั้ง	255	58.0	2.07
	เป็นประจำ	75	17.0	

จากตาราง 7 การศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่า

ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อออกกำลังกายต่อเนื่องและการผ่อนคลายก่อนหยุด มีระดับการปฏิบัติที่ระดับไม่ปฏิบัติเลยมีจำนวนร้อยละ 33.0 และปฏิบัติบางครั้งมีจำนวนร้อยละ 42.2 โดยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 1.91 คะแนน

ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที เช่น การเดินการขี่จักรยาน แอโรบิกเบา ๆ รำมวยจีน กายบริหาร เต็นรำวง รำไม้พลอง มีระดับการปฏิบัติที่ระดับไม่ปฏิบัติเลย มีจำนวนร้อยละ 26.4 และส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้งมีจำนวนร้อยละ 47.5 โดยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 1.99 คะแนน

ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายแต่ละครั้งไม่เกินครึ่งละ 30 นาที ระดับการปฏิบัติ บางครั้งมีจำนวนร้อยละ 58 โดยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 2.07 คะแนน

2. ระดับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

ตาราง 8 แสดงจำนวนร้อยละระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย		
1) น้อยมาก (คะแนนต่ำกว่า 9.45)	70	16.0
2) ปานกลาง (คะแนน 9.45-12.49)	306	69.5
3) สูง (คะแนนต่ำกว่า 12.49)	64	14.5
รวม	440	100

จากตาราง 8 พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวนร้อยละ 69.5

โดยสรุป พฤติกรรมที่คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติน้อยที่สุดคือพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายโดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อออกกำลังกาย ต่อเนื่องและการผ่อนคลายก่อนหยุด มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 1.91 คะแนน รองลงมา ได้แก่ พฤติกรรมออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที เช่น การเดินการขี่จักรยาน แอโรบิกเบา ๆ รำมวยจีน กายบริหาร เต็นร่ำวง รำไม้พลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.99 คะแนน

พฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการใจ

1. พฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการใจรายชื่อ

ตาราง 9 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการใจของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	ระดับ การปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการใจ				
1. ท่านมีการจัดการความเครียด เช่น การฝึกลมหายใจ การนั่งสมาธิ การละหมาด ดูทีวี ฟังเพลงคุยกับเพื่อน	ไม่ปฏิบัติ บางครั้ง เป็นประจำ	22 237 181	5.0 53.9 41.1	2.36

ตาราง 9 (ต่อ)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
2. ท่านสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีสติ	ไม่ปฏิบัติ	6	1.4	2.52
	บางครั้ง	199	45.2	
	เป็นประจำ	235	53.4	
3. เมื่อท่านเครียด ท่านจะหมกตัวอยู่คนเดียว	ไม่ปฏิบัติ	284	64.5	2.62
	บางครั้ง	147	33.4	
	เป็นประจำ	9	2.1	
4. ท่านจะปรึกษาปัญหาสุขภาพและปัญหาทั่วไปกับเพื่อน คู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ	ไม่ปฏิบัติ	15	3.4	2.44
	บางครั้ง	215	48.9	
	เป็นประจำ	210	47.7	
5. ท่านจะวิตกกังวลในเรื่องการงาน การเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่ปฏิบัติ	200	45.4	2.38
	บางครั้ง	208	47.3	
	เป็นประจำ	32	7.3	

จากตาราง 9 แสดงผลการการปฏิบัติพฤติกรรมการบริหารจิตใจ ดังนี้

ผู้ช่วยมีการจัดการความเครียด เช่น การฝึกลมหายใจ การนั่งสมาธิ การละหมาด ดูทีวี ฟังเพลง คุยกับเพื่อน การปฏิบัติอยู่ในระดับบางครั้ง มีจำนวนร้อยละ 53.9 โดยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 คะแนน

ผู้ช่วยจะวิตกกังวลในเรื่องการงาน การเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย มีการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ปฏิบัติ (หมายความว่าไม่มีความวิตกกังวลในเรื่องการงาน การเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย) มีจำนวนร้อยละ 45.4 และปฏิบัติพฤติกรรมในระดับบางครั้ง มีจำนวนร้อยละ 7.3 โดยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 คะแนน

ผู้ช่วยจะปรึกษาปัญหาสุขภาพและปัญหาทั่วไปกับเพื่อน คู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ มีการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับบางครั้งมีจำนวนร้อยละ 48.9 และปฏิบัติอยู่ในระดับเป็นประจำมีจำนวนร้อยละ 47.7 โดยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 คะแนน



2337265836

2. ระดับพฤติกรรมกรรมการบริหารจิตใจ

ตาราง 10 แสดงจำนวนร้อยละระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริหารจิตใจ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมกรรมการบริหารจิตใจ		
1) น้อยมาก (คะแนนต่ำกว่า 10.49)	90	20.5
2) ปานกลาง (คะแนน 10.49-14.20)	296	67.2
3) สูง (คะแนนสูงกว่า 14.20)	54	12.3
รวม	440	100

จากตาราง 10 ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการบริหารจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวนร้อยละ 67.2 โดยภาพรวมของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดหรือการบริหารจิตใจอยู่ในระดับปฏิบัติบางครั้งถึงปฏิบัติเป็นประจำ และมีคะแนนพฤติกรรมเพื่อจัดการความเครียดความกังวลในชีวิตประจำวัน เช่น การฝึกลมหายใจ การนั่งสมาธิ การละหมาด ดูทีวี ฟังเพลง คุยกับเพื่อน การปฏิบัติอยู่ในระดับบางครั้งขึ้นไปน้อยที่สุด มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 คะแนน รองลงมาคือ ความวิตกกังวลในเรื่อง การงาน การเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.38

พฤติกรรมกรรมการรับประทานยา

1. พฤติกรรมกรรมการรับประทานครายขอ

ตาราง 11 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมกรรมการรับประทานครายขอของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมกรรมการรับประทานครายขอ				
1. ทานรับประทานครายขอเบาหวานตามคำแนะนำของแพทย์	ไม่ปฏิบัติ	6	1.4	2.79
	บางครั้ง	78	17.7	
	เป็นประจำ	356	80.9	

ตาราง 11 (ต่อ)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
2. ท่านรับประทานยาเบาหวานตรงตามเวลา	ไม่ปฏิบัติ	7	1.6	2.60
	บางครั้ง	161	36.6	
	เป็นประจำ	272	61.8	
3. ท่านขอยืมยารักษาโรคเบาหวานของเพื่อนเมื่อยาท่านหมด	ไม่ปฏิบัติ	384	87.3	2.86
	บางครั้ง	54	12.3	
	เป็นประจำ	2	0.4	
4. ท่านไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง	ไม่ปฏิบัติ	209	47.5	1.89
	บางครั้ง	69	15.7	
	เป็นประจำ	162	36.8	
5. ท่านใช้ยาต้มหรือสมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน	ไม่ปฏิบัติ	369	83.9	2.82
	บางครั้ง	63	14.3	
	เป็นประจำ	8	1.8	

จากตาราง 11 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยและพฤติกรรมการรับประทานยาดังนี้

ผู้ป่วยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง มีการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ปฏิบัติ (หมายความว่ามีการเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตัวเอง) มีจำนวนร้อยละ 47.5 และไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง โดยปฏิบัติระดับเป็นประจำมีจำนวนร้อยละ 36.8 โดยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 คะแนน

ผู้ป่วยรับประทานยาเบาหวานตรงตามเวลา มีการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับเป็นประจำมีจำนวนร้อยละ 61.8 โดยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 คะแนน

ผู้ป่วยรับประทานยาเบาหวานตามคำแนะนำของแพทย์ มีการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับเป็นประจำมีจำนวนร้อยละ 80.9 โดยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 คะแนน

2. ระดับพฤติกรรมกรรรับประทานยา

ตาราง 12 แสดงจำนวนร้อยละระดับคะแนนพฤติกรรมกรรรับประทานยา

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมกรรรับประทานทานยา		
1) น้อยมาก (คะแนนต่ำกว่า 11.69)	56	12.7
2) ปานกลาง (คะแนน 11.69–14.30)	304	69.1
3) สูง (คะแนนสูงกว่า 14.30)	80	18.2
รวม	440	100

จากตาราง 12 พบผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมกรรรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวนร้อยละ 69.1 และมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาของตนเองน้อยที่สุด เท่ากับ 1.89 คะแนน รองลงมาคือพฤติกรรมกรรรับประทานยาเบาหวานตรงตามเวลา ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 และผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมไม่ขอเยี่ยมยารักษาโรคเบาหวานของเพื่อนเมื่อยามหมด สูงที่สุดที่คะแนนเฉลี่ย 2.86 คะแนน

ความร่วมมือในการใช้ยา

1. ความร่วมมือในการใช้ยารายข้อ

ตาราง 13 แสดงผลจำนวนและร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมกรรรับประทานยา				
1. ทานรับประทานยาเบาหวานตามคำแนะนำของแพทย์	ไม่ปฏิบัติ	6	1.4	2.79
	บางครั้ง	78	17.7	
	เป็นประจำ	356	80.9	
2. ทานรับประทานยาเบาหวานตรงตามเวลา	ไม่ปฏิบัติ	7	1.6	2.60
	บางครั้ง	161	36.6	
	เป็นประจำ	272	61.8	

ตาราง 13 (ต่อ)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
3. ท่านขอเยี่ยมชมการรักษาโรคเบาหวานของเพื่อนเมื่อมาท่านหมด	ไม่ปฏิบัติ	384	87.3	
	บางครั้ง	54	12.3	2.86
	เป็นประจำ	2	0.4	
4. ท่านไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง	ไม่ปฏิบัติ	209	47.5	
	บางครั้ง	69	15.7	1.89
	เป็นประจำ	162	36.8	
5. ท่านใช้ยาตามหรือสมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน	ไม่ปฏิบัติ	369	83.9	
	บางครั้ง	63	14.3	2.82
	เป็นประจำ	8	1.8	

จากตาราง 13 แสดงผลและร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานบางครั้ง **ล้ม**รับประทานยารักษาโรคเบาหวานมีจำนวนร้อยละ 53.9 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วย **เคยล้ม**รับประทานยารักษาโรคเบาหวานมีจำนวนร้อยละ 23.4

เมื่อผู้ป่วยต้องเดินทางหรือไปข้างนอกบ้าน บางครั้ง **ล้ม**เอายารักษาโรคเบาหวานไปด้วยมีจำนวนร้อยละ 23.6

2. ระดับความร่วมมือในการใช้ยา

ตาราง 14 แสดงจำนวนร้อยละระดับความร่วมมือในการใช้ยา

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความร่วมมือในการใช้ยา		
1) ต่ำ (คะแนนต่ำกว่า 5.18)	114	25.9
2) ปานกลาง (คะแนน 5.18-7.79)	213	48.4
3) สูง (คะแนนสูงกว่า 7.79)	113	25.7
รวม	440	100

จากตาราง 14 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานระดับความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง มีจำนวนร้อยละ 48.4 และอยู่ในระดับสูงจำนวนร้อยละ 25.7

โดยผู้ป่วยส่วนมากมีการลืมรับประทานทานยาเป็นบางครั้งจำนวนร้อยละ 53.9 และผู้ป่วยที่ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา **เคยลืม** รับประทานยารักษาโรคเบาหวานมีจำนวนร้อยละ 23.4 และ เมื่อต้องเดินทางหรือไปข้างนอกบ้าน บางครั้งผู้ป่วย**ลืม**เอายารักษาโรคเบาหวานไปด้วย มีจำนวนร้อยละ 23.6

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหาร

1. การรับรู้อุปสรรคการบริโภคอาหารรายข้อ

ตาราง 15 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหาร

รายการ	ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
การรับรู้อุปสรรคการบริโภคอาหาร				
1. การติดในรสชาติหวาน เช่น การใช้น้ำตาลปรุงอาหาร	น้อยที่สุด	158	35.9	
	น้อย	139	31.6	
	ปานกลาง	106	24.1	2.07
	มาก	28	6.4	
	มากที่สุด	9	2.0	
2. การบังคับใจตนเองไม่ได้	น้อยที่สุด	123	28.0	
	น้อย	120	27.2	
	ปานกลาง	153	34.8	2.29
	มาก	31	7.0	
	มากที่สุด	13	3.0	
3. การรับประทานอาหารนอกบ้าน เนื่องจากทำงานสังคม เช่น งานเลี้ยง	น้อยที่สุด	108	24.5	
	น้อย	134	30.5	
	ปานกลาง	157	35.7	2.32
	มาก	28	6.3	
	มากที่สุด	13	3.0	

จากตาราง 15 แสดงผลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร ดังนี้
การติดในรสชาติหวาน เช่น การใช้น้ำตาลปรุงอาหาร ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อุปสรรค
ของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุดมีจำนวนร้อยละ 35.9 และรองลงมาที่มีการรับรู้
อุปสรรคในระดับน้อยมีจำนวนร้อยละ 31.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 2.07 คะแนน

การบังคับใจตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม
ในระดับปานกลาง มีจำนวนร้อยละ 34.8 รองลงมาที่มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อยที่สุด
ร้อยละ 28 และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย มีจำนวนร้อยละ 27.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย
การรับรู้เท่ากับ 2.29 คะแนน

การรับประทานอาหารนอกบ้านเนื่องจากเข่างานสังคม เช่น งานเลี้ยง ผู้ป่วยมี
ระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับปานกลาง มีจำนวนร้อยละ 35.7
รองลงมาที่มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย มีจำนวนร้อยละ 30.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้
เท่ากับ 2.32 คะแนน

2. ระดับการรับรู้อุปสรรคการบริโภคอาหาร

ตาราง 16 แสดงจำนวนร้อยละระดับการรับรู้อุปสรรคการบริโภคอาหาร

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้อุปสรรคการบริโภคอาหาร		
1) ต่ำ (คะแนนต่ำกว่า 4.10)	99	22.5
2) ปานกลาง (คะแนน 4.10-9.30)	287	65.2
3) สูง (คะแนนสูงกว่า 9.30)	54	12.3
รวม	440	100

จากตาราง 16 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการรับประทาน
อาหารอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวนร้อยละ 65.2 โดยการรับรู้ว่าการติดในรสชาติหวาน
เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติมีการรับรู้ในระดับที่น้อยโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.07 คะแนน

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย

1. การรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกายรายข้อ

ตาราง 17 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย

รายการ	ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
การรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกาย				
1. ไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงานตลอดทั้งวันหรือจัดการเวลาไม่เหมาะสม	น้อยที่สุด	119	27.0	2.39
	น้อย	118	26.8	
	ปานกลาง	134	30.5	
	มาก	48	10.9	
	มากที่สุด	21	4.8	
2. เกิดความเมื่อยล้าจากการทำงาน	น้อยที่สุด	111	25.2	2.41
	น้อย	129	29.3	
	ปานกลาง	130	29.6	
	มาก	47	10.7	
	มากที่สุด	23	5.2	
3. มีข้อจำกัดสุขภาพทางกายเช่น ปวดเข่า	น้อยที่สุด	127	28.9	2.46
	น้อย	97	22.0	
	ปานกลาง	124	28.2	
	มาก	67	15.2	
	มากที่สุด	25	5.7	

จากตาราง 17 แสดงผลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดังนี้

การไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงานตลอดทั้งวันหรือจัดการเวลาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับปานกลางมีจำนวนร้อยละ 30.5 รองลงมาเป็นการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีจำนวนร้อยละ 27 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 2.39 คะแนน

การเกิดความเมื่อยล้าจากการทำงาน ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับปานกลาง มีจำนวนร้อยละ 29.6 รองลงมาเป็นการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย มีจำนวนร้อยละ 29.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 2.41 คะแนน

การมีข้อจำกัดสุขภาพทางกายเช่น ปวดเข่า ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุด มีจำนวนร้อยละ 28.9 รองลงมาเป็นการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวนร้อยละ 28.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 2.46 คะแนน

2. ระดับการรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกาย

ตาราง 18 แสดงจำนวนร้อยละระดับการรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกาย

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกาย		
1) ปานกลาง (คะแนน 4.41-10.14)	426	96.8
2) สูง (คะแนนสูงกว่า 10.14)	14	3.2
รวม	440	100

จากตาราง 18 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวนร้อยละ 96.8 และมีการรับรู้อุปสรรคในด้านการไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงานตลอดทั้งวันหรือจัดการเวลาไม่เหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีจำนวนร้อยละ 27 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เท่ากับ 2.39 คะแนน



2337265836

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยา

1. การรับรู้อุปสรรคการรับประทานยารายข้อ

ตาราง 19 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยา

รายการ	ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
การรับรู้อุปสรรคการรับประทานยา				
1. อาชีพไม่หนุนเสริม เช่น กลับบ้านไม่ตรงเวลาทำให้ต้องเลื่อนเวลาการทานยาและทานอาหารออกไป	น้อยที่สุด	254	57.7	
	น้อย	85	19.3	
	ปานกลาง	58	13.2	1.76
	มาก	35	8.0	
2. มีความเข้าใจเรื่องยาไม่ถูกต้อง (หยุดยาเองเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น)	มากที่สุด	8	1.8	
	น้อยที่สุด	284	64.6	
	น้อย	80	18.2	
	ปานกลาง	41	9.3	1.62
3. หน้าของเข็ญไม่ชัดเจนหรือตัวหนังสือมีขนาดเล็ก	มาก	27	6.1	
	มากที่สุด	8	1.8	
	น้อยที่สุด	244	55.5	
	น้อย	87	19.8	
	ปานกลาง	45	10.2	1.91
	มาก	30	6.8	
	มากที่สุด	34	7.7	

จากตาราง 19 แสดงผลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานยาดังนี้

การที่มีความเข้าใจเรื่องยาไม่ถูกต้อง (หยุดยาเองเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น) ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุด มีจำนวนร้อยละ 64.6 รองลงมาเป็นการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย มีจำนวนร้อยละ 18.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 1.62 คะแนน

การที่อาชีพไม่หนุนเสริม เช่น กลับบ้านไม่ตรงเวลาทำให้ต้องเลื่อนเวลาการทำงาน และทานอาหารออกไป ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุด มีจำนวนร้อยละ 57.7 รองลงมา มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย มีจำนวนร้อยละ 19.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 1.76 คะแนน

การที่หน้าซองเขียนไม่ชัดเจนหรือตัวหนังสือมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 55.5 รองลงมา มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย มีจำนวนร้อยละ 19.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 1.91 คะแนน

2. ระดับการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยา

ตาราง 20 แสดงจำนวนร้อยละระดับการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยา

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยา		
1) ต่ำ (คะแนนต่ำกว่า 3.42)	1	0.2
2) ปานกลาง (คะแนน 3.42-8.27)	374	85.0
3) สูง (คะแนนสูงกว่า 8.27)	65	14.8
รวม	440	100

จากตาราง 20 พบกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวนร้อยละ 85.0 โดยที่ผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาในด้านอุปสรรคของความเชื่อความเข้าใจเรื่องยาไม่ถูกต้อง (หยุดยาเองเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น) มีการรับรู้น้อยมากที่สุด มีจำนวนร้อยละ 64.5 และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เรื่องความเข้าใจเรื่องยาไม่ถูกต้องน้อยที่สุดเท่ากับ 1.62 คะแนน

การรับรู้อุปสรรคของการสนับสนุนจากครอบครัว

1. การรับรู้อุปสรรคการสนับสนุนจากครอบครัวรายข้อ

ตาราง 21 แสดงผลจำนวนและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการสนับสนุนจากครอบครัว

รายการ	ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
การรับรู้อุปสรรคการสนับสนุนจากครอบครัว				
1. สมาชิกในครอบครัวให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามปกติ โดยไม่ได้แยกสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	น้อยที่สุด	224	50.9	2.05
	น้อย	63	14.3	
	ปานกลาง	86	19.6	
	มาก	37	8.4	
	มากที่สุด	30	6.8	
2. สมาชิกในครอบครัวไม่มีการออกความคิดเห็นต่อการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วย	น้อยที่สุด	200	45.5	2.08
	น้อย	78	17.7	
	ปานกลาง	107	24.3	
	มาก	34	7.7	
	มากที่สุด	21	4.8	
3. บุคคลในครอบครัวดูแลและให้กำลังใจเมื่อรู้ว่าท่านป่วยเป็นโรคเบาหวาน	น้อยที่สุด	99	22.5	3.23
	น้อย	56	12.7	
	ปานกลาง	88	20.0	
	มาก	37	8.4	
	มากที่สุด	160	36.4	

จากตาราง 21 แสดงคะแนนการรับรู้อุปสรรคของแรงสนับสนุนจากครอบครัวดังนี้ การที่สมาชิกในครอบครัวให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามปกติ โดยไม่ได้แยกสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุด มีจำนวนร้อยละ 50.9 รองลงมา มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวนร้อยละ 19.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 2.05 คะแนน

การที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีการออกความคิดเห็นต่อการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุดมีจำนวนร้อยละ 45.5 รองลงมา มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวนร้อยละ 24.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 2.08 คะแนน

2. ระดับการรับรู้อุปสรรคของการสนับสนุนจากครอบครัว

ตาราง 22 แสดงจำนวนร้อยละระดับการรับรู้อุปสรรคของการสนับสนุนจากครอบครัว

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้อุปสรรคการสนับสนุนจากครอบครัว		
1) ต่ำ (คะแนนต่ำกว่า 5.36)	64	14.6
2) ปานกลาง (คะแนน 5.36-9.41)	324	73.6
3) สูง (คะแนนสูงกว่า 9.41)	52	11.8
รวม	440	100

จากตาราง 22 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวนร้อยละ 73.6

สรุปได้ว่า จำนวนผู้ป่วยในด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคการบริโภค การรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคการทานยา และการรับรู้อุปสรรคแรงสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีจำนวนอยู่ในระดับการรับรู้อุปสรรคปานกลาง

โดยการรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมการทานยาในด้านมีความเข้าใจเรื่องยาไม่ถูกต้อง (หยุดยาเองเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น) ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ที่น้อยที่สุดมีจำนวนร้อยละ 57.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 1.62 คะแนน และการรับรู้ในเรื่องการที่อาชีพไม่หนุนเสริม เช่น กลับบ้านไม่ตรงเวลาทำให้ต้องเลื่อนเวลาการทานยาและทานอาหารออกไป ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่น้อยที่สุดมีจำนวนร้อยละ 64.5 และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.76

รวมถึงการที่หน้าซองเขียนไม่ชัดเจนหรือตัวหนังสือมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุดมีจำนวนร้อยละ 55.5 และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.91 น้อยเป็นลำดับที่สาม ของคะแนนการรับรู้ทั้งหมด

การรับรู้อุปสรรคแรงสนับสนุนจากครอบครัวพบว่า การที่บุคคลในครอบครัวดูแลและให้กำลังใจเมื่อรู้ว่าท่านป่วยเป็นโรคเบาหวานผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อุปสรรคในระดับมาก

ที่สุดมีจำนวนร้อยละ 36.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 3.23 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมทั้งหมด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ตาราง 23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไป ปัจจัยพฤติกรรมการปฏิบัติ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การปฏิบัติกับการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้สถิติ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์

ปัจจัยทั่วไป	จำนวน (คน)	คุมน้ำตาล ได้ดี (คน)	% คุมน้ำตาล ได้ดี	P-value
เพศ				0.009*
ชาย	162	52	32.1	
หญิง	278	58	20.9	
อายุ				0.797
30-49	47	10	21.3	
50-70	360	91	25.3	
70 ปีขึ้นไป	33	9	27.3	
สถานภาพสมรส				0.398
โสด	24	8	33.3	
สมรส	333	85	25.5	
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	83	17	20.5	
ระดับการศึกษา				0.112
ต่ำกว่าปริญญาตรี	381	88	23.1	
ปริญญาตรี	13	4	30.8	
สูงกว่าปริญญาตรี	6	2	33.3	
อื่น ๆ หรือ ไม่ได้เรียนหนังสือ	40	16	40	
ดัชนีมวลกาย				0.036*
น้ำหนักน้อยหรือพอม	21	10	47.6	
ปกติ	149	39	26.2	
เกินเกณฑ์ปกติหรืออ้วน	270	61	22.6	

ตาราง 23 (ต่อ)

ปัจจัยทั่วไป	จำนวน (คน)	คุ่มน้ำตาล ได้ดี (คน)	% คุ่มน้ำตาล ได้ดี	P-value
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน				0.139
1-5 ปี	208	51	24.5	
6-10 ปี	136	41	30.1	
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	96	18	18.8	
โรคประจำตัวอื่น ๆ				0.654
เบาหวานอย่างเดียว	161	39	24.2	
ความดัน	226	60	26.5	
ไขมัน หัวใจและอื่น ๆ	53	11	20.8	
การมีผู้ดูแล				0.043*
มีผู้ดูแล, care giver	176	53	30.1	
ไม่มีผู้ดูแล	264	57	21.6	
การได้รับสุศึกษา				0.182
ไม่เคยได้รับสุศึกษา	150	34	22.7	
ได้รับสุศึกษาปีละ 1-2 ครั้ง	222	53	23.9	
ได้รับสุศึกษามากกว่าปีละ 2 ครั้ง	68	23	33.8	
ปัจจัยภายใน				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				0.000*
ต่ำ	61	6	9.8	
ปานกลาง	306	69	22.5	
สูง	73	35	47.9	
ปัจจัยภายนอก				
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				0.643
น้อยมาก	42	8	19.0	
ปานกลาง	321	82	25.5	
สูง	77	20	26.0	
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				0.142
น้อยมาก	306	81	26.5	
ปานกลาง	64	18	28.1	
สูง				

ตาราง 23 (ต่อ)

ปัจจัยภายนอก	จำนวน (คน)	คุ่มน้ำตาล ได้ดี(คน)	% คุ่มน้ำตาล ได้ดี	P-value
พฤติกรรมกรรมการบริหารจิตใจ				0.469
น้อยมาก	90	23	25.6	
ปานกลาง	296	70	23.6	
สูง	54	17	31.5	
พฤติกรรมกรรมการรับประทานทานยา				0.792
น้อยมาก	56	12	21.4	
ปานกลาง	304	77	25.3	
สูง	80	21	26.3	
ความร่วมมือในการใช้ยา				0.169
ต่ำ	114	22	19.3	
ปานกลาง	213	61	28.6	
สูง	113	27	23.9	
ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ				
การรับรู้อุปสรรคการบริโภคอาหาร				0.824
ต่ำ	99	23	23.2	
ปานกลาง	287	72	25.1	
สูง	54	15	27.8	
การรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกาย				0.347
ปานกลาง	426	108	25.4	
สูง	14	2	14.3	
การรับรู้อุปสรรคการรับประทานทานยา				0.735
ต่ำ	1	0	0.0	
ปานกลาง	374	92	24.6	
สูง	65	18	17.7	
การรับรู้อุปสรรคการสนับสนุนจากครอบครัว				0.005*
ต่ำ	64	18	28.1	
ปานกลาง	324	70	21.6	
สูง	52	22	42.3	
รวม	440			

จากตาราง 23 จากสถิติแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสรุปได้ว่า

ปัจจัยทั่วไป

เพศมีความสัมพันธ์กับการคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.009 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.036 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

การมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงค่า P-value เท่ากับ 0.043 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงค่า P-value เท่ากับ 0.112 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงค่า P-value เท่ากับ 0.797 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.398 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.654 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.139 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

การได้รับสุขศึกษาในแต่ละปีของผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.182 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก (พฤติกรรมการปฏิบัติ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า P-value < 0.001 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%



พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า P-value เท่ากับ 0.643 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายไม่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า P-value เท่ากับ 0.142 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

พฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการจิตใจไม่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า P-value เท่ากับ 0.469 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาไม่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า P-value เท่ากับ 0.792 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ความร่วมมือในการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า P-value เท่ากับ 0.169 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่า P-value เท่ากับ 0.824

การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่า P-value เท่ากับ 0.347

การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่า P-value เท่ากับ 0.735

และการรับรู้อุปสรรคของการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่า P-value เท่ากับ 0.005

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานคือ ปัจจัยทั่วไปด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย ระยะเวลาการเป็นโรค และการได้รับสุขศึกษา และปัจจัยภายนอกที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจัดการจิตใจและการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค



ของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรค
ของการทานยา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการควบคุมระดับน้ำตาลโดย Logistic Regression

ตาราง 24 แสดงการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุม
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ปัจจัยที่มีผลต่อผู้ป่วย เบาหวาน	B	S.E.	Wald	df	P	adjOR
เพศชาย	0.670	0.234	8.214	1	0.004*	1.954
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1.072	0.455	5.547	1	0.019*	2.921
ปานกลาง				1		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง	2.237	0.496	20.370		0.000*	9.368

จากตาราง 24 ตัวแปรที่มีอิทธิพลกับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด คือ
ปัจจัยด้านเพศ ผู้ป่วยชายมีโอกาสควบคุมระดับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี
HbA1c ต่ำกว่า 7% มากกว่าเพศหญิง 1.95 เท่า

ผู้ที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลางและสูงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาล
สะสมในเลือด (HbA1c) ได้ต่ำกว่า 7% 2.921 และ 9.368 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มี
ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ

ในขณะที่ปัจจัยดัชนีมวลกาย การมีผู้ดูแล และการรับรู้อุปสรรคของแรงสนับสนุนจาก
ครอบครัวไม่มีอิทธิพลการทำให้เกิดโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c
ให้ต่ำกว่า 7% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมอิทธิพลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อื่น ๆ
พร้อมกันที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

บทที่ 5

บทสรุป

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้วิจัยอภิปรายผลตามการศึกษาได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานดังต่อไปนี้

ปัจจัยทั่วไป

เพศชายมีอิทธิพลต่อการรักษาระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p = 0.004$, $OR_{adj} = 1.954$) เพศชายมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้ต่ำกว่า 7% มากกว่าเพศหญิง 1.954 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ กังหลี (2557) พบว่า เพศหญิงมีโอกาสคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่าเพศชาย 1.72 เท่า เนื่องจากเพศชายมีอาชีพส่วนใหญ่เป็นช่างนาช่างไร่และเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงต้องมีความรับผิดชอบและมีกิจกรรมทางกายมากกว่าหญิงเพราะต้องออกไปทำงาน และด้วยเพศชายมีสถานภาพทางสังคมเป็นหัวหน้าครอบครัวจึงต้องดูแลสุขภาพให้ดีให้แข็งแรง เป็นต้น (กุงสุมา กังหลี, 2557) และสอดคล้องกับการศึกษาของนุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์ และคณะ (2560) พบว่าในการศึกษาด้านเพศที่สัมพันธ์กับการใช้พลังงานรวมของพฤติกรรมพบว่าเพศชายมีการใช้พลังงานรวมของพฤติกรรมมากกว่าเพศหญิงเกือบสองเท่า อธิบายได้ว่าเพศชายอยู่ในกลุ่มประกอบอาชีพและแรงงานจะมีการใช้พลังงานร่างกายสูงต่างจากเพศหญิงที่มักมีกิจกรรมเฉพาะในครัวเรือนที่ใช้พลังงานจากร่างกายต่ำ ฉะนั้นผู้หญิงควรได้รับการส่งเสริมเป็นพิเศษในกิจกรรมอื่น ๆ เช่น กิจกรรมนันทนาการ เช่น การเดิน การวิ่ง เป็นต้น เพื่อเป็นการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งซึ่งเป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงานต่ำลง

ดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p = 0.036$) สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวดี ทองโปร่ง (2561) ซึ่งศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน โดยดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เกินค่าปกติจนถึงอ้วนระดับสอง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถอธิบายได้โดยการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานเป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงเช่นโรคอ้วนและน้ำหนักเกิน (World Health Organization, 2016) ในกลุ่มผู้ป่วยพบว่าเพศชายและหญิงมี BMI ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายและเพศหญิงมีร้อยละของผู้มี BMI เกินเกณฑ์ปกติ



2337265836

UP-Thesisis 61351477 Independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

ร้อยละ 63.6 และ 60.1 ตามลำดับ จึงไม่มีความแตกต่างกันของดัชนีมวลกายระหว่างเพศชาย และหญิงในเชิงความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จากสถิติการทำนาย โลกิสิกติกพบไม่มีอิทธิพลของกลุ่มผู้ป่วยในระดับดัชนีมวลกายในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด อันเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยดัชนีมวลกายมากเกินไปเกินเกณฑ์ปกติ ปกติและน้อย มีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 65.2, 77.2 และ 61.9 ตามลำดับ และขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับการหลังอินซูลิน เป็นต้น

การมีผู้ดูแลก็มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p = 0.043$) อธิบายได้ว่าการมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือกลุ่มเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการเยี่ยมบ้านและให้การสนับสนุนให้ความรู้ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการรักษาตนเองของผู้ป่วยจะทำให้กลุ่มผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ นุสรวิโรจน์ (2560) การมีผู้ดูแลที่ดีจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน แต่จากสถิติการทำนายโลกิสิกติกพบกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลที่มีร้อยละ 30.1 ไม่สามารถทำนายอิทธิพลที่ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่แตกต่างกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.288$) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยเอง ซึ่งแต่ละคนมีการกระตุ้นตนเองอย่างต่อเนื่องไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมของตัวผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ป่วยบางคนนอกจากมีผู้ดูแลแล้วยังมีคนในครอบครัวคนอื่น ๆ ให้การกระตุ้นพฤติกรรมตลอดจนการให้ความรู้ต่อจากผู้ดูแล เป็นต้น

ปัจจัยภายใน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงร้อยละ 16.6 ซึ่งเกี่ยวกับการตัดสินใจหรือมีความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีและแสดงทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันได้ดีและปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณรัตน์ รัตนวรางค์ และวิทยา จันทร์ทา (2561) ซึ่งศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ดีขึ้น

ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลางสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ 2.921 เท่า ($\text{adjOR} = 2.921, p = 0.019$) ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ 9.368 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กล่าวคือความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีอิทธิพลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีมากขึ้นเมื่อเทียบกับความรอบรู้สุขภาพต่ำ ความรู้สุขภาพ



มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล เนื่องจากความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งที่กำหนดการแสดงออกพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติควบคู่กัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณรัตน์ รัตนวรงค์ และวิทยา จันทร์ทา (2561) พบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น ความรอบรู้สุขภาพที่ต่ำส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pratoom, et al. (2018) ที่พบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานโดยผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพสูงมีโอกาสที่จะสามารถคุม น้ำตาลได้เป็น 1.6 เท่าของผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่ำ

ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

การรับรู้อุปสรรคของแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($P = 0.005$) สอดคล้องกับการศึกษาของจักรกฤษณ์ วังราชฎี; สุวินัย แสงโย และกัญญาณัฐ อุ้มมี (2561) ถึงอุปสรรคด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ว่าเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมาก มีภาวะโรคร่วมหรือมีภาวะแทรกซ้อนจะมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวมากขึ้น หากผู้ดูแลในครอบครัวขาดความรู้ จะทำให้ไม่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งในการพัฒนาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง การพัฒนาปัจจัยเสริม เช่น การสนับสนุนของครอบครัว กฎระเบียบ มาตรการทางสังคม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) การรับรู้อุปสรรคของการการสนับสนุนจากครอบครัวจะทำให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการตระหนักว่าครอบครัวหรือสังคมจะมีส่วนกำหนดให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่นำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน ตามมาได้ดังนั้นแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ดีจึงสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ซึ่งจะส่งผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานอีกด้วย โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคของแรงสนับสนุนจากครอบครัวสูงและปานกลางสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 42.3 และ 21.6 ตามลำดับ เมื่อทำนายจากค่าสถิติพบไม่มีความแตกต่างกันถึงการมีโอกาสทำให้เกิดการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.268$, $p = 0.776$ ตามลำดับ)



2337265836

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีดังต่อไปนี้

ปัจจัยทั่วไป

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงค่า P-value เท่ากับ 0.112 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุชานันท์ แก้วสุข (2563) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีแต่มีการสื่อสารที่ดีสามารถรับรู้ข้อความปกติโดยการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่สามารถที่จะเข้าใจข้อความหรือคำแนะนำจากการพูดคุยอย่างง่าย ๆ จากเจ้าหน้าที่ได้และสามารถนำไปคำแนะนำไปปฏิบัติได้

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงค่า P-value เท่ากับ 0.797 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยประชากรที่ศึกษามีอายุอยู่ในช่วง 50-70 ปี เป็นส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยในช่วงอายุ 54.4-75 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน มีวัฒนธรรมการใช้ชีวิตคล้าย ๆ กัน เป็นผลทำให้เกิดการปฏิบัติตนการใช้ชีวิตในการดูแลตนเองที่ใกล้เคียงกันไม่สามารถบอกถึงความแตกต่างถึงการควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีนัยสำคัญ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุชานันท์ แก้วสุข (2563) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.398 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวดี ทองโปร่ง (2561) ศึกษาพบว่าได้ว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อธิบายได้ว่าเนื่องจากคู่สมรสของผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้สูงอายุเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยซึ่งมีความรู้และการปฏิบัติตนเองคล้ายคลึงกันกับตัวผู้ป่วยเองจึงไม่สามารถชักชวนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเองได้ดี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสุชานันท์ แก้วสุข (2563) ซึ่งพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาของสุชานันท์ แก้วสุข นั้นพบว่าปัจจัยสถานภาพสมรสสัมพันธ์กับความเครียดเรื่องความเครียดซึ่งความเครียดจะทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมน cortisol ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ เป็นต้น (สุชานันท์ แก้วสุข, 2563)

การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.654



2337265836

ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชานันท์ แก้วสุข (2563) ที่พบว่าการมีโรคประจำตัวอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีโรคความดันร่วมด้วยเป็นส่วนใหญ่และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น ซึ่งจะมีการปฏิบัติมุ่งเน้นไปในการลดความดันหรือการดูแลโรคประจำตัวอื่นร่วมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไปด้วย ส่งผลทำให้บางครั้งขาดความสม่ำเสมอในการมุ่งเน้นปฏิบัติเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัดเพราะไม่ได้ให้ความสำคัญกับโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียว

ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.139 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากป่วยระยะเวลา 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.3 และมีค่าเฉลี่ย 7.81 ปี แต่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 24.5 ซึ่งหมายความว่าส่วนมากเมื่อเริ่มป่วยจะยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพราะมีการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพที่ไม่ดี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กัณทิมา อยู่ร่วม; รุ่งระวี นาวิเจริญ และนชลักษณ์ เอื้อกิจ (2561) ที่พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยระยะเวลาการเป็นโรคที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการทำหน้าที่ของตับอ่อนที่ลดลงเป็นผลให้ตับอ่อนสูญเสียหน้าที่ในการหลั่งอินซูลินทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเพิ่มสูงขึ้น

การได้รับสุขศึกษาในแต่ละปีของผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.182 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กลุ่มตัวอย่างมีผู้ได้รับสุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตั้งแต่หนึ่งครั้งขึ้นไปประมาณ ร้อยละ 66 แต่มีผู้สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 26 ของผู้ที่ได้รับสุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับสุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่ แต่ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้เนื่องจากส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดด้านการรับรู้ การตีความสารที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่และมีวิถีการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมวัฒนธรรมที่ไม่เอื้อต่อการนำความรู้ไปปรับใช้ เช่น อยู่ในสังคมที่มีวัฒนธรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานหรือมีครอบครัวที่มีวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เป็นต้น จึงทำให้เกิดอุปสรรคกับการเพิ่มความรู้ของผู้ที่ได้รับสุขศึกษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอภิวันท์ เจริญวัฒน์ (2561) ที่พบว่าความรู้และมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



2337265836

โดยความรู้ความสัมพันธทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และวิธีการควบคุมโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีความรู้ที่ดีจะส่งผลให้พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

ปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยพฤติกรรมการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจัดการจิตใจ และพฤติกรรมการทานยาร้อยละ 73, 69.5, 67.3 และ 69.1 ตามลำดับ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 95% ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงมณี วิยะทัศน์ และ อรุโร ศิลปะกิจโกศล (2561) ที่ศึกษาได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยใช้รูปแบบข้อปฏิบัติที่ได้รับจากแพทย์ไม่แตกต่างกัน และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงมีข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลาย ๆ พฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดเนื่องจากมีอุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรม และกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพส่วนใหญ่เป็นชาวนาชาวไร่ จึงทำให้ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำหรือแม้กระทั่งการรับประทานยาบ้างเป็นบางครั้ง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะวดี ทองโปร่ง (2561) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่าง 118 คน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกิงเพล เนื่องจากเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในพื้นที่คลินิกพิเศษขาดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอและขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ด้านสังคมสภาพแวดล้อมหรือที่ไม่ได้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น การไม่มีผู้ชักชวนหรือกลุ่มชักชวนออกกำลังกาย หรือไม่สามารถเข้าถึงสถานที่หรือเข้าถึงอุปกรณ์ที่ช่วยในการออกกำลังกาย การไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอย่างเคร่งครัดเท่าที่ควรจะเป็น รวมถึงขาดความเคร่งครัดในการรับประทานยาอันเนื่องจากส่วนมากมักจะลืมที่จะรับประทานยาได้อย่างตรงเวลา เป็นต้น

พฤติกรรมการจัดการความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของ ผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 95% ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อธินันท์ ชัญญาวงศ์ศักดิ์; สุภมัย สุนทรพันธ์ และสุมาลี วังธนากร (2562) ที่ศึกษาพบว่าความเครียด ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ได้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยทำงาน งานแบบเป็นกะและไม่เป็นกะ ซึ่งอธินันท์อธิบายถึงความเครียดที่สูงจากการทำงาน อาจไปกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงขึ้น แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจะมีความเครียดในเรื่องของชีวิตความเป็นอยู่การทำมาหากินมากกว่าความเครียด ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน และส่วนมากไม่มีความกังวลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของตนเองเพราะคิดว่าการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยคาดหวังว่ายาจะสามารถช่วยทำให้ เกิดการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี แต่ทั้งนี้การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ไม่ได้ของผู้ป่วยขึ้นกับปัจจัยการปฏิบัติอื่น ๆ ร่วมด้วย

ความร่วมมือในการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ซึ่งมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ได้รับวิธีการทานยาเฉพาะตอนที่มารับยา โดยเน้นเรื่องความรู้ในการทานยาในครั้งแรกเท่านั้น อาจจะเป็นผลให้ไม่ได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากและ ระดับการศึกษาไม่สูงเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งทำให้ความเข้าใจเรื่องการทานยาคาดเคลื่อนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pratoom, et al. (2018) ซึ่งทำการศึกษาถึงทดลองพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยานั้นในระยะแรกจะเพิ่มขึ้นภายหลังจากการกระตุ้นการใช้ความรู้ โดยพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะไม่มีผลกับการลดลงของระดับน้ำตาลสะสม ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากระยะเวลาของการศึกษาสั้น ซึ่งทำการศึกษาประมาณ 3 เดือน (9-12 สัปดาห์) จึงทำให้ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง ค่าระดับน้ำตาลสะสมของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างชัดเจน แต่บางการศึกษาสามารถเห็น การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือ ในการใช้ยาได้ในระยะยาวได้โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Mubashra, et al. (2016) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังจากให้โปรแกรม เพื่อเพิ่มความร่วมมือจากการใช้ยาอย่างต่อเนื่องโดยเภสัชกรพบว่า ความร่วมมือของการใช้ยา มีระดับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง และมีการลดลงของระดับน้ำตาลสะสม ในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง เป็นต้น



2337265836

UP-Thesis 61351477 independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

การรับรู้อุปสรรคการบริโภคอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีการรับรู้อยู่อุปสรรคของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ความสามารถในการค้นหาหรือหลีกเลี่ยงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองได้ไม่ดี เมื่อไม่สามารถรับรู้และหลีกเลี่ยงอุปสรรคของตนเองได้จะเป็นผลทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมสอดคล้องการศึกษาของปิยะวดี ทองโปร่ง (2561) พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำจะมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีได้น้อยกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่สูง ซึ่งเป็นผลมาจาก การที่ไม่มีอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพต่าง ๆ จึงทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของจักรกฤษณ์ วังราษฎร์; สุวินัย แสงโย และ กัญญาณัฐ อุ่มมี (2561) ที่พบว่าการมีอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่สูงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการท้อแท้ ขาดแรงจูงใจรู้สึกว่ามีเรื่องยุ่งยากในชีวิตทำให้หมดกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งผลให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา

1. ด้านปัจจัยทั่วไป

จากผลการศึกษาพบว่า เพศ ชายสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าเพศหญิง อธิบายได้ผลการศึกษา ว่าเพศชายมีกิจกรรมทางกายที่มากกว่าเพศหญิงดังนั้นควรส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมที่เกิดการใช้พลังงานและมีความเฉพาะในกลุ่มประชากรเพศหญิงเพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่งหรือพฤติกรรมการใช้พลังงานต่ำในเพศหญิง

2. ด้านปัจจัยภายในความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลคือความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะการที่มีความรอบรู้ระดับปานกลางจนถึงระดับสูงขึ้นไปจะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นดังนั้นควรเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีระดับสูงขึ้นโดยเฉพาะในด้านทักษะดังต่อไปนี้

2.1 การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ การเพิ่มการกระจายและสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพให้ทั่วถึงผู้ป่วยโดยมีบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน เช่น การกระจายเสียงวิทยุถึงวิธีการปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลเป็นประจำทุกสัปดาห์ หรือการมีผู้ดูแลสอบถามทบทวนความรู้ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเคยได้รับ โดยข้อมูลทางสุขภาพนั้นจะถูกปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ วิธีชีวิตหรือลักษณะของผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการรับข้อมูลข่าวสาร

2.2 มีการปรับปรุงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานให้ทันสมัยและถูกต้อง ให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อเป็นการปรับปรุงข้อมูลให้นำเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ปฏิบัติหรือนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น ข้อมูลโภชนาการอาหารของ ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ในท้องตลาดซึ่งผู้บริโภคควรมีข้อมูลเหล่านี้ หรือได้รับการสื่อสารข้อมูลเหล่านี้ในพื้นที่ของตนเองเพื่อประกอบการตัดสินใจบริโภคเป็นต้น

2.3 การเพิ่มทักษะการรู้เท่าทันสื่อโดยวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ทางโฆษณาโดยบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือการให้ข้อมูลข่าวสารที่มีความถูกต้องแก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันมีการโฆษณาที่หลายหลายซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ผลิตภัณฑ์ที่มีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องสื่อสารถึงข้อมูลข้อเท็จจริงของผลิตภัณฑ์เหล่านี้โดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเพื่อความสะดวกและความถูกต้องเหมาะสมต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการรักษาตนเองตามแผนการรักษาของตนเองอย่างเคร่งครัด

อุปสรรคในการศึกษา

1. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 60.6 ปี และมีปัญหาในเรื่องทักษะการอ่านการตีความ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการสื่อสารการทำแบบสอบถาม ทำให้ใช้เวลานานในการเก็บตัวอย่างและส่งผลต่อการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพอีกด้วย
2. เนื่องจากการตรวจเก็บผล HbA1c สามารถทำได้ครั้งเดียวต่อปีเพราะข้อจำกัดในการงบประมาณซึ่งจะทำในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่เกิดการตระหนักในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และเน้นไปที่พฤติกรรมดูแลตนเอง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจัดการใจ การรับประทานยา เป็นต้น

2. ศึกษาการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นรูปธรรม โดยการศึกษาความร่วมมือของภาคงานอื่น ๆ
3. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพ
4. มีการศึกษาในเชิงลึกด้านพฤติกรรมสุขภาพแวดล้อมส่วนบุคคลและปรับการให้บริการเป็นเฉพาะบุคคลเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด



2337265836

บรรณานุกรม

- American Diabetes Association. (2017). **Standards of Medical Care in Diabetes 2017**. Retrieved June 20, 2020, from https://professional.diabetes.org/files/media/dc_40_s1_final.pdf.
- Badedi, M., Solan, Y., Darraj, H., Sabai, A., Mahfouz, M. and Alamodi, S. (2016). Factors associated with long term control of type 2 Diabetes Mellitus. **Journal of Diabetes Research**, 2016(2), 1–8.
- Habtamu Wondifraw Baynest. (2015). Classification, Pathophysiology, Diagnosis And Management Of Diabetes Mellitus. **Journal of Diabetes and Metabolism**, 6(5), 1–9.
- International Diabetes Federation. (2015). **Diabetes Atlas, 7th Edition**. Retrieved June 20, 2020, from <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition.html>.
- Kasper, O., Anne, L., F., R., Lene, J., Martin, R., Lars, K. and Helle, T., M. (2017). Higher health literacy is associated with better glycemic control in adults with type 1 diabetes: a cohort study among 1399 Danes. **BMJ open Diabetes Research and Care**, 5(1), 1–8.
- Khoda, M., M.,E., Shimu, I., J., Mitra, P., Hossain, M., J., Sarkar, M., A.,S. and Saha, A., K. (2018). Modifiable factors associated with uncontrolled type 2 Diabetes Mellitus: Experience in a tertiary care hospital of Bangladesh. **Birdem Medical Journal**, 8(3), 229–234.
- Kimberley, L. W., Daniel, A. H., Michael, K., B. and Jonhson, N. A. (2016). The Effect of Regular Exercise on Insulin Sensitivity in Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Diabetes and Metabolism Journal**, 40, 253–271.
- Mubashra, B., Adliah, M., A., Mohd M., B. and Norlaila, M. (2016). Impact of a pharmacist led diabetes mellitus intervention on HbA1c, medication adherence and quality of life: A randomised controlled study. **Saudi Pharmaceutical Journal**, 24, 40–48.

- Nutbean, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. **Health Promotion International**, 15(3), 59–267.
- Peduzzi, i. P., Concato, J., Concato, J., Holford, T., R. and Feinstein, A. R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. **J Clin Epidemiol**, 49(12), 1373–1379.
- Pratoom, S., Paranee, V., Supreya, T. and Phisan, C. (2018). An Education Intervention for Medication Adherence in uncontrolled Diabetes in Thailand. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, 22(2), 144–155.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. and Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. **Health Education Quarterly**, 15(2), 175–183.
- Sheila, D. and Warot, S. (2014). The association between the measurement of adherence to anti-diabetes medicine and the HbA1c. **International Journal of Clinical Pharmacy**, 36(3), 488–497.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. and Slonska, Z. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, 12(1), 1–13.
- Tefera, K., Tesfahun, E. and Hailay, G. (2016). Factors associated with glycemic control among adult patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional survey in Ethiopia. **Biomed Central Research Notes**, 9(78), 1–6.
- Wichai Akeprakorn, Valla Tantayotai, Sakawduan Numsangkul, Wilarwan Sripho, Nuchanat Tatsato, Tuanjai Burapasirawat, et al. (2015). Detecting Prediabetes and Diabetes: Agreement between Fasting Plasma Glucose and Oral Glucose Tolerance Test in Thai Adults. **Journal of Diabetes Research**, 2015.
Retrieved June 20, 2020, from <https://doi.org/10.1155/2015/396505>
- World Health Organization. (2016). **Global report on diabetes**. France: MEO Design & Communication, meomoe.ch.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน**. สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2564, จาก <https://dmthai.org/index.php/knowledge/healthcare-providers/cpg/443-guideline-diabetes-care-2017>

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). **กลยุทธ์สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์(กรุงเทพ).
- กัณทิมา อยู่ร่วม, รุ่งระวี นาวิเจริญ และนชลักษณ์ เอื้อกิจ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของข้าราชการตำรวจที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้. **วารสารพยาบาลตำรวจ**, 10(1), 41-50.
- กุสุมา กังหลี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 15(3), 256-268.
- เกษร มั่นคง, นิภา กิมสูงเนิน และอำภาพร นามวงศ์พรหม. (2559). เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 17(3), 54-62.
- ขวัญเรือน กาวีทุ และชนิดา มัททวงกูร. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม. **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม**, 20(38), 82-95.
- คณะผู้วิจัย รพสต.ท่าข้าม. (2560). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่**. สืบค้นเมื่อ 24 พฤษภาคม 2563, จาก <http://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180316191617.pdf>.
- จักรกฤษณ์ วัชรราชกูร์, สุวินัย แสงโย และกัญญาณัฐ อุ้มมี. (2561). อุปสรรคในการดำเนินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. **วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต**, 6(2), 351-361.
- จิรัชค วีระสย. (2561). ว่าด้วยทฤษฎีการหน้าที่ประโยชน์ (Functionalism) ในสังคมวิทยา FUNCTIONALISM IN SOCIOLOGY. **วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์**, 7(2), 260-272.
- จิราพร กันบุญ. (2547). **อุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ณิชากรีย์ ใจคำวัง. (2558). พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง:
กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยาง จังหวัดสุโขทัย.

วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต, 3(2), 173-184.

ดวงกมล ศรีประเสริฐ. (2561). อารมณ์แพทย์และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย.

วารสารธรรมศาสตร์, 37(1), 75-95.

ดวงใจ พันธุ์อารีวัฒนา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสม

ในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลบางแพะ จังหวัดราชบุรี.

วารสารแพทย์เขต 4-5, 37(4), 294-305.

ดวงมณี วิยะทัศน์ และอุไร ศิลปะกิจโกศล. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่ม

เรียนรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเบาหวาน

โรงพยาบาลพนมสารคาม. **วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย**,

5(2), 39-54.

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และวิชชุดา เจริญกิจการ. (2559). **ความร่วมมือในการใช้ยา;**

จากทฤษฎีสู่งานวิจัย. สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2563, จาก

<https://ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/km/59/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%9B%E0%B8%9C%E0%B8%A5%20KM%20%20%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%A3%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C%2059.pdf>.

ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, 12(3), 512-522.

นุชรารัตน์ เลี้ยงรื่นรมย์ และคณะ. (2560). คนไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอตามเกณฑ์หรือไม่:

ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558.

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(2), 205-220.



- นุสรรา วิโรจนัญญา. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. **วารสารวิชาการแพทย์เขต 11**, 31(1), 41-48.
- ปิยะวดี ทองโปร่ง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 2(4), 9-22.
- พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. **วารสารสุขภาพ พลศึกษา และสหนาการ**, 46(2), 68-79.
- พนิตนันท์ วงศสุวรรณ. (2560). การพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยาและพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. **วารสารพยาบาลและการศึกษา**, 10(1), 90-104.
- พัชรียา อัมพุก และสิริมา วงษ์พล. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2. **ศรีนครินทร์วารสาร**, 31(5), 305-313.
- วรรณ คล้ายหงส์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และวิราพรธณ วิโรจน์รัตน์. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 21(1), 65-75.
- วรรณกร พลพิชัย. (2561). **คุณภาพชีวิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชาวประมงในจังหวัดตรัง**. สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2563, จาก <https://riss.rmutsv.ac.th/upload/doc/201911/PRJdBYiKOUwZOfvJHDjB/PRJdBYiKOUwZOfvJHDjB.pdf>.
- วรรณรัตน์ รัตนวรางค์ และวิทยา จันทร์ทา. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา**, 24(2), 34-51.
- วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. **วารสารแพทยนาวิ**, 44(3), 183-197.



2337265836

วันเพ็ญ นาสอนใจ. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์.

วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 32(2), 1005–1014.

วิพาพร อุดมมะ. (2560). การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในรพ.สต. อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิชาการแพทย์เขต 11**, 31(4), 577–588.

สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ และอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2561). พฤติกรรมการควบคุมอาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้และควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ได้.

วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 11(1), 32–49.

สุชานันท์ แก้วสุข. (2563). สัดส่วนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัวนครนนท์ 1. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว(PCFM)**, 3(3), 59–72.

สุปรียา เสียงตั้ง. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**, 4(1), 191–204.

อธินันท์ ชัญญาวงศ์ศักดิ์; สุภมัย สุนทรพันธ์ และสุมาลี วังธนากร. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นกะและปัจจัยอื่น ๆ กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. **เวชสารแพทย์ทหารบก**, 72(3), 165–176.

อภิวันท์ เจริญวัฒน์. (2561). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในสถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองมะสง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี.

วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8(3), 441–449.



2337265836

ภาคผนวก



2337265836

UP Theses 61351477 independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม

แบบสอบถาม ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

- ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ต่ำกว่าปริญญาตรี 2. ปริญญาตรี
3. สูงกว่าปริญญาตรี 4. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. น้ำหนัก..... ส่วนสูง.....(BMI)

6. ท่านมีโรคประจำตัวอื่น ๆ หรือไม่

1. ไม่มี 2. มีโรคประจำตัว โปรดระบุ.....

7. ระยะเวลาการเป็นโรคจากการเริ่มวินิจฉัยของแพทย์ ปี

8. ท่านได้รับการดูแลภายใต้ Care giver หรือ ผู้ดูแลหรือไม่

1. ใช่ เป็นระยะเวลาปี.....เดือน
2. ไม่ใช่

9. ค่า HbA1C ครั้งล่าสุด

10. การได้รับสุขศึกษาเรื่องการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาตนเอง

1. ไม่เคยได้รับการแนะนำหรือการให้สุขศึกษา
2. เคยได้รับการแนะนำหรือการให้สุขศึกษา อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง
3. เคยได้รับการแนะนำหรือการให้สุขศึกษา มากกว่า 2 ครั้งต่อปีขึ้นไป ระบุจำนวน
 อย่างคร่าว..... ครั้ง

หมายเหตุ

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายมากกว่าร้อยละ 7

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2.1 แบบทดสอบความรู้ทั่วไป ความเข้าใจทางด้านสุขภาพต่อโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดเลือกข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวจากตารางด้านขวามือของท่าน

คำถามเกี่ยวกับความรู้โรคเบาหวาน	ไม่ใช่	ใช่
1. การรับประทานอาหารหวานและไม่ออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน		
2. ผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลความสะอาดหน้าท้องและหลังเป็นพิเศษมากกว่าแผลและศีรษะ		
3. ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อรู้สึกชาที่เท้าควรระวังการเกิดบาดแผลที่เท้าเป็นพิเศษ		
4. การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้		
5. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธีของผู้ป่วยโรคเบาหวานช่วยให้ไม่เกิดแผลที่เท้า		
6. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน เป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้		



2337265836

2.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความรอบรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อเดือน)	ปฏิบัติ บางครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
<p>2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน</p> <p>2.1. เมื่อท่านต้องการข้อมูลของโรคเบาหวาน ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพของท่านได้เช่น ถามผู้รู้ ดูจากสื่อ อ่านหนังสือ หรือค้นอินเทอร์เน็ต</p>					
<p>2.2 ท่านตรวจสอบ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเอง ในด้านอาหาร การออกกำลังกาย หรือการเข้ารับบริการสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นถูกต้องหรือน่าเชื่อถือ</p>					
<p>3. การสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน</p> <p>3.1 เมื่อ ท่าน พัง คำแนะนำ เรื่องโรคเบาหวาน จากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ท่านรู้สึกเข้าใจเนื้อหา นั้น ๆ</p>					
<p>3.2 ท่านสามารถอธิบายเรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ให้คนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง ได้อย่างเข้าใจ</p>					
<p>3.3 ท่านสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง</p>					



2337265836

UP-Thesisis 61351477 independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37

<p>ความรอบรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย โรคเบาหวาน</p>	<p>ไม่ปฏิบัติ เลย</p>	<p>ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อ เดือน)</p>	<p>ปฏิบัติ บางครั้ง (1-3 ครั้งต่อ สัปดาห์)</p>	<p>ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (4-6 ครั้ง ต่อสัปดาห์)</p>	<p>ปฏิบัติ เป็นประจำ ทุกวัน</p>
<p>4. การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 4.1 ท่านมีการสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร ที่รับประทานให้เหมาะสมกับภาวะโรคของตนเองได้</p>					
<p>4.2 ท่านสามารถตั้งเป้าหมายและวางแผนการออกกำลังกายพร้อมทั้งปฏิบัติตามแผนนั้นได้</p>					
<p>4.3 ท่านมีการป้องกันและระมัดระวังในการเกิดแผลที่เท้าเป็นอย่างดี</p>					
<p>5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศที่ให้ข้อมูลโรคเบาหวาน 5.1 เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าที่มีผลต่อโรคเบาหวานจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ท่านสามารถหาข้อมูลจากแหล่งอื่นประกอบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ</p>					
<p>5.2 ท่านใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการเลือกรับข้อมูลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคเบาหวานจากสื่อต่าง ๆ ก่อนที่จะปฏิบัติตาม</p>					



2337265836

2.3 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
คำชี้แจง โปรดเลือกข้อคำตอบของท่านเพียงข้อเดียวในช่องทางขวามือ

คำถามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	ไม่ใช่	ใช่
1. ถ้าท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านญาติ แล้วได้รับการเชิญให้กินอาหารประเภทหวานหรือมันจนเกินไป เช่น ฝอยทอง หรือของทอด ท่านจะตัดสินใจ กินตามคำเชิญนั้นแต่กินในปริมาณที่น้อย		
2. หากท่านและเพื่อนของท่านออกกำลังกายเป็นประจำ แต่วันหนึ่งมีเพื่อนบอกว่าไม่อยากออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะไปออกกำลังกายเพียงลำพังแม้ว่าจะไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกายแล้วก็ตาม		
3. หากท่านมีแผลที่เท้าถลอกเล็กน้อย ท่านจะตัดสินใจดูแลแผลที่เท้าโดยการ ทำแผลและซื้อยาแก้แสบมาทานเอง		

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติและปัจจัยภายนอกที่ปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

พฤติกรรมการปฏิบัติและปัจจัยภายนอก	ไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร			
1. ท่านรับประทานอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ ตรงเวลา			
2. ท่านรับประทานผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักคะน้า ผักบุ้งกวาดตุง กะหล่ำปลี ผักโขม บล๊อคโคลี ชะอม			
3. ท่านรับประทานอาหารว่างหรือขนม ของจุกจิบระหว่างมื้อ			
4. ท่านไม่ดื่ม น้ำอัดลม โอเลี้ยง ชา กาแฟ หรือนมข้นหวาน			
5. ท่านดื่มสุราเบียร์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			

พฤติกรรมกรปฏิบัติและปัจจัยภายนอก	ไม่ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติเป็น ประจำ
พฤติกรรมกรออกกำลังกาย 1. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที เช่น การเดินการขี่จักรยาน แอโรบิกเบา ๆ รำมวยจีน ภายบริหาร เต้นรำ รำไม้พลอง			
2. ท่านออกกำลังกายโดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย เช่นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อออกกำลังกาย ต่อเนื่องและการผ่อนคลายก่อนหยุด			
3. ท่านออกกำลังกายหลังอาหารมื้อหลักทันที			
4. ท่านออกกำลังกายกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ภูบ้านจนเหงื่อออก ทำสวน เดินอย่างน้อย 20 นาที			
5. ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งไม่เกินครั้งละ 30 นาที			
พฤติกรรมกรจัดการความเครียด 1. ท่านมีการจัดการความเครียด เช่น การฝึกลมหายใจ การนั่งสมาธิ การละหมาด ดูทีวี ฟังเพลงคุยกับเพื่อน			
2. ท่านสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีสติ			
3. เมื่อท่านเครียด ท่านจะหมกตัวอยู่คนเดียว			
4. ท่านจะปรึกษาปัญหาสุขภาพและปัญหาทั่วไปกับเพื่อน คู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ			
5. ท่านจะวิตกกังวลในเรื่องการงาน การเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย			
พฤติกรรมกรรับประทานยา 1. ท่านรับประทานยาเบาหวานตามคำแนะนำของแพทย์			

พฤติกรรมกรปฏิบัติและปัจจัยภายนอก	ไม่ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติเป็น ประจำ
2. ท่านรับประทานยาเบาหวานตรงตามเวลา			
3. ท่านขอชิมยารักษาโรคเบาหวานของเพื่อนเมื่อยาทานหมด			
4. ท่านไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง			
5. ท่านใช้ยาต้มหรือสมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา Morisky medication adherence scale

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างขวามือ ที่คิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงช่องเดียว

พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา	ไม่ใช่	ใช่
1. บางครั้งท่าน <u>ลืม</u> รับประทานยารักษาโรคเบาหวานหรือไม่		
2. เมื่อวานนี้ท่านรับประทานยารักษาโรคเบาหวานหรือไม่		
3. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่าน <u>เคยลืม</u> รับประทานยารักษาโรคเบาหวานหรือไม่		
4. ท่านเคยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานทานยารักษาโรคเบาหวานเองโดย <u>ไม่ได้</u> บอกแพทย์เนื่องจากท่านรู้สึกอาการแย่ลงหลังจากรับประทานยา		
5. เมื่อท่านต้องเดินทางหรือไปข้างนอกบ้าน บางครั้งท่าน <u>ลืม</u> เอายารักษาโรคเบาหวานของท่านไปด้วยหรือไม่		
6. บางครั้งท่านเคย <u>หยุดรับประทาน</u> ยารักษาโรคเบาหวานหรือไม่ เมื่อท่านรู้สึกว่าอาการโรคเบาหวานของท่านควบคุมได้แล้ว		
7. ท่าน <u>รู้สึกยุ่งยาก</u> หรือไม่สะดวกในการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดตามแผนการรักษาและรับประทานยารักษาโรคเบาหวานทุกวัน		
8. บ่อยแค่ไหน ที่ท่าน <u>รู้สึก</u> ว่าการจดจำรับประทานทั้งหมดให้ครบถ้วน ทำให้ยุ่งยาก		



2337265836

พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา	ไม่ใช่	ใช่
<input type="checkbox"/> 8.1 ไม่รู้สึกหรือแทบจะไม่รู้สึกว่ามีความยุ่งยากในการจดจำยาที่ใช้ (หรือมี 0 ถึง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.2 รู้สึกว่ายุ่งยากบ้างเล็กน้อย ในการจดจำวิธีการทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 1 ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.3 รู้สึกว่ายุ่งยากปานกลาง ในการจดจำวิธีการทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.4 รู้สึกว่ายุ่งยากเป็นประจำ ในการจดจำวิธีการทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 5 ถึง 6 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.5 รู้สึกว่ายุ่งยากทุกครั้งหรือตลอดเวลา ในการจดจำวิธีการทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (มีความยุ่งยากทุกวัน จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างมาก	เห็นด้วย อย่าง มาก ที่สุด
อุปสรรคของการบริโภคอาหาร					
1. การติดในรสชาติหวาน เช่น การใช้น้ำตาลปรุงอาหาร					
2. การบังคับใจตนเองไม่ได้					
3. การรับประทานอาหารนอกบ้านเนื่องจากเข้านาน ลังคม เช่น งานเลี้ยง					
อุปสรรคของการออกกำลังกาย					
1. ไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงานตลอดทั้งวันหรือจัดการเวลาไม่เหมาะสม					

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างมาก	เห็นด้วย อย่าง มาก ที่สุด
2. เกิดความเมื่อยล้าจากการทำงาน					
3. มีข้อจำกัดสุขภาพทางกายเช่น ปวดเข่า					
อุปสรรคของรับประทานยา					
1. อาชีพไม่หมุนเสริม เช่นกลับบ้านไม่ตรงเวลาทำให้ต้องเลื่อนเวลาการทานยาและทานอาหารออกไป					
2. มีความเข้าใจเรื่องยาไม่ถูกต้อง (หยุดยาเองเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น)					
3. หน้าของเขียนไม่ชัดเจนหรือตัวหนังสือมีขนาดเล็ก					
อุปสรรคของแรงสนับสนุนจากครอบครัว					
1. สมาชิกในครอบครัวให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามปกติ โดยไม่ได้แยกสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน					
2. สมาชิกในครอบครัวไม่มีการออกความคิดเห็นต่อการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วย					
3. บุคคลในครอบครัวดูแลและให้กำลังใจ เมื่อรู้ว่าท่านป่วยเป็นโรคเบาหวาน					



2337265636

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	ณัฐราช ะราช
วัน เดือน ปี เกิด	1 ตุลาคม 2528
สถานที่เกิด	น่าน
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2555 ท.บ.(ทันตแพทยศาสตร์), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่
ที่อยู่ปัจจุบัน	36 หมู่ 1 ตำบลห้วยข้าวเก่า อำเภอจุน จังหวัดพะเยา
ผลงานตีพิมพ์	ณัฐราช ะราช. (บรรยาย). (28 มกราคม 2564). ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานในโรงพยาบาลจุน. ใน ประชุมวิชาการระดับชาติพะเยาวิจัย ครั้งที่ 10. (หน้า 2034-2046). พะเยา: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยพะเยา.
รางวัลที่ได้รับ	-



2337265836

UP-Thesjs 61351477 independent study / recv: 03102564 16:37:48 / seq: 37