

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใน
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัด
เชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
กันยายน 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่
พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย



สมปรารถนา ทราชมอ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

กันยายน 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

FACTORS AFFECTING SELF-MANAGEMENT IN CONTROLLING BLOOD SUGAR LEVELS
AMONG ETHNIC GROUPS PATIENTS WITH NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES
MELLITUS , MAE SAI DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE



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

September 2022

Copyright 2022 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่
พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ของ สมปรารถนา ทราชมอ

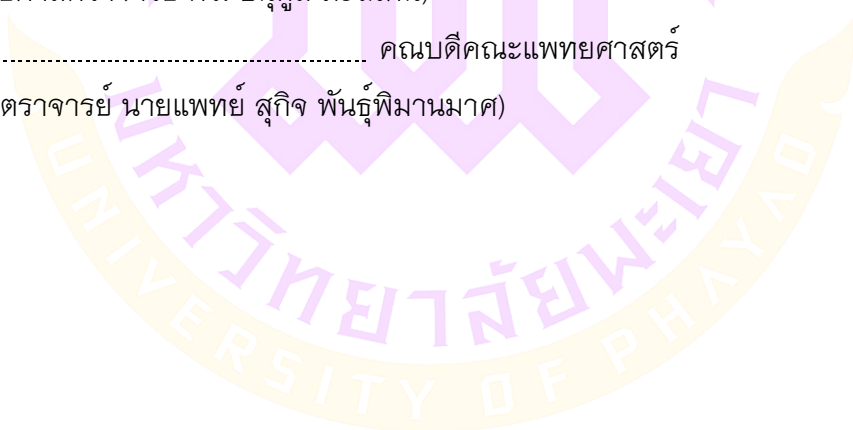
ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แผลมหลัก)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
(ดร. สุทธิชัย ศิรินวล)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อนุกุล มะโนทน)

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุกิจ พิพิธพิมานมาศ)



- เรื่อง:** ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
- ผู้ศึกษาค้นคว้า:** สมปรารถนา ทราชมอ, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2565
- อาจารย์ที่ปรึกษา:** ดร. สุทธิชัย ศิรินวนล
- คำสำคัญ:** โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน, กลุ่มชาติพันธุ์, การจัดการตนเอง

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ และเพื่อศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ.แม่สาย จ.เชียงราย กลุ่มตัวอย่าง 192 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูล 1 กุมภาพันธ์ – 28 กุมภาพันธ์ 2565 ในพื้นที่ อ.แม่สาย จ.เชียงราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple regression ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง (76.0%, 75.0%) และการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง (51.0%, 52.6%) ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองมี 3 ปัจจัยคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน ($p < 0.001$) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($p < 0.001$) และการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน ($p = 0.001$) เขียนเป็นสมการในการทำนายดังนี้ คือ คะแนนการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน = $45.488 + 0.703$ (การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน) + 0.707 (ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน) + 0.615 (การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน) ได้ 33.9% ($\text{Adj.}R^2 = 0.339, p < 0.001$) ผลการศึกษาที่ได้ควรใช้ในการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่อไป

Title: FACTORS AFFECTING SELF-MANAGEMENT IN CONTROLLING BLOOD SUGAR LEVELS AMONG ETHNIC GROUPS PATIENTS WITH NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS , MAE SAI DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE

Author: Sompradthana Saimor, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2022

Advisor: Dr. Suthichai Sirinual

Keywords: non-insulin dependent diabetes mellitus ethnic groups self-management

ABSTRACT

This cross sectional descriptive study aimed to study self – management on glycemic control among ethnic non- insulin dependent diabetic patients and identify factors affecting self-management on glycemic control among ethnic non-insulin dependent diabetic patients, Mae Sai District, Chiang Rai Province. 192 participants were selected by using systematic random sampling. Data were collected by questionnaires between February 1, 2022–February 28, 2022, analyzed by multiple regression. The results revealed that most of them had self-management in eating and taking medicine at high level (76.0%, 75.0%), self – management in exercise and stress at moderate level (51.0%, 52.6%). There were 3 factors affecting self – management included self –efficacy in diabetes self – management ($p < 0.001$), knowledge of diabetes ($p < 0.001$) and perceived benefits in diabetes self-management ($p = 0.001$). The predictive equation was diabetes self – management score= $45.488+0.703(\text{self – efficacy in diabetes self – management}) +0.707(\text{knowledge of diabetes}) +0.615 (\text{perceived benefits in diabetes self – management})$. Therefore, service unit should apply the finding to plan for problem solving as increases self – efficacy in diabetes self – management, knowledge of diabetes and perceived benefits in diabetes self – management among ethnic non- insulin dependent diabetic patients.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์จากอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ดร. สุทธิชัย ศิริฉนวน อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ให้คำแนะนำให้คำปรึกษาตลอดการศึกษาค้นคว้า อีกทั้งให้การติดตามแก้ไขงานวิจัยให้มีความถูกต้องสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยเฉพาะอาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาสาขาวิชานี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนทุกท่านในการอำนวยความสะดวกด้านเอกสาร และด้านอื่น ๆ ด้วยความเต็มใจเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว เพื่อนร่วมงานทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็นกำลังใจสำคัญในการทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สมปรารถนา ทราชมอ



สารบัญ

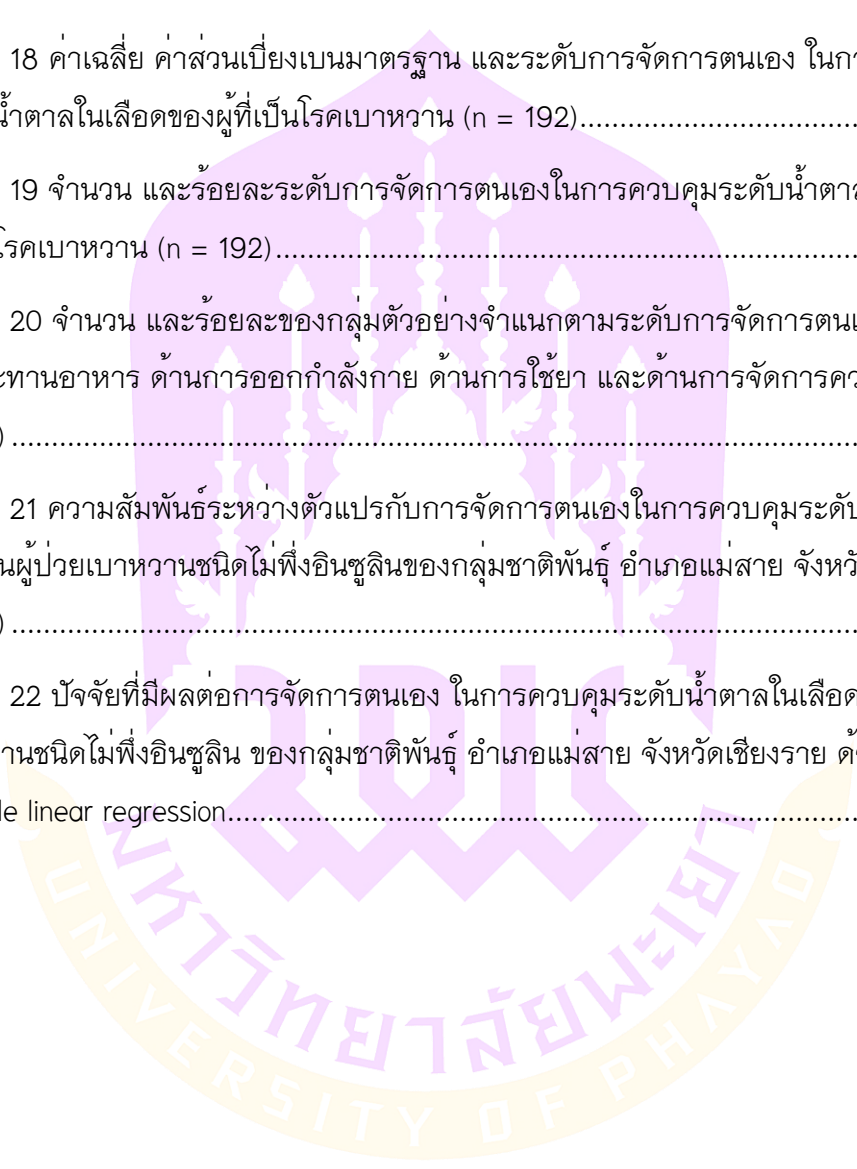
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมุติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์การวิจัย	8
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
กลุ่มชาติพันธุ์	11
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	20
การจัดการตนเอง	29
แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	44
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล.....	73
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	75
ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน.....	78
ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน.....	79
ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน.....	80
ส่วนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน.....	81
ส่วนที่ 7 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน.....	83
ส่วนที่ 8 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน.....	84
ส่วนที่ 9 การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน... ..	86
บทที่ 5 บทสรุป.....	94
สรุปผลการวิจัย.....	94
อภิปรายผลการวิจัย.....	99
ข้อเสนอแนะ.....	110
บรรณานุกรม.....	113
ภาคผนวก.....	120
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม.....	121
ประวัติผู้วิจัย.....	134

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การแปลผลระดับพลาสมากลูโคส และ A1C เพื่อการวินิจฉัย	26
ตาราง 2 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ	43
ตาราง 3 จำนวน และร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 192).....	73
ตาราง 4 ร้อยละรายชื่อเกี่ยวกับความรู้โรคเบาหวาน (n = 192).....	75
ตาราง 5 จำนวน และร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (n = 192)	77
ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคเบาหวาน (n = 192).....	78
ตาราง 7 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน (n = 192).....	78
ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (n = 192)	79
ตาราง 9 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (n = 192)	80
ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน (n = 192).....	80
ตาราง 11 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเอง ต่อโรคเบาหวาน (n = 192).....	81
ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้อุปสรรคของการรักษา โรคเบาหวาน (n = 192)	82
ตาราง 13 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน (n = 192).....	82
ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน (n = 192).....	83
ตาราง 15 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน (n = 192)	84

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 192).....	85
ตาราง 17 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 192).....	86
ตาราง 18 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (n = 192).....	86
ตาราง 19 จำนวน และร้อยละระดับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 192).....	89
ตาราง 20 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการจัดการความเครียด (n = 192)	89
ตาราง 21 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย (n = 192)	90
ตาราง 22 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ด้วยสถิติ Multiple linear regression.....	92



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงโครงสร้างแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ	44
--	----



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อที่ตับอ่อน ซึ่งไม่สามารถผลิต หรือหลั่งฮอร์โมนอินซูลินออกมา โดยฮอร์โมนอินซูลินนั้น จะทำหน้าที่ควบคุมการนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานในร่างกาย จึงทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าปกติ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพ และคณะ, 2560) พบได้ในทุกประเทศทั่วโลก และมีแนวโน้มของการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก และทวีความรุนแรงกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขของหลายประเทศ ต้องอาศัยการควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ องค์การอนามัยโลก ได้จัดแบ่งโรคเบาหวานออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus, T1DM) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus, T2DM) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM) และโรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (specific types of diabetes due to other causes) เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ๆ หรือมีอาการ และอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2560)

จากข้อมูลของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบได้เพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด และผู้ป่วยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเรื้อรังตามมาในระยะยาว ดังนั้นจึงส่งผลให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบมากที่สุดในประเทศไทย ถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด พบได้ทั้งในเพศชาย และเพศหญิง มักพบในผู้ใหญ่ อันมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย มีน้ำหนักเกิน หรืออ้วน กรรมพันธุ์ และโดยเฉพาะพฤติกรรม

สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไป (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2560)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติได้ หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ย่อมมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ และเสียชีวิตได้ การรักษาโรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมอยู่ได้ตามกำหนด เพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2560) โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องรักษาตลอดชีวิต เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ปกติ เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดตลอดเวลาโดยการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การกินยา และการจัดการกับความเครียด สิ่งที่สำคัญที่สุด คือผู้ป่วยเองต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลรักษาตนเอง (วรวรรณ คำหล้า และคณะ, 2560) แต่การลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานไม่ใช่เพียงแค่การไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเท่านั้น ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นหัวใจสำคัญ คือ ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษา มีความรู้ และทักษะการดูแล และการจัดการตนเองอย่างถูกต้องเพื่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง และเพื่อเพิ่มคุณภาพของชีวิต ทำให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานได้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2560) การจัดการตนเองจึงเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จะจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยการสนับสนุนของทีมสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการตนเอง (Powers et al., 2016) รวมถึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุม หรือลดผลกระทบจากโรค หรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และการคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข (Wattana et al., 2007)

สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF 2562) ประเมินว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวาน 463 ล้านรายทั่วโลก ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 9.3 คาดว่าจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั้งหมดจะเพิ่มขึ้นเป็น 578 ล้านคน

ภายในปี 2573 และเพิ่มเป็น 700 ล้านคนภายในปี 2588 สำหรับประเทศไทย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2558 – 2562 มีจำนวน 802,087 คน 840,489 คน 876,970 คน 941,226 คน และ 1,002,310 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานครสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 36.5 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (กรมควบคุมโรค, 2562) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งพบมากที่สุดในประเทศไทย

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ที่มีภูมิศาสตร์อยู่ทางเหนือสุดของประเทศไทย ท่าเลขที่ตั้งของจังหวัดเชียงรายอยู่บริเวณรอยต่อระหว่าง 3 ประเทศ คือ ประเทศไทย พม่า และลาว จังหวัดเชียงรายนั้นมีเอกลักษณ์เฉพาะทั้งด้านภาษา อาหาร ศิลปะ และประเพณีวัฒนธรรม และมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์รูปแบบล้านนาผสมผสานกัน (ศาลากลางจังหวัดเชียงราย, 2555) และจากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขเชียงราย ได้รายงานไว้ว่า สถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดเชียงราย ในปี 2563 จากการคัดกรองสุขภาพประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป จำนวน 470,690 คน พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงถึงร้อยละ 9.6 จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง 2563 พบว่าผู้ป่วยสะสมด้วยโรคเบาหวาน 50,808 คน 55,035 คน 58,349 คน และ 60,562 คน ตามลำดับ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 19.88, 25.82, 25.0 และร้อยละ 27.44 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2564) ซึ่งเห็นได้ว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในแต่ละปี และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 40 อย่างไรก็ตามข้อมูลทางด้านโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ยังไม่มีรายงานในกลุ่มประชากรชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง หรือ ชนชาวเขา มี 6 เผ่าหลัก ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง(แม้ว) เย้า(เมี่ยน) ล่าหู่(มุเซอ) อาข่า(อีเกอ) และปะหล่อง(ดาล่าฮัง) และกลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ราบ 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ ไทลื้อ ไทใหญ่ เป็นต้น กลุ่มชาติพันธุ์ มีภาษา วัฒนธรรมและประเพณีที่แตกต่างกันไป จากชนกลุ่มใหญ่ ไปตามแต่วิถีดั้งเดิมที่บรรพบุรุษได้ปฏิบัติสืบทอดกันมา กลุ่มชาติพันธุ์ที่หลากหลายเหล่านี้ส่วนใหญ่ผสมกลมกลืนภายใต้นโยบายบูรณาการของรัฐ และมีฐานะเป็นพลเมืองของรัฐไทย (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2564) ซึ่งวิถีชีวิตของกลุ่มชาตินั้นมีความแตกต่างกันทั้งในด้านวัฒนธรรม ภาษา ประเพณี

ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่มีไขมันสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เป็นต้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม และเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปัจจุบันทำให้คนทุกคนในสังคมมีการเชื่อมโยงกัน ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การสื่อสาร ตลอดจนทั้งการศึกษาทำให้กลุ่มประชากรเหล่านี้ ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม และเศรษฐกิจจากภายนอกหมู่บ้าน อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (รติภาคย์ ตามรภาค, 2561) ระบบสุขภาพไทยจะมีหลักการที่ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพได้ แต่ยังไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ ที่ยังไม่มีสัญชาติ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพอย่างเป็นธรรม ข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย ด้านภาษา ความแตกต่างด้านความเชื่อ วัฒนธรรม ความรู้สึกที่ไม่เท่าเทียม หรือไม่กล้าที่จะเข้ารับบริการสุขภาพ (Tewahido and Berhane, 2017) และจากศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และไม่ได้ มีข้อแตกต่างกันในเนการมีแบบแผนการดำรงชีวิต เช่น การพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง และการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารประจำวัน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย นอกจากนี้การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในกลุ่มผู้เบาป่วยหวานชนิดที่ 2 ของผู้สูงอายุชาเขา (รติภาคย์ ตามรภาค, 2561) สะท้อนให้เห็นปัญหาสุขภาพที่เป็นผลสืบเนื่องจากการจัดการตนเองด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการเข้าถึงจัดระบบบริการสุขภาพด้วย

โรงพยาบาลแม่สาย เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด Middle-level Hospital :M2 ขนาด 120 เตียง ตั้งอยู่ในเขตอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข เป็นอำเภอเหนือสุดของจังหวัดเชียงราย และเหนือสุดของประเทศไทย มีพื้นที่ติดกับชายแดนไทยกับประเทศพม่า (โรงพยาบาลแม่สาย, 2564) ส่งผลให้ผู้มารับบริการโรงพยาบาลแม่สายมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ กลุ่มชาติพันธุ์ในอำเภอแม่สาย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่ราบ ได้แก่ ไทใหญ่ และไทลื้อเป็นหลัก จากฐานข้อมูลประชากรโรงพยาบาลแม่สาย พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ มีจำนวน 29,373 คน คิดเป็นร้อยละ 31.57 ของประชากรอำเภอแม่สายจำแนกเป็น กลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่ จำนวน 23,444 คน กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จำนวน 5,182 คน และกลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ จำนวน 747 คน (งานเวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลแม่สาย, 2564) มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก มีความแตกต่างจากคนไทยทั่วไป ทั้งในด้านเชื้อชาติ ภาษาความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย, 2564) โรงพยาบาลแม่สายเปิดให้บริการคลินิกโรคเบาหวาน

ให้บริการผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ในปี 2564 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และยังรับการรักษายู่ จำนวน 4,653 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ คิดเป็นอัตรา 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์ ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 910 คน โดยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีถึงร้อยละ 46.9 (งานเวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลแม่สาย, 2564) ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะส่งผลให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะต่าง ๆ ได้ ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน นอกจากจะเป็นอันตรายต่อผู้ที่เป็โรคเบาหวานโดยตรงแล้วอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนยังทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ และทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ และอารมณ์ตามมา นอกจากนี้ความเรื้อรังของโรค อาจทำให้ต้องใช้เงินค่ารักษาพยาบาลจำนวนมากส่งผลให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาด้านจิตใจ และปัญหาในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้โรค หรือพยาธิสภาพ กลุกกลามมากขึ้นเป็นวงจรมันสิ้นสุด ด้านผลกระทบต่อครอบครัวจะเห็นได้ว่าทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องนำไปรักษาสมาชิกที่เจ็บป่วย และอาจเป็นภาระสำหรับครอบครัว ที่มีผู้เป็นเบาหวานแล้ว ยังมีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ทำให้สมาชิกอื่นต้องขาดรายได้ตามไปด้วย ส่วนด้านชุมชน และสังคมนั้น โรคเบาหวาน มีผลต่อการใช้งบประมาณของประเทศเพื่อรักษาดูแล และฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นยังต้องใช้ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดการปัญหาเหล่านี้มากขึ้นตามไปด้วย (รัชณี ปลั่งกลาง, 2561) การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นรูปแบบของพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรค หรือความเจ็บปวดของบุคคล ซึ่งต้องอาศัยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเอง สิ่งสำคัญประการหนึ่งของแนวคิดการจัดการตนเอง คือ ความเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ (Embrey, 2006) โดยบุคคลต้องรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ มีความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามเป้าหมาย (efficacy beliefs) และรับรู้ว่าการปฏิบัติที่ตนเองปฏิบัติ นั้นจะส่งผลตามที่ต้องการ (outcome expectation) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยแหล่ง (source) ต่าง ๆ ได้แก่ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบหรือ ประสบการณ์ ของผู้อื่น (vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และสภาวะด้านร่างกาย และอารมณ์ (physiological and effective states) (Bandura, 1997) สรุปได้ว่าการจัดการตนเอง หมายถึง เป็นการปฏิบัติ

กิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อจะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุม หรือลดผลกระทบจากโรค หรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วย มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการ การรักษา ภาวะที่เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งด้าน จิตสังคม จิตวิญญาณ ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับภาวะเรื้อรังรวมถึงส่งเสริมการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ฝึกให้เกิดทักษะ และความสามารถเพื่อลดผลกระทบต่าง ๆ จากภาวะเรื้อรังด้วยตนเอง หรือจากความร่วมมือของครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า หลักการสำคัญประการหนึ่งของการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติให้มากที่สุด อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งการที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้นั้น จะเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ได้แก่ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยาด้านการออกกำลังกาย และด้านการพักผ่อนและขจัดความเครียด ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี แนวคิดที่เหมาะสม และใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ คือ แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (กาญจนา สุขประเสริฐ, 2551) ปัจจุบันนี้มีผู้สนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างกว้างขวาง (ศิริลักษณ์ ฤงทอง, ทิพมาส ชิดวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒน์านนท์, 2554) ส่วนใหญ่ผลการศึกษาแสดงถึงความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนาย ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษา ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ คือ การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรค ในการรักษาโรค (Robinson, Smith and Segal, 2016) ดังนั้นจากข้อมูล และปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงสภาพปัญหา จึงมีแนวคิดที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือไม่ขึ้นอยู่กับ 6 ปัจจัยหลัก โดยอธิบายว่า บุคคลจะมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง หรือ “ ทำอะไรสักอย่าง ” เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพถ้าบุคคลนั้น เชื่อว่าตนมีโอกาสได้รับผลเสีย หรือผลกระทบจากโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้น หรือมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้โอกาส ได้รับผลกระทบ (Perceived susceptibility) เชื่อว่าโรค หรือปัญหาสุขภาพหากเกิดขึ้น จะมีความรุนแรง และอันตราย หรือมีการรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity)

เชื่อว่าการดำเนินการ หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค หรือปัญหาสุขภาพ หรือมีการรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) เชื่อว่าค่าใช้จ่าย และสิ่งที่ต้องลงทุนเมื่อดำเนินการ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อคำนวณแล้วจะน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับหรือมีการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ในระดับที่ควบคุมได้ ได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือมีสิ่งเตือนให้ปฏิบัติ (Cues to action) และมีความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติ หรือเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ หรือมีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) (Karen Glanz, Barbara K. Rimer and Viswanath, 2015) เพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา การดูแลตนเองของกลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน ในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มชาติพันธุ์ที่ขึ้นทะเบียนประวัติ ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่สายในปี 2564 จำนวน 910 คน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง กลุ่มตัวอย่าง 192 คน ดำเนินการช่วงระหว่าง เดือน มกราคม - พฤษภาคม 2565

นียมคัพทการวิจัย

1. โรคเบาหวาน หมายถึง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลิน หรือร่างกายไม่สามารถนำอินซูลินมาใช้ประโยชน์ เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน ก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน หมายถึง บุคคลที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ อันเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

3. กลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึง คนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ที่ได้รับอนุญาตให้อาศัยอยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว ได้แก่ สัญชาติไทลื้อ สัญชาติไทใหญ่

4. การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด

5. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรค

6. ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ที่เป็นเบาหวาน เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ความหมาย กลไกการเกิดโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการ และอาการแสดง การรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

7. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

8. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน ที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตัวในภาวะเจ็บป่วย

9. การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อ ความคิดของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ปัญหาสุขภาพ หรือผลกระทบจากโรคเบาหวาน ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ หรือเสียชีวิตได้

10. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค หมายถึง ความเชื่อ ความคิดของบุคคล มีต่อการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน การปฏิบัติตนขณะป่วย เป็นโรคเบาหวาน โดยการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมจะทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานได้

11. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค หมายถึง ความเชื่อ ความคิดของบุคคล มีต่อการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคล ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

12. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หมายถึง เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคล ให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมาในการปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ แรงสนับสนุน ภายในครอบครัว แรงสนับสนุนจากภายนอก และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ

13. การรับรู้ความสามารถแห่งตน หมายถึง ความมั่นใจว่าตนมีความสามารถ ที่จะปฏิบัติ หรือเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยต่อโรคเบาหวาน

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. ทราบการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอมะสาय จังหวัดเชียงราย

2. ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอมะสาय จังหวัดเชียงราย

3. นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอมะสาय จังหวัดเชียงราย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เป็นการศึกษาระยะเวลาหนึ่งแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ในการศึกษาดังนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร บทความ วารสาร หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มชาติพันธุ์
 - 1.1 กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย
 - 1.2 วิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์
 - 1.3 กลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่
 - 1.4 กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
 - 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
 - 2.2 ความหมายของโรคเบาหวาน
 - 2.3 ประเภทของโรคเบาหวาน
 - 2.4 สาเหตุของโรคเบาหวาน
 - 2.5 อาการ และอาการแสดงของโรคเบาหวาน
 - 2.6 แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่
 - 2.7 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน
 - 2.8 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

3.การจัดการตนเอง

3.1 นิยามของการจัดการตนเอง

3.2 การควบคุมอาหาร

3.3 การออกกำลังกาย

3.4 การรับประทานยา

3.5 การจัดการความเครียด

4. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มชาติพันธุ์

1. กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย

กลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึง กลุ่มชนที่มีความสืบเนื่องทางประวัติศาสตร์กับสังคมไทย มาตั้งแต่อดีต มีความแตกต่างด้านต่าง ๆ และมีวัฒนธรรมประเพณีของตนเอง โดยเป็นกลุ่มชนที่ประชากรมีพันธะเกี่ยวข้องกัน มีลักษณะทางเชื้อชาติวัฒนธรรมประเพณี และภาษาพูดเดียวกันรวมตัวเป็นพหุวัฒนธรรม มุ่งมั่นในการอนุรักษ์พัฒนา และสืบทอดฐานดินแดนของบรรพบุรุษ และอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ของคนสู่คนรุ่นอนาคตนับตั้งแต่อดีตมากกว่าร้อยปีกลุ่มชาติพันธุ์มีความหลากหลาย และกระจายตัวอยู่ในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย โดยข้อมูลของสถาบันวิจัยภาษา และวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดลได้ปี 2547 และข้อมูลของกรมพัฒนาสังคม และสวัสดิการ ปี 2555 มีกลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานกระจายอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ของประเทศไทย จำนวน 67 จังหวัด 56 กลุ่ม มีประชากรรวมประมาณ 6,100,000 คน จำแนกพื้นที่ตามลักษณะการตั้งถิ่นฐานได้ 4 ลักษณะ คือ

1.1 กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง หรือ “ชนชาวเขา” จำนวน 13 กลุ่ม ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง(แม้ว) เย้า(เมี่ยน) ลีซอ(ลีซอ) ล่าหู่(มุเซอ) อาข่า(อีกอ) ลีวะ ถิ่น ขมุจิ้นฮ้อ ตองซุคะฉิ่น และปะหล่อง(ดาลาฮั้ง)

1.2 กลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ราบ จำนวน 38 กลุ่ม ได้แก่ มอญ ไทลื้อ ไทยทรงดำ ไทใหญ่ ไทเขิน ไทยอง ไทหญา ไทยวน ภูไท ลาวครั่ง ลาวแง้ว ลาวกา ลาวดีลาวเวียง แสก เซเร ปรัง บรู(โซ) โซ่ง โซ ทะวัง อิมปีกอง กุลา ซอโอจ(ซอจ) กูย(ส่วย) ญ้อกรู(ชาวบน) ญ้อ โย้ย เขมรถิ่นไทย เวียดนาม(ญวน) เยอหมีซอ(ปีซู) ของกระซอง มลายูกะเลิง และลาวโซ่ง(ไทยดำ)

1.3 กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานในทะเล หรือ “ชาวเล” จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ มอแกนมอแกน และอุรักละโว้ย

1.4 กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในป่า จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ มลาปรี(ตองเหลือง) และซาไก(มันนิ)

2. วิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์

คำว่าชาติพันธุ์ (ethnic) เริ่มปรากฏในภาษาอังกฤษมาตั้งแต่คริสต์ศตวรรษ ที่ 14 ซึ่งมีรากศัพท์ มาจากคำว่า ethnikos ในภาษากรีก (ต่อมาเพี้ยนมาเป็น คำว่า ethnos) โดยในสังคมยุโรปนั้นหมายถึง พวกนอกรีตหรือคนป่าเถื่อน นอกจากนี้ นั้นแล้วยังมีนัยยะของความแตกต่างทางลักษณะสีผิวอยู่ด้วย โดยมีการใช้มาจนถึง ในศตวรรษที่ 19 ต่อมา ในช่วงต้นทศวรรษ 1960 เริ่มปรากฏเป็นคำว่า ethnics ในสหรัฐอเมริกาเป็นคำสุภาพที่ หมายถึง ชาวฮิวอิตาเลียน ไอริช และชาวยุโรปอื่นที่ไม่ใช่ คนอังกฤษซึ่งเป็นคนกลุ่มใหญ่ในสังคมอเมริกา ทั้งนี้ความหมายของการใช้คำนี้ใน บริบทของสังคมอเมริกามีได้เป็นไป ในเชิงลบ อย่างที่ใช้ในบริบทของสังคมยุโรปใน ยุคก่อนหน้านั้น หากแต่หมายถึงกลุ่มคนเชื้อสายอื่น ๆ ที่ด้อยกว่ากลุ่มที่เป็นลูกหลาน ของชาวอังกฤษซึ่งมีอำนาจการครอบงำเหนือกว่าพวกเขา เหล่านั้น เมื่อเรียกเฉพาะ กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจึงใช้คำว่า ethnic group (กลุ่มชาติพันธุ์) ทั้งนี้ เพื่อลดปัญหาการ ฆ่าล้างเผ่าพันธุ์อันเป็นความเชื่อที่เกี่ยวกับสายเลือด ภายหลังสงครามโลก ครั้งที่สอง (ค.ศ. 1945) จึงเปลี่ยนมาใช้คำว่า ethnicity (ชาติพันธุ์สัมพันธ์) ซึ่งมีนัยยะของการจำแนกความแตกต่างของผู้คน และความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนต่าง ๆ ในสังคม โดยพิจารณาจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม และความด้อยกว่าในเชิงอำนาจทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจ หากแต่อาจไม่ใช่ชนกลุ่มน้อยในความหมายที่มีจำนวนประชากร น้อยกว่าในสังคม (Eriksen, 1993)

สำหรับในสังคมไทย นักเขียน และนักวิชาการไทยเริ่มได้รับอิทธิพลในการศึกษาด้านชาติพันธุ์มาจากนักวิชาการตะวันตก โดยในยุคก่อน พ.ศ.2500 มีการใช้ คำว่า “เชื้อชาติ” และ “ชาติ” ดังที่ปรากฏชื่อหนังสือ “เรื่องของชาติไทย” และ “เชื้อชาติภาษา และวัฒนธรรม” ของพระยาอนุমানราชชน กับหนังสือของบุญช่วย ศรีสวัสดิ์ ที่เขียนถึง “๓๐ ชาติในเชียงราย” (บุญช่วย ศรีสวัสดิ์, 2493) ต่อมาในช่วงต้นทศวรรษ 2500 เริ่มปรากฏการใช้คำว่า “ชาวเขา” ที่ใช้โดยนักพัฒนา และนักวิชาการของกรมประชาสงเคราะห์ ในการเรียกกลุ่มคนต่าง ๆ ที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงในภาคเหนือของประเทศไทย (Mai, S.W. and Hinton, P., 1969) กับทั้งนักวิชาการอิสระอย่างบุญช่วย ศรีสวัสดิ์ ที่หมายรวมทั้งกลุ่มคน

บนพื้นที่สูงในภาคเหนือ และเงาะป่า ซาไก กับเขียม้งในภาคใต้ด้วย (บุญช่วย ศรีสวัสดิ์, 2506) เป็นที่น่าสงสัยเกิดว่าคำว่า “ชาวเขา” กับ “ชนกลุ่มน้อย” ถูกใช้อย่างเข้มข้นโดยเจ้าหน้าที่ด้านความมั่นคง และเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ในยุคสงครามเย็นมาจนถึง กลางทศวรรษ 2540 (ขจิตภัย บุรุษพัฒน์, 2526) ขณะที่ปัจจุบันนักวิชาการ ทางด้านมานุษยวิทยาไทย เริ่มเปลี่ยนมาใช้คำว่า “ชาติพันธุ์” กับ “ชาติพันธุ์ธำรง” (ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ, 2547) และคำว่า “ชาติพันธุ์สัมพันธ์” (ประสิทธิ์ ลีปรีชา, 2556) แทนคำว่า “ethnicity” ในภาษาอังกฤษ 1 เพื่อสื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นภายในกับระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ความสัมพันธ์กับรัฐชาติ และกระแสโลกาภิวัตน์ก็ตามส่วนในกลุ่มของชาวบ้าน และนักพัฒนาองค์กรพัฒนาเอกชน เริ่มปรากฏการใช้คำว่า “ชนเผ่าพื้นเมือง” ผสมผสานกับคำว่า “ชาติพันธุ์” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมาเพื่อเชื่อมโยงกับขบวนการเคลื่อนไหวของชนพื้นเมืองในระดับนานาชาติ (ประสิทธิ์ ลีปรีชา, 2556)

กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยมีความหลากหลายมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึง และแตกต่างกันไปโดยสภาพเศรษฐกิจ - สังคม ตามจารีตประเพณีเป็นการปรับตัวเข้ากับฐานทรัพยากรธรรมชาติ และสภาพภูมิสังคมที่ตั้งถิ่นฐานอยู่โดย “กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง” หรือชนชาวเขาจะตั้งถิ่นฐานตามแนวเทือกเขาบนพื้นที่สูงที่สลับซับซ้อน มีลักษณะเป็นสังคมเกษตร ด้วยการทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์ และฟิงฟิงอาศัยป่า และสายน้ำในลำห้วยเป็นวิถีชีวิตที่ฟิงฟิงธรรมชาติ และอาศัยผลผลิตจากป่าเป็นหลัก

กลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่ราบ ส่วนใหญ่มีวิถีการดำรงชีวิตที่กลมกลืนกับคนไทยทั่วไปโดยมีอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์แต่ยังฟิงฟิงใช้ประโยชน์จากป่าโดยมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมเมืองมากขึ้นแต่ยังคงอัตลักษณ์ และวัฒนธรรมของตนเองอยู่

กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานตามหมู่เกาะหรือชายฝั่งทะเล ดำชีวิตอยู่ทั้งบนบกและในทะเล ประกอบอาชีพประมงเป็นหลัก เรียกว่า ชาวเล

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มเล็ก ๆ ดำรงชีวิตด้วยการล่าสัตว์ และเก็บของป่า ได้แก่ มลาบริ(ตองเหลือง) ทางภาคเหนือ และซาไก (มันนิ) ทางภาคใต้เป็นกลุ่มที่มีชีวิตผูกพันอยู่กับป่าอย่างใกล้ชิด

ในภาพรวมวิถีชีวิต และจารีตประเพณีของกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักโดยมีความเป็นอยู่ที่เกี่ยวพัน และฟิงฟิงป่าทรัพยากรธรรมชาติจึงมีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของพวกเขา ชนชาติพันธุ์กลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้มีโครงสร้างทางสังคมที่หลากหลายมีวัฒนธรรมประเพณี และภาษาของตน

มีความเชื่อตามศาสนาสาทุกทั้งพุทธ คริสต์ และอิสลาม และยังยึดถือความเชื่อตามประเพณี โดยมีการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ทั้งพิธีกรรมที่เกี่ยวกับชีวิตสุขภาพอนามัย และการทำมาหากินที่อาศัยธรรมชาตินอกจากนี้ กลุ่มชาติพันธุ์จะมีลักษณะพิเศษ คือ มีความสามารถในทางศิลปะหัตถกรรม และงานช่างฝีมือ โดยเฉพาะการทอผ้า เย็บผ้า เย็บปักประดิษฐ์ และการตีเหล็ก ซึ่งมีลักษณะเด่นที่สะท้อนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ของตน ด้วยเหตุนี้แต่ละกลุ่มจึงมีเครื่องแต่งกายประจำเผ่าของตนเอง ที่มีรูปแบบสีสันทึบสวยงามมีเครื่องประดับอันแสดงอัตลักษณ์เฉพาะตัว มีศิลปะการแสดงต่าง ๆ เป็นอัตลักษณ์เฉพาะกลุ่มทั้งการร้อง - รำ และดนตรีซึ่งทั้งหมดนี้เป็นทุนทางวัฒนธรรมที่มีคุณค่า

3. กลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่

ชื่อกลุ่มชาติพันธุ์ : ไทใหญ่

ชื่อเรียกตนเอง : ไต คนไต ไตโหลง ไตหลวง ไตใหญ่ ไตหลวง

ชื่อที่ผู้อื่นเรียก : ไทใหญ่ เจี้ยว ฉาน ชาน ชาวไต ไทเหนือ ไทมาว

ภาษาที่ใช้พูด และเขียน : ตระกูลไท - กะไต

มิติทางประวัติศาสตร์ที่มีผลต่อการเรียกชื่อกลุ่มชาติพันธุ์ : คนไทใหญ่ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่ใช้ภาษาตระกูลไท - กะไต และเรียกตัวเองว่า “คนไต” การจะนิยามตัวเองว่าอะไรนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ แม้โดยภาพรวมพวกเขาจะเรียกตัวเองว่า “คนไต” และรู้ว่าคนอื่นเรียกตัวเองว่าอะไร แต่บางครั้งพวกเขาเองก็เลือกใช้คำเรียกตัวเองเหล่านั้นอย่างยืดหยุ่น เช่น เมื่อสื่อสารระหว่างคนไตด้วยกันพวกเขานิยามตัวเองว่า “คนไต” ที่อาจต่อท้ายด้วยชื่อเมืองหรือถิ่นที่อยู่ของอีกกลุ่ม เช่น ไต - เมืองมาว ไต-เมืองยาง ไต-แกตุง (เชียงตุง) หากต้องการสื่อสารกับคนไทย หรือสยาม พวกเขาก็พร้อมจะนิยามตัวเองว่า “ไทใหญ่” เพื่อสื่อถึงความเป็น “พี่น้อง” ร่วมชาติพันธุ์ หรือในกรณีที่ต้องการสื่อสารในระดับนานาชาติ และประเด็นการต่อสู้ในทางการเมืองของรัฐฉานในพม่า พวกเขามักจะนิยามตัวเองว่า “Shan” เพื่อแสดงถึงความเป็นเอกภาพในดินแดนของตนเอง

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการนิยามหรือเรียกชื่อตัวเองที่ยืดหยุ่น และเป็นพลวัตร แต่ในงานชิ้นนี้ผู้ศึกษาจะขอใช้คำว่า “ไทใหญ่” ในการเรียกชื่อกลุ่มชาติพันธุ์นี้เป็นหลัก เนื่องจากเป็นคำเรียกพวกเขาอย่างทางการที่คนไทยรู้จัก และยอมรับกันอย่างกว้างขวาง เพื่อให้เนื้อหาของงานชิ้นนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ผู้เขียนจะใช้คำเรียกชื่ออื่น ๆ บ้างตามบริบทของเนื้อหาในแต่ละหัวข้อ

ไทใหญ่ เป็นคำที่คนไทยภาคกลางใช้เรียกคนไทใหญ่ คนไทยเริ่มใช้คำว่า “ไทใหญ่” เมื่อไหร่ และคำนี้ หมายถึง กลุ่มชนใดกันแน่ยังเป็นที่ยกเถียงกันวงวิชาการ นักวิชาการไทยบางคนตั้งข้อสังเกตว่า “ไทใหญ่” คือพวกที่อยู่ทางลุ่มน้ำคง (สาละวิน) และแม่น้ำมาว (แม่น้ำสาขาของอิรวดี) และ “ไทน้อย” หมายถึง กลุ่มคนไทในลุ่มแม่น้ำโขงทางตะวันออกเลยเข้าไปในลาว และเวียดนาม เป็นกลุ่มคนที่ภายหลังอพยพมาเป็นชาวล้านนา ล้านช้าง และสุโขทัย และนำไปสู่ความสัมพันธ์ของการเป็น ไทใหญ่ และไทน้อย จากหลักฐานการเรียกคำว่า ไทใหญ่ ไทน้อย (นิติ ภาวัครพันธุ์, 2558)

มีหลักฐานว่าคนไทยสยาม สามารถรับรู้ถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมระหว่างพวกตนกับพวกไทใหญ่ได้ดี คือ บันทึกของลาลูแบร์ (Simon de La Loubere, 1986) นักการทูตชาวฝรั่งเศสที่เข้ามาเยือนกรุงศรีอยุธยาใน ค.ศ. 1687-1688 ได้ระบุว่า “อึ่งชาวสยามที่ข้าพเจ้ากล่าวถึงนี้ เรียกตัวเองว่าไทน้อย (Tai Noe) คือสยามน้อย (Little Siam) ตามที่ข้าพเจ้าได้รับคำบอกเล่า ยังมีคนอีกจำพวกหนึ่งซึ่งป่าเถื่อนที่สุดเรียกกันว่าไทใหญ่ (Tai Yai) คือสยามใหญ่ (Great Siam) อันเป็นพวกที่อยู่ทางเขตเขาภาคเหนือ” (นิติ ภาวัครพันธุ์, 2558)

นอกจากนั้น “ไทใหญ่” ยังเป็นชื่อที่คนในพระนครศรีอยุธยา ราว พ.ศ. 2000 ใช้เรียกกลุ่มชาติพันธุ์ลาว บริเวณลุ่มสาละวินตอนเหนือในพม่า ต่อเนื่องถึงลุ่มน้ำพรหมบุตร ในรัฐอัสสัมของอินเดีย เหตุที่ได้นามว่าไทใหญ่เพราะเป็นดินแดนและผู้คนที่ยังรับศาสนาจากชมพูทวีปแล้วเติบโตเป็นบ้านเมืองก่อนคนไทกลุ่มอื่น ที่เพิ่งรับศาสนาในภายหลัง ส่วนคำว่าไทน้อย เป็นชื่อที่คนในพระนครศรีอยุธยา ใช้เรียกกลุ่มชาติพันธุ์ลาวบริเวณสองฝั่งแม่โขง ทั้งฝั่งขวาคือไทยในปัจจุบัน และฝั่งซ้ายคือลาวในปัจจุบันยาวไปจนถึงกลุ่มชาติพันธุ์ที่พูดภาษาตระกูลไท - ลาวลุ่มน้ำดำ - แดง ในเวียดนาม และมณฑลกวางสี กวางตุ้ง ในจีน

อย่างไรก็ตามเป็นที่แน่ชัดว่า คำว่า “ไทใหญ่” นั้น มีเพียงคนไทยสยามเท่านั้นที่ใช้เรียกชาวไทใหญ่ เพราะไม่ปรากฏว่ามีกลุ่มชาติพันธุ์หรือประเทศใดเรียกคนไทใหญ่ด้วยคำนี้มาก่อน สมพงค์ วิหยศักดิ์ ตั้งข้อสังเกตว่ามีเพียงชนชาติฮั่นในยุคหนึ่งเรียกไทใหญ่ว่า “ต้าปายยี” และเรียกคนไทอีกกลุ่มหนึ่งว่า “เสี้ยวปายยี” ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า “ไทใหญ่” ที่มาคู่กับ “ไทน้อย” (แปลตรงตัวอาจได้ความว่า “พวกเสี้ยวชาวใหญ่” และพวกเสี้ยวชาวน้อย” คำว่า “ปายยี, ปายยี หมายถึง “เสี้ยวชาว” คือพวกใส่เสื้อผ้าชาว ซึ่งเป็นคำที่ชนชาติฮั่นใช้เรียกคนไท (สมพงค์ วิหยศักดิ์พันธุ์, 2542)

คนไทใหญ่ ถือเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ในตระกูล “ไท” ภาษาที่คนไทใหญ่ ใช้ อยู่ในตระกูลภาษาไท - กะได กลุ่มตะวันออกเฉียงใต้ เช่นเดียวกับ ไทเหนือ ไทอาหม ไทขาว ไทลื้อ ไทสยาม ลาว (เรณู วิชาศิลป์, 2541) ภาษาไทใหญ่แยกตัวออกจากกลุ่มภาษาไทอื่น ๆ มานานมาก และเริ่มเห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัดในราวศตวรรษที่ 12 - 13 จากการที่สามารถตั้งรัฐโบราณบนลุ่มแม่น้ำมาว จนขยายอิทธิพลออกไปทั้งทางเหนือ และทางใต้ ทางใต้ขยายไปครอบคลุมเมืองของห้วยในลุ่มน้ำคง ทางเหนือขยายเข้าไปในแคว้น อัสสัม จนก่อให้เกิดกลุ่มชนที่พูดภาษาคลายคล้ายกันครอบคลุมพื้นที่ทั้งในพม่า อินเดี ย จีน ตลอดจนภาคเหนือของไทย หรือครอบคลุมลุ่มน้ำ 3 แห่งคือ น้ำคง (แม่น้ำสาละวิน) น้ำอิรวดี และน้ำพรมบุตร

ภาษาพูดคนไทใหญ่เรียกภาษาพูดของตนว่า กวามไต คำว่า กวาว คือคำเดียวกับคำว่า “กำ” ภาษาล้านนา และคำว่า “คำ” หรือ “ความ” ในภาษาไทย แม้กลุ่มคนไทใหญ่ ที่กระจายออกไปยังพื้นที่ต่าง ๆ จะพูดภาษาเดียวกัน แต่พัฒนาการทางประวัติศาสตร์สังคม วัฒนธรรมที่ยาวนานของแต่ละกลุ่ม แต่ละพื้นที่ การสัมพันธ์กับกลุ่มชาติพันธุ์ที่หลากหลาย ทำให้เกิดสำเนียงการพูดที่แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น ในรัฐฉานลักษณะการพูด ภาษาไทใหญ่จะถูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามภูมิภาค คือ ฉานเหนือ ฉานใต้ และฉานตะวันออก ซึ่งทั้งสามกลุ่มนั้นมีระบบเสียงที่แตกต่างกันอยู่บ้าง

ในฉานเหนือ ซึ่งคนส่วนใหญ่เรียกว่าไทมาว นั้นมีภาษาพูด และภาษาเขียน เหมือนกับชาวไทเหนือในญวน คำศัพท์บางคำจึงมีการหยิบยืมทั้งจากพม่า และจีน ในฉานใต้ เป็นที่ตั้งของเมืองตองจี หรือไตตี้ / ตันตี ในภาษาไทใหญ่ เป็นเมืองหลวงของรัฐฉาน มีภาษาพูดใกล้เคียงกับฉานเหนือ และมีการหยิบยืมคำศัพท์จากภาษาพม่าเป็นจำนวนมาก ส่วนในฉานตะวันออก ซึ่งมีกลุ่มคนที่พูดภาษาตระกูลไทอยู่มากเช่น ลื้อ ยอง เขิน และมีอาณาเขตติดต่อกับล้านนาทางภาคเหนือของไทยมานาน จึงทำให้มีภาษาพูด และภาษาเขียนที่คล้ายคลึงกันมาก (เรณู วิชาศิลป์ 2541 หน้า 264)

คนไทใหญ่ในประเทศไทยส่วนมากก็จะมีภาษาพูดใกล้เคียงกับรัฐ และภูมิภาค ที่ตนเองอพยพมา เช่น ในจังหวัด เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ที่มีพื้นที่ติดกับฉานใต้ ก็มักจะพูดภาษาไตหลวง ขณะที่ชาวไทใหญ่ในจังหวัดเชียงราย มาจากฉานตะวันออก จึงมีลักษณะการพูดที่ใกล้เคียงกับคนล้านนา หรือบางครั้งพวกเขาก็นิยามตัวเองว่าเป็นคน “ไต้อ้อ” คือ กลุ่มคนไตที่มีลักษณะการพูดคำลงท้ายด้วยคำว่า “ข้า้อ” ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของคนไทใหญ่บริเวณชายแดนแม่สายที่อพยพมาจากเมืองกำ เมืองนุง เมืองยาก และเมืองป้อก ในเชียงตุง รัฐฉาน (วรรณ จันทนาคม, 2526)

การพูดของคนไทใหญ่ในประเทศไทย แม้จะมีรากฐานมาจากในรัฐฉาน แต่เนื่องจากต้องติดต่อสัมพันธ์กับคนไทย คนเมือง (ล้านนา) ทำให้มีการประยุกต์ใช้ศัพท์ของไทย และล้านนาเข้าไปด้วย ที่สำคัญ คือ จะมีศัพท์พม่า จีน หรือ อังกฤษ น้อยกว่า คนไทใหญ่ในพม่า ในการลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มคนหนุ่มสาวชาวคนไทใหญ่ที่อพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทยนานเกินกว่า 10 ปี ทุกคนยอมรับว่า เมื่ออยู่เมืองไทยนาน ๆ การพูดภาษาไทยใหญ่ของพวกเขาเปลี่ยนไปมาก มีคำที่เป็นภาษาไทยปนเข้าไปเป็นจำนวนมาก

ตัวอักษรที่ใช้เขียน คนไทแต่ละกลุ่มแม้รากฐานภาษาอาจจะมาจากต้นตอเดียวกัน แต่จะเห็นได้ว่าแต่ละกลุ่มก็มีการใช้อักษรที่แตกต่างกันไป คือ หากเป็นอักษรที่ใช้ในเขตจังหวัดใต้คง เป่าซาน หลินซาง และซือเหมา (ปัจจุบันอยู่ในประเทศจีน) จะเรียกว่า “ตัวถ่วงอก” หรือ “ลิกถ่วงอก” ด้วยรูปร่างของตัวอักษรที่เขียนด้วยก้านฝักกูด หรือพู่กันจีนมีลักษณะยาว สูง ในขณะที่หากเป็นอักษรไทใหญ่ที่ใช้ในพม่าจะเรียกว่า “ตัวมน” หรือ “ตัวไทป่อง” ด้วยมีรูปร่างกลมเช่นอักษรพม่า อักษรไทใหญ่จะมีรูปร่างต่างกันไปอีก กลายเป็นอักษรอาหม อักษรไทพ่าเก และอักษรไทคำตี้ เป็นต้น แต่ลักษณะพื้นฐานส่วนใหญ่จะเหมือนกันคือ มีจำนวนพยัญชนะ และสระใกล้เคียงกัน และไม่มีเครื่องหมายวรรณยุกต์มาแต่เดิม หากมีการเพิ่มเติมรูปพยัญชนะ และวรรณยุกต์ภายหลัง พยัญชนะส่วนใหญ่มีเพียง 16 – 19 รูป และวรรณยุกต์ 4 – 5 รูป (สมพงศ์ วิทยศักดิ์พันธุ์, 2542)

4. กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

ชื่อกลุ่มชาติพันธุ์ : ไทลื้อ

ชื่อเรียกตนเอง : ลื้อ ไทลื้อ ไต ไทยลื้อ

ชื่อที่ผู้อื่นเรียก : ลื้อ ไทลื้อ ไต ไทยลื้อ ไปอี

ภาษาที่ใช้พูด และเขียน : ตระกูลภาษาไท-กะได, ภาษาพูด ภาษาไท – ลาว (ใกล้เคียงกับ ไทดำ ไทโยน และลาวล้านช้าง สื่อสารกันเข้าใจ) ภาษาเขียนของชาวไทลื้อ ลิบสองปันนานั้น ตัวอักษรจะเป็นแบบเดียวกับภาษาของชาวล้านนา อักษร ระบบการสะกดเหมือนกัน แต่อาจมีการออกเสียงต่างกันบ้าง

มิติทางประวัติศาสตร์ที่มีผลต่อการเรียกชื่อกลุ่มชาติพันธุ์ : นักวิชาการส่วนใหญ่จะใช้หลักตระกูลภาษา และความเป็นชาติพันธุ์ (ทั้งแบบทางการ และไม่เป็นทางการ) เรียกชาวลื้อในแต่ละประเทศต่างกันไป กล่าวคือ ในประเทศจีน ชาวลื้อจะถูกเรียกว่า Dai ส่วนในประเทศเวียดนาม เรียกว่า ไท ลาวลุ่ม และลื้อ ในประเทศลาว และในประเทศไทย (ซึ่งยังไม่มีการจัดกลุ่มชาติพันธุ์อย่างเป็นทางการนั้น) มักจะเรียกว่า ลื้อ และไทลื้อ สลับกัน

หน่วยงานราชการ และเงื่อนไขในการกำหนดชื่อเรียกกลุ่มชาติพันธุ์ รัฐบาลไทย เรียกชาวลื้อว่า “ไทลื้อ” (เข้าใจว่ามีมาตั้งแต่ช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 และใช้ในความหมายของ คนไทนอกประเทศไทย ที่เข้ามาอยู่อาศัยในฐานะ “ผู้ลี้ภัยทางการเมือง” คำว่า “ไทลื้อ” จึงมีนัยเชิงการเมือง และเกี่ยวพันกับเรื่องชาติ และพลเมือง ตั้งแต่ต้น) คนนอกกลุ่มชาติพันธุ์ และเงื่อนไขอื่นในการกำหนดชื่อเรียกกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ ที่เข้ามาตั้งถิ่นฐานในภาคเหนือของประเทศไทยโดยเฉพาะจากจีน ส่วนใหญ่จะเรียกว่าชาวลื้อ ว่า ไท / ไต อย่างไรก็ตาม อีกส่วนหนึ่งโดยเฉพาะชาวม้ง ซึ่งมีถิ่นฐานเคลื่อนย้ายจากจีน ผ่านลาว เข้ามายังประเทศไทยในช่วงหลัง จะเรียกชาวลื้อว่า ลื้อ หรือ ไทลื้อ ตามรัฐบาลไทย

คนในกลุ่มชาติพันธุ์ และเงื่อนไขในการกำหนดชื่อเรียกกลุ่มชาติพันธุ์ ในกลุ่มชาวลื้อสิบสองปันนาเอง จะแยกกันเองตาม ชื่อ “เมือง” ซึ่งเป็นบ้านเกิดเมืองนอนเดิม ของบรรพบุรุษ และมักจะนำมาใช้ตั้งชื่อชุมชนหมู่บ้านที่ตั้งขึ้นใหม่ในภาคเหนือของประเทศไทย ด้วยดังนั้น จึงจะเรียกกันเองว่า ลื้อ จากเมืองนั้นเมืองนี้ที่ปรากฏอยู่ในสิบสองปันนา (เช่น ลื้อเมืองพง ลื้อเมืองหลวง ลื้อเมืองสิงห์ ลื้อเมืองอุ) ยังอาจเรียกแยกกันเองตามชื่อเมือง ชุมชน หรือ อำเภอที่พวกเขาที่ตั้งถิ่นฐานอยู่ในปัจจุบัน เช่น ลื้อเชียงคำ (ในจังหวัดพะเยา) ลื้อเชียงของ (ในจังหวัดเชียงราย) ลื้อหนองบัว (ในจังหวัดน่าน) ลื้อดอยสะเก็ด (ในจังหวัดเชียงใหม่) และลื้อบ้านธิ (ในจังหวัดลำพูน) เป็นต้น

ชื่อเรียกกลุ่มชาติพันธุ์ คน “ลื้อ” หรือ “ไทลื้อ” (Tai Lue) หรือ “ไตลื้อ” (เมื่อออกเสียงในแบบของคนไตลื้อที่เสียง ต. ออกเสียงแทนอักษร ท. ซึ่งเป็นการออกเสียงในแบบภาษาไทยกลาง) เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่พูดภาษาตระกูลไท มีถิ่นฐานอยู่บริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำโขงตอนบนครอบคลุมบริเวณทางตอนใต้ของจีน และตอนเหนือของไทย ลาว และพม่า ในอดีตศูนย์กลางของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้ออยู่บริเวณที่เรียกว่า “สิบสองปันนา” (ซึ่งปัจจุบัน คือ เขตปกครองพิเศษ Xishuangbanna มณฑลยูนนาน ประเทศจีน) อันหมายถึง ดินแดนแห่งหนึ่งหมื่นสองพันแปดแสน หรือสิบสองเขตเมืองนา นอกจากนี้ไทลื้อยังกระจายตัวอยู่นอกสิบสองปันนา เช่น เมืองสิง (อยู่ในประเทศลาวในปัจจุบัน) เมืองยอง เมืองเชียงตุง (อยู่ในประเทศพม่าในปัจจุบัน) ชาวไทลื้อนับถือพุทธศาสนาผนวกกับความเชื่อท้องถิ่น เรื่องผีบรรพบุรุษ ผีบ้านและผีเจ้าเมือง ข้อมูลจาก โครงการพิพิธภัณฑวัตถุวัฒนธรรม และชาติพันธุ์ ล้านนา (2551)

ชื่อที่เรียกตัวเอง ลื้อ (Lue / Lu) และไตลื้อ เป็นชื่อที่เรียกตัวเองจริง โดยชื่อ “ลื้อ” สันนิษฐานว่ามาจากเมือง “ลื้อหลวง” ซึ่งยังไม่พบหลักฐานว่าอยู่บริเวณใด อันเป็นถิ่นฐานเดิม

ของคนลื้อ ก่อนที่จะอพยพลงใต้ จนมาตั้งที่ราบลุ่มแม่น้ำโขง และสถาปนาเมืองลื้อใหม่อันเป็นดินแดนสิบสองปันนาในปัจจุบัน (โครงการพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติพันธุ์ล้านนา, 2551) จิตร ภูมิศักดิ์สืบค้นจากเอกสารจีนพบว่า อาณาจักรไทเมือง (ต้าเหมิง) (น่านเจ้า) ได้เปลี่ยนชื่อเป็นอาณาจักร “ต้าหลี่” ซึ่งถ่ายเสียงมาเป็นคำว่า “ไตลื้อ” และเรียกคนลื้อว่า “หลี่” ดังนั้นเมืองเชียงรุ่งก็ถูกเรียกว่า “เซอหลี่” หมายถึงเชียงลื้อ (เมืองของคนลื้อ) (จิตร ภูมิศักดิ์, 2519) อนึ่ง คำว่า “ไต” หรือ “ไท” ในภาษาไทยลื้อแปลว่า “คน” ดังนั้น คนไทลื้อจะเรียกตนเองว่า ลื้อ ในบางโอกาส และหลายโอกาสก็จะใช้คำว่า “ไต” นำหน้าถิ่นฐาน บ้านเมือง ที่ชาวไทลื้อนั้นอาศัยอยู่ เช่น ไตเมืองล้า ไตเมืองสิง ไตเมืองอู เป็นต้นจิตร ภูมิศักดิ์ ได้แปลงานศึกษาค้นคว้าด้วยชนชาติไท จ้วง และกวางตุง ของนักบวชคริสต์ชาวจีน ได้ข้อสรุปว่า คำว่า “ไต” ในภาษาจ้วงแปลว่า “ดิน” (land) หรือ “ชาวพื้นเมือง” (native) คนไต จึงแปลว่า “ชาวพื้นเมืองของท้องถิ่น” (native of this land) โดยคำว่า “ไต” ถูกใช้นำหน้าภูมิลักษณ์หลายแห่งในมณฑลกวางตุง และกวางสี เช่น ไตหย่น ไตหน ไตลาว ไตคุน เป็นต้น (จิตร ภูมิศักดิ์, 2519)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่ และกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จากการทบทวนวรรณกรรม จังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงหรือชนชาวเขามี 6 เผ่าหลัก ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง(แม้ว) เย้า(เมี่ยน) ล่าหู่(มุเซอ) อาข่า(อี่ก้อ) และปะหล่อง(ตาลอั้ง) และกลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ราบ 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ ไทลื้อไทใหญ่ เป็นต้น กลุ่มชาติพันธุ์ มีภาษา วัฒนธรรม และประเพณีที่แตกต่างกันไปจากชนกลุ่มใหญ่ ไปตามแต่วิถีดั้งเดิมที่บรรพบุรุษได้ปฏิบัติสืบทอดกันมา กลุ่มชาติพันธุ์ที่หลากหลายเหล่านี้ส่วนใหญ่ผสมกลมกลืนภายใต้นโยบายบูรณาการของรัฐ และมีฐานะเป็นพลเมืองของรัฐไทย (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2564) ซึ่งวิถีชีวิตของกลุ่มชาตินั้นมีความแตกต่างกันทั้งในด้านวัฒนธรรม ภาษา ประเพณี ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เป็นต้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม และเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปัจจุบันทำให้คนทุกคนในสังคมมีการเชื่อมโยงกันทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การสื่อสาร ตลอดจนทั้งการศึกษา ทำให้กลุ่มประชากรเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม และเศรษฐกิจจากภายนอกหมู่บ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (รติภาคย์ ตามรภาค, 2561) อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เป็นอำเภอเหนือสุดของจังหวัดเชียงราย และเหนือสุดของประเทศไทย

มีพื้นที่ติดกับชายแดนไทยกับประเทศพม่า ส่งผลให้ผู้มารับบริการโรงพยาบาลแม่สาย มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ กลุ่มชาติพันธุ์ในอำเภอแม่สาย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ บนพื้นที่ราบ ได้แก่ ไทใหญ่ และไทลื้อ เป็นหลัก จากฐานข้อมูลประชากรโรงพยาบาลแม่สาย พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ มีจำนวน 29,373 คน คิดเป็นร้อยละ 31.57 ของประชากรอำเภอแม่สาย จำแนกเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ไทใหญ่ จำนวน 23,444 คน กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จำนวน 5,182 คน และกลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ จำนวน 747 คน (งานเวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลแม่สาย, 2564) มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก มีความแตกต่างจากคนไทยทั่วไป ทั้งในด้านเชื้อชาติ ภาษา ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย, 2564)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง ในที่นี้จะกล่าวถึงความหมายประเภทสาเหตุ อาการ เกณฑ์การวินิจฉัย และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ดังนี้

1. ความหมายของโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลิน หรือร่างกายไม่สามารถนำอินซูลินมาใช้ประโยชน์ เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน ก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

2. ประเภทของโรคเบาหวาน

สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย (2560) ได้แบ่งโรคเบาหวานออกเป็น 4 ชนิด ตามสาเหตุของการเกิดโรค ดังนี้

2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือชนิดพึ่งฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus, IDDM) เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยผ่านขบวนการ cellular mediated ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อย รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และรุนแรง (มักพบในวัยเด็ก) ซึ่งในบางกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (ketoacidosis) เป็นอาการแสดงแรกของโรค หรือมีการดำเนินโรคช้า ๆ จากระดับน้ำตาล

ที่สูงปานกลางแล้วเกิดภาวะ ketoacidosis เมื่อมีการติดเชื้อ หรือสิ่งกระตุ้นชนิดอื่น ซึ่งมักจะพบการดำเนินโรคในกรณีหลังนี้ในผู้ใหญ่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุน คือ พบระดับ ซี - เปปไทด์ (C-peptide) ในเลือดต่ำ หรือวัดไม่ได้เลย และ / หรือ ตรวจพบปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อส่วนของเซลล์ไอส์เล็ต ได้แก่ islet cell autoantibody, antibody ต่อ อินซูลิน, GAD65, tyrosine phosphatases IA-2 and IA-2 β และ ZnT8 (Zinc transporter8) เบาหวานชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับ HLA DQA DQB ซึ่งการตรวจพบ autoantibody ต่าง ๆ ในญาติพี่น้องของผู้ป่วย แต่ยังไม่เกิดภาวะเบาหวานสามารถพยากรณ์การเกิดโรคในบุคคลนั้น ๆ ว่ามีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ได้ (ถ้ามี autoantibody ตั้งแต่สองตัวขึ้นไปจะมีความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานร้อยละ 70 ในเวลา 10 ปี และร้อยละ 84 ในเวลา 15 ปี ทำให้การเฝ้าระวังการเกิดโรคสามารถทำได้ดียิ่งขึ้น)

ในบางกรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 อาจจะพบร่วมกับโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติชนิดอื่น ๆ เช่น Hashimoto's thyroiditis, Graves' disease, pernicious anemia, autoimmune hepatitis, vitiligo หรือ celiac disease สำหรับ idiopathic type 1 diabetes คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือน autoimmune type 1 diabetes แต่ไม่พบภาวะภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติดังกล่าวข้างต้นพบได้ในกลุ่มประชากรในทวีปเอเชีย และแอฟริกา นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางราย อาจจะไม่ต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลินตลอดไปได้ ในกลุ่มนี้จะไม่มีความสัมพันธ์กับ HLA ชนิดต่าง ๆ แต่จะมีประวัติครอบครัวที่ชัดเจน

2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non- Insulin Dependent Diabetes Mellitus, NIDDM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม (relative insulin deficiency) มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วม หรืออ้วน (ดัชนีมวลกายในคนเอเชีย 23 กก. / ม. อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรง และค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ หรือ พี่ น้อง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามโรคเบาหวานทั้งสองชนิดสามารถมีอาการแสดงที่คล้ายคลึงกันได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 สามารถพบได้ในเด็ก และผู้ใหญ่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บางรายสามารถเกิดภาวะ diabetic ketoacidosis ได้ทำให้การวินิจฉัยจากอาการแสดง

ทางคลินิกในช่วงแรกทำได้ยาก และต้องใช้ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น การตรวจระดับ antibody หรือ C – peptide และใช้การติดตามผู้ป่วยในระยะต่อไปร่วมด้วย

2.3 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดจากการที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ จากปัจจัยจากรก หรือ อื่น ๆ และตับอ่อนของมารดาไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอ กับความต้องการได้ สามารถตรวจพบจากการทำ oral glucose tolerance test (OGTT) ในหญิงมีครรภ์ในไตรมาสที่ 2 หรือ 3 โดยจะตรวจที่อายุครรภ์ 24 – 28 สัปดาห์ ด้วยวิธี “one – step” ซึ่งเป็นการทำการตรวจครั้งเดียวโดยการใช้ 75 กรัม OGTT หรือ “two – step” ซึ่งจะใช้การตรวจกรองด้วย 50 กรัม glucose challenge test แล้วตรวจยืนยันด้วย 100 กรัม OGTT โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์นี้มักจะหายไปหลังคลอด สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่พบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 126 มก. / ดล.หรือมีค่า A1C 6.5% ในไตรมาสที่ 1 จะจัดอยู่ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานอยู่เดิมแล้วก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจจะเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ ชนิดที่ 2 หรือ อาจจะเป็นเบาหวานชนิดอื่น ๆ เช่น MODY ได้ การวินิจฉัยแยกโรคว่าเป็นเบาหวานชนิดใด มีความสำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ให้เหมาะสม

2.4 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (specific types of diabetes due to other causes) เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมเช่น MODY (Maturity – Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรค หรือกลุ่มอาการนั้น ๆ หรือมีอาการ และอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

2.4.1 โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุกรรมเดี่ยวที่ควบคุมการทำงานของเบต้าเซลล์คือ Maturity-onset diabetes in the young (MODY) หลากหลายรูปแบบ และความผิดปกติของMitochondrial DNA เช่น

- MODY 3 มีความผิดปกติของ Chromosome 12 ที่ HNF – 1 alpha
- MODY 2 มีความผิดปกติของ Chromosome 7 ที่ glucokinase
- MODY 1 มีความผิดปกติของ Chromosome 20 ที่ HNF – 4 alpha
- Transient neonatal diabetes (most commonly ZAC / HYAMI imprinting defect บนchromosome 6q24)

- Permanent neonatal diabetes (most commonly KCNJ11 gene encoding Kir 6.2 subunit ของ β - cell KATP channel) โรคนี้สามารถรักษาได้ด้วย sulfonylurea Neonatal diabetes มักจะเกิดขึ้นภายในอายุ 6 เดือนแรก ซึ่งจะแตกต่างจากเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งมักจะพบในอายุมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

2.4.2 โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุกรรม ที่ควบคุมการทำงานของอินซูลิน เช่น Type A insulin resistance, Leprechaunism, Lipotrophic diabetes, Rabson – Mendenhall syndrome

2.4.3 โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคที่ตับอ่อน เช่น hemochromatosis, cystic fibrosis ตับอ่อนอักเสบถูกตัดตับอ่อน และ fibro calculous pancreatopathy เป็นต้น

2.4.4 โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของต่อมไร้ท่อ เช่น acromegaly, Cushing syndrome, pheochromocytoma, hyperthyroidism, glucagonoma, aldosteronoma

2.4.5 โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมีบางชนิด เช่น pentamidine, glucocorticoids, phenytoin, gamma-interferon, nicotinic acid, diazoxide, vacor

2.4.6 โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคติดเชื้อ เช่น congenital rubella, cytomegalovirus

2.4.7 โรคเบาหวานที่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันที่พบไม่บ่อย เช่น anti-insulin receptor antibodies, Stiff-man syndrome

2.4.8 โรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่างๆ เช่น Down syndrome, Turner syndrome, Klinefelter syndrome, Prader-Willi syndrome, Friedrich ataxia, Huntington chorea, myotonic dystrophy, porphyria

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งพบมากที่สุดในประเทศไทย โดยจากข้อมูลของสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบได้เพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด และผู้ป่วยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเรื้อรังตามมาในระยะยาว ดังนั้นจึงส่งผลให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบมากที่สุดในประเทศไทยถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด พบได้ทั้งในเพศชาย และเพศหญิง มักพบในผู้ใหญ่ อันมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน กรรมพันธุ์ และโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยจึงเลือกนำมาเป็นหัวข้อ

ในการศึกษาวิจัยการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินต่อไป

3. สาเหตุของโรคเบาหวาน

สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย (2560) กล่าวถึงสาเหตุของโรคเบาหวานดังนี้

3.1 กรรมพันธุ์ โรคเบาหวานส่วนหนึ่งเกิดจากกรรมพันธุ์ ประวัติครอบครัวมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น

3.2 โรคอ้วน ความอ้วนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ไขมันส่วนเกินจะทำให้เกิดการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดน้อยลง เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน

3.3 ผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นตับอ่อนก็จะเสื่อมลงทำให้เกิดการหลั่งอินซูลินลดลงทำให้เกิดโรคเบาหวาน

3.4 โรคของตับอ่อน ตับอ่อนได้รับการกระทบกระเทือนหรือเป็นโรคที่มีสาเหตุทำให้ตับอ่อนไม่สมบูรณ์ เช่น ภาวะตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการดื่มสุราเป็นประจำหรือไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง

3.5 การติดเชื้อไวรัสบางชนิดเมื่อยังเด็ก เชื้อไวรัสบางชนิดเมื่อเข้าสู่ร่างกายก็จะทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น หัดเยอรมัน คางทูม ทำให้มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้เมื่ออายุมากขึ้น

3.6 การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิดบางชนิดมีผลทำให้ตับอ่อนสร้างน้ำตาลจำนวนมาก ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

3.7 การตั้งครรภ์ เนื่องจากมีการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิด ทำให้มีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

4. อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

เทพ ทิมะทองคำ, รัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์ (2555) กล่าวถึงอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานที่สำคัญ 4 อย่าง ดังนี้

4.1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของไต (ปกติประมาณ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะทำให้แรงดันออสโมติก (Osmotic) ของปัสสาวะสูงขึ้น ท่อไตไม่สามารถดูดซึมน้ำเข้าสู่ร่างกายได้ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะออกมาจำนวนมาก และบ่อยครั้ง

4.2. ขาดน้ำอย่างรุนแรง และมีอาการกระหายน้ำมาก ดื่มน้ำบ่อย จำนวนมาก

4.3 รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายเอาเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้จึงทำให้ภาวะการขาดอาหารเกิดขึ้นเพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อย กินอาหารจุ

4.4 น้ำหนักลด (Weight Loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายก็จะสลายไขมัน และโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทน เกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำจึงทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นยังเกิดภาวะความไม่สมดุลของไนโตรเจน และเกิดภาวะคีโตซิส (Ketosis) ได้

5. แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่

การคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ซึ่งไม่รวมหญิงมีครรภ์ แนะนำให้ตรวจคัดกรองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น การประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานอาจใช้วิธีประเมินคะแนนความเสี่ยง หรือใช้เกณฑ์ความเสี่ยงดังนี้

5.1 ผู้ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป

5.2 ผู้ที่อ้วน (BMI ≥ 25 กก. / ม² และ / หรือ มีรอบเอวเกินมาตรฐาน) และมีพ่อแม่ พี่ หรือน้อง เป็นโรคเบาหวาน

5.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่

5.4 มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ หรือรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่

5.5 มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม

5.6 เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น Impaired Glucose Tolerance (IGT) หรือ Impaired Fasting Glucose (IFG)

5.7 มีโรคหัวใจ และหลอดเลือด (Cardiovascular Disease)

5.8 มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (Polycystic Ovarian Syndrome)

ผู้ที่มีเกณฑ์เสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งใน 8 ข้อนี้ ควรส่งตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ถ้าปกติให้ตรวจซ้ำทุกปี

6. การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้

6.1 ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำมาก บั้วสาวะบ่อย และมาก น้ำหนักตัวลดลง โดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก. / ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

6.2 การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Glucose หรือ FBG) มีค่า ≥ 126 มก. / ดล.

6.3 การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 g Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล ≥ 200 มก. / ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

6.4 การตรวจวัดระดับ Hemoglobin A1c (HbA1c) ถ้าค่าเท่ากับ หรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้นิยมใช้ในต่างประเทศ เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหารแต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น (NGSP Certified and Standardized to DCCT Assay)

สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ควรตรวจเลือดซ้ำ อีกครั้งหนึ่งต่างวันกันเพื่อยืนยัน รายละเอียดการแปลผลระดับพลาสมากลูโคสสรุปไว้ในตาราง 1

ตาราง 1 การแปลผลระดับพลาสมากลูโคส และ A1C เพื่อการวินิจฉัย

ประเภทการแปลผล	ปกติ	ระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มความ เสี่ยงการเป็นโรคเบาหวาน		โรคเบาหวาน
		impaired fasting glucose (IFG)	impaired glucose tolerance (IGT)	
1. พลาสมากลูโคสขณะ อดอาหาร (FPG)	< 100 มก. / ดล.	100 – 125 มก. /ดล.	–	≥ 126 มก. / ดล.
2. พลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม 2 h-PG (OGTT)	< 140 มก. / ดล.	–	140–199 มก. / ดล.	≥ 200 มก. / ดล.
3. พลาสมากลูโคสที่เวลาใด ๆ ในผู้ที่มีอาการชัดเจน	–	–	–	≥ 200 มก. / ดล.
4. ฮีโมโกลบินเอวันซี (A1C)	< 5.7 %	5.7–6.4 %	–	≥ 6.5 %

ที่มา: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพ และคณะ (2560)

เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากเบาหวาน ทำได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในปัจจุบันระดับน้ำตาลที่เป็นเป้าหมายจะมีค่าที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดยขึ้นกับอายุ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน การมีโรคแทรกซ้อน ความเจ็บป่วย และโรคร่วม รวมถึงประวัติการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าเป็นเบาหวานมานาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วม ควรควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงค่าปกติ หรือระดับ A1C < 6.5 % (ถ้าเป็นไปได้) หรือ < 7% ในขณะที่ผู้ที่เป็นเบาหวานมานาน และมีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมหลายโรคที่รุนแรง เป้าหมายของระดับ A1C ประมาณ 7 – 8 % ส่วนในผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี ถ้าไม่มีโรคร่วม ควรควบคุมให้เป้าหมายของ A1C < 7 % ถ้ามีโรคร่วม แต่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป้าหมายของ A1C ควรอยู่ที่ 7 – 7.5 % ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่มีเปราะบาง อาจให้เป้าหมาย A1C สูงได้ถึง 8.5 % ดังนั้นการตั้งเป้าหมาย A1C (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2557)

7. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

7.1 โรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่

7.1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จะมีอาการมือสั่น ตัวสั่น หัวใจเต้นแรง หงุดหงิด กระวนกระวาย เหงื่อออกมาก หิว ซาตามตัว อาการที่เกิดจากสมองขาดกลูโคส ได้แก่ ไม่มีแรง อ่อนเพลีย ซึม สมองมึนงง คิดไม่ออกพูดลำบาก และอาจหมดสติ ชัก และเสียชีวิต (ชัชชาติ รัตราสาร, 2546)

7.1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จะมีอาการปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเมื่อมีอาการรุนแรง จะมีอาการหายใจหอบลึก บางรายอาจมีลมหายใจคล้ายกลิ่นผลไม้สุก เนื่องจากมี acetone ถูกขับมาทางระบบทางเดินหายใจ

7.2 ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป และเกิดขึ้นได้กับอวัยวะเกือบทุกส่วนของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรค การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสื่อมของเนื้อเยื่อเกิดความผิดปกติที่หลอดเลือดแดงทั้งขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบประสาท ไต ตา ระบบเลือด และภูมิคุ้มกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

7.2.1 ความผิดปกติของเส้นเลือดแดงใหญ่ (Macroangiopathy) ทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบเส้นเลือดสมองตีบ เส้นเลือดปลายเท้าตีบ

7.2.2 ความผิดปกติของเส้นเลือดแดงเล็ก (Microangiopathy) คือ มีการหนาของ basement membrane ในหลอดเลือดทั่วร่างกายแต่ที่สำคัญ คือ (สาธิต วรรณแสง, 2548)

1) ภาวะแทรกซ้อนที่จอตา (diabetic retinopathy) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของจอร์รับภาพของตา เนื่องจากการพองของเส้นเลือดฝอยมีการคดโค้งเป็นวงไปมาของเส้นเลือดทำให้จอประสาทตาขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ตามัวที่ละน้อยจนในที่สุดอาจทำให้ตาบอดได้ บางครั้งผู้ป่วยอาจตาบอดแบบเฉียบพลันเนื่องจากหลอดเลือดฝอยฉีกขาดหรือจอตาลอกตัวจากการดึงรั้งของพังผืด มีเลือดออกคั่งในน้ำวุ้นของลูกตาทำให้ตาบอดได้

2) ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ในระยะแรกจะไม่มีอาการอะไร แต่การตรวจปัสสาวะจะเริ่มพบไข่ขาว หรืออัลบูมินเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการตรวจไข่ขาวในปัสสาวะจึงมีความสำคัญมากในการค้นหาความผิดปกติของไตในระยะแรกเริ่ม ในขณะที่ผลเลือดยังปกติ แต่เมื่อไตเสื่อมมากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ จะมีการสะสมของสารพิษในเลือดมากขึ้นทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เลือดจาง คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามร่างกายปัสสาวะบ่อย เวลากลางคืน ความดันโลหิตสูง และเข้าสู่ภาวะไตวาย และไตวายระยะสุดท้าย

3) ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท แบ่งได้หลายชนิดได้แก่

3.1) ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท sensorimotor ผู้ป่วยจะมีอาการชา หรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายแขนขา หรือมีอาการอ่อนลีบของกล้ามเนื้อมือและรีเฟล็กซ์ลดลง

3.2) ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท motor มักเกิดกับเส้นประสาทเส้นเดียว (mononeuropathy) เส้นประสาทที่พบบ่อยได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ 3, 4 และ 6 ทำให้การกลอกตาบกพร่อง เส้นประสาทคู่ที่ 7 ทำให้เกิดอาการอัมพาตของใบหน้าครึ่งซีก และเส้นประสาทส่วนปลาย เช่น common peroneal ทำให้เกิดอาการกระดกข้อเท้าไม่ขึ้น

3.3) ภาวะแทรกซ้อนที่ประสาท autonomic อาจเกิดกับระบบใดระบบหนึ่ง หรือหลายระบบร่วมกัน ที่พบบ่อย ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการท้องเสีย หรือท้องผูก ระบบทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ และระบบสืบพันธุ์ทำให้สมรรถนะทางเพศเสื่อม

4) ภาวะติดเชื้อ (Infection) ในผู้ป่วยเบาหวานจะมีการติดเชื้อได้ง่ายทุกระบบของร่างกาย เนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันที่บกพร่องไปการติดเชื้อที่พบบ่อยเป็นพิเศษ

และมักเป็นปัญหาในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ (เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์, 2555)

4.1) การติดเชือบริเวณผิวหนัง และชั้นผิวหนัง

4.2) การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ผู้ที่เป็นเบาหวานจะพบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมากกว่าคนปกติ 2 - 3 เท่า ทั้งนี้เพราะปัสสาวะของผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีน้ำตาล ทำให้เชื้อโรคเจริญเติบโตได้ดี การติดเชื้ออาจเกิดตั้งแต่ท่อปัสสาวะซึ่งอยู่ต่ำสุดขึ้นไปยังกระเพาะปัสสาวะ มีอาการปัสสาวะแสบ ปัสสาวะบ่อย แต่ครั้งละน้อย ปัสสาวะขุ่น หรือปวดท้องน้อย

4.3) การอักเสบของใบหูมีอาการปวด และมักมีน้ำเหลืองหรือหนอง เชื้อโรค จะกินลึกไปถึงชั้นกระดูกอ่อน และรอบ ๆ ช่องหู และอาจลุกลามเข้าไปถึงในกะโหลกศีรษะ และเยื่อหุ้มสมอง ทำให้เสียชีวิตได้

การจัดการตนเอง

1. การจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self - management) เป็นรูปแบบของพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรค หรือความเจ็บปวดของบุคคลซึ่งต้องอาศัยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเอง สิ่งสำคัญประการหนึ่งของแนวคิดการจัดการตนเองคือ ความเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ โดยบุคคลต้องรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ มีความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามเป้าหมาย (Efficacy beliefs) และรับรู้ว่าการปฏิบัติที่ตนเองปฏิบัตินั้นจะส่งผลตามที่ต้องการ (outcome expectation) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยแหล่ง (source) ต่าง ๆ ได้แก่ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) (Bandura, 1997)

การจัดการตนเอง เป็นคำที่ใช้กันโดยทั่วไป โดยได้มีการนำมาใช้ ในหลายวงการ ด้านการแพทย์ และสาธารณสุขได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา ด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การแพทย์ การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชนในวงการสุขภาพ ซึ่งบางครั้งมีการใช้คำอื่นแทน เช่น ใช้คำว่า การดูแลตนเอง การจัดการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง ทำให้เกิดความสับสน

เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีองค์ประกอบคล้ายคลึงกัน ซึ่งต้องการการทำความเข้าใจให้เกิดความชัดเจน สำหรับความหมายของคำว่า การจัดการตนเอง โดยตรงได้มีผู้นิยามไว้หลายท่านดังนี้

Creer (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับ พฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุม การตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self – reaction)

Browder and Shapiro (1985) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการประเมินความรู้ทักษะ และความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง โดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการควบคุมตนเอง และตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล

Kate Lorig and Halsted Holman (1993) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นการที่บุคคลเลือกในการปรับมุมมอง และทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหา และปฏิบัติพฤติกรรมใหม่รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์

Redman (2004) ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ว่า เป็นการฝึกบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้สามารถเผชิญกับการรักษาคงไว้ ซึ่งการดำเนินชีวิตในแต่ละวันกับครอบครัว กับอนาคต การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้ง ด้านจิตใจ อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า

2. กระบวนการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นกระบวนการรู้คิด (Cognitive) ที่บุคคลจัดการกับตนเอง โดยตนเองเป็นผู้ที่คิด และปฏิบัติโดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยประกอบในการตัดสินใจ เป็นการตัดสินใจที่เฉพาะเจาะจงในการประเมินสถานการณ์ และเกิดการสะท้อนกลับ โดยการแปลสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การกระทำ การตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจเป็นอย่างดีในสถานการณ์นั้น รูปแบบการตัดสินใจ ประกอบด้วยการจำได้ (Recognition) แต่อย่างไรก็ตาม การจำได้นั้นไม่เพียงพอ เมื่อเกิดความไม่คุ้นชินกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การจำได้ต้องตามมาด้วยกระบวนการแยกแยะ และข้อสันนิษฐานที่ถูกต้อง ตลอดจนการสังเกต การรวบรวมข้อมูล การแปลผลการชี้แนะ (Riegel et al., 2002) ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

2.1 การรับรู้การเปลี่ยนแปลงในอาการ และอาการแสดง ที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยสามารถจำได้ถึง การเปลี่ยนแปลงไปจากพื้นฐานของภาวะสุขภาพเดิม (Baseline healthcare status) และการเปลี่ยนแปลงนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นอาการใหม่ แต่ต้องแตกต่างไปจากปกติ (Normal) หรือภาวะที่เคยเป็นอยู่ บุคคลที่มีการติดตามตนเอง (Self – monitoring) จะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงความสนใจ (Attention) มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ มีความสำคัญในกระบวนการของการสังเกต และประเมินผลอาการทางกาย รู้จักอาการมาครั้งหนึ่งแล้ว ก็จะเป็นประสบการณ์นำมาสู่การตัดสินใจทำให้เกิดพฤติกรรมตามมา

2.2 การประเมินการเปลี่ยนแปลง โดยใช้กระบวนการรู้คิด (Cognitive) คือ ผู้ป่วยสามารถแยกแยะระหว่างความสำคัญ และความไม่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพได้ โดยในขณะนี้ผู้ป่วยมองว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบางอย่างนั้น มีความสำคัญพอที่จะลงมือปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ถ้าอาการ หรืออาการแสดง ถูกตัดสินว่าสำคัญ ผู้ป่วยจะถูกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจที่จำเป็นว่าต้องลงมือปฏิบัติ และนำไปสู่ผลที่เป็นอันตราย หรือผลที่เป็นประโยชน์ต่อการลงมือปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ ผู้ป่วยอาจยังไม่ลงมือปฏิบัติด้วยเหตุผลต่าง ๆ จากการขาดความรู้ในการปฏิบัติ โดยอาจตัดสินใจว่าผลของการปฏิบัติไม่มีประโยชน์ ขาดความเข้าใจในความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง หรืออาจเชื่อว่ามีผลกระทบที่ปฏิบัติแล้วเกิดประโยชน์ หรืออาจทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมากขึ้นก็เป็นได้ ทำให้เห็นความจำเป็นในการจัดการตนเอง การตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในกระบวนการจัดการตนเอง เพราะเชื่อว่าการจัดการกับความเจ็บป่วยจะประสบความสำเร็จได้ ต้องให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ใช้เหตุผลความรู้ และความเต็มใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา

2.3 การลงมือปฏิบัติ โดยเลือกแนวทางในการรักษา หมายถึง การกระทำ หรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองจากการประเมินการเปลี่ยนแปลง โดยใช้กระบวนการรู้คิด (Cognitive) ต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ ผู้ป่วยมีการลงมือปฏิบัติอย่างตั้งใจ เมื่อทราบว่าปฏิบัติแล้วมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการในทางที่ดีขึ้น

2.4 การประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติ ในกระบวนการนี้ ผู้ป่วยเลือกการประเมินผลจากการปฏิบัติที่เกิดประสิทธิภาพ เช่น อาการ และอาการแสดงจากการเจ็บป่วยลดลง

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อจะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา

เพื่อควบคุม หรือลดผลกระทบจากโรคหรือ การเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วย มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการ การรักษา ภาวะที่เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งด้าน จิตสังคม จิตวิญญาณ ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับภาวะเรื้อรัง รวมถึงส่งเสริมการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติพฤติกรรม ที่เฉพาะเจาะจง ฝึกให้เกิดทักษะ และความสามารถเพื่อลดผลกระทบต่าง ๆ จากภาวะเรื้อรัง ด้วยตนเอง หรือจากความร่วมมือของครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

3. การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

ในการศึกษาครั้งนี้การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ความรู้ และการปฏิบัติตัวในการกระทำหรือกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในกลุ่มชาติพันธุ์ในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียดตั้งรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การควบคุมอาหาร

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจาก ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ การควบคุมอาหารจึงช่วยลดปริมาณกลูโคส ที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายโดยการลดปริมาณ หรือเปลี่ยนสัดส่วนหรือชนิดของอาหารเพื่อให้ น้ำตาล ดูดซึมได้ช้าลงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้

3.1.1 จุดมุ่งหมายในการควบคุมอาหาร

- 1) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงระดับปกติ
- 2) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารต่าง ๆ เช่น คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และเกลือแร่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- 3) เพื่อช่วยป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
- 4) เพื่อลดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะหมดสติเนื่องจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
- 5) เพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็น ถ้าเป็นเด็ก ให้ได้รับพลังงานเพียงพอเพื่อการเจริญเติบโต

6) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกาย และจิตใจ

7) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมหรือทำงานต่าง ๆ ได้เป็นปกติ

3.1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมอาหารได้ดังนี้

การควบคุมอาหารเบาหวานที่ถูกต้องนั้นต้องควบคุมพลังงาน ในอาหารผู้ป่วยให้เหมาะสมกับแรงงานที่ผู้ป่วยใช้ใน การทำกิจกรรมต่าง ๆ มิใช่จำกัด หรือควบคุมเฉพาะข้าว และน้ำตาลเท่านั้น ถ้ารับประทานเนื้อสัตว์ และไขมันมาก ระดับน้ำตาลก็สูงได้เพราะอาหารทุกอย่างให้พลังงานเมื่อได้รับมาก ๆ พลังงานที่ได้รับ จะมากกว่าที่ร่างกายต้องการระดับน้ำตาลในเลือดจะสูง ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรรับประทาน ข้าว เนื้อสัตว์ ไขมัน ผลไม้ ในปริมาณที่กำหนดเพื่อให้ได้พลังงานเหมาะสมกับความต้องการ ของร่างกายผู้ป่วยควรงดน้ำตาล และอาหารที่มีน้ำตาลทุกชนิด ผู้ป่วยเบาหวานจะรับประทาน อาหารโดย

- 1) ทานอาหารครบ 5 หมู่ ประกอบด้วย เนื้อสัตว์ ข้าว หรือแป้ง อื่น ๆ
- 2) ทานข้าวเป็นประจำตามที่กำหนด
- 3) ทานผักให้มากโดยเฉพาะผักประเภทใบ และถั่วสด
- 4) ตักข้าวตามจำนวนที่กำหนดไม่ควรเติมอีกถ้าไม่อิ่มทานผักเพิ่ม
- 5) หลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ขนุน น้อยหน่า ละมุด อ้อย มะขามหวานแห้ง ผลไม้กระป๋องต่าง ๆ
- 6) ทานผลไม้ที่หวานน้อย เช่น ส้ม มะละกอ พุทรา ฝรั่ง
- 7) งดของหวานทุกชนิด และขนมที่ใส่น้ำตาล เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง สังขยา ขนมหม้อแกว กะละแม ข้าวเหนียวแก้ว ข้าวเหนียวแดง เม็ดขนุน มะพร้าวแก้ว ขนมเค้ก อาหารเชื่อมทุกชนิด เช่น ลูกตาล เชื่อม กล้วยเชื่อม มันเชื่อม มะตูมเชื่อม พุทราจีนเชื่อม สาเกเชื่อม ไอศกรีม ฯลฯ
- 8) หลีกเลี่ยงการทานเครื่องในสัตว์ต่าง ๆ
- 9) หลีกเลี่ยงการทานไขมันสัตว์ น้ำมันหมู เนย มันหมู มันไก่ เนื้อติดมัน หมูสามชั้น ครีม และน้ำมันพืช จำพวก กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม หนังกไ้
- 10) ใช้น้ำมันพืชที่มีส่วนผสมของน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ น้ำมันฝ้าย น้ำมันข้าวโพดให้มากขึ้น โดยใช้ในการประกอบอาหารเป็นประจำ

11) หลีกเลี่ยงอาหารทอดที่มีน้ำมันมาก เช่น ปาท่องโก๋ ข้าวเกรียบทอด ข้าวตังทอดมันทอด ฯลฯ

12) ทานอาหารให้ตรงเวลา และไม่ควรงดอาหารมื้อหนึ่งมื้อใด โดยเฉพาะผู้ได้รับการรักษาด้วยการฉีด อินซูลิน เพราะอาจมีผลให้น้ำตาลในเลือดต่ำจนหมดสติได้

3.2 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมเพิ่มเติมจากกิจวัตรประจำวัน ที่มีอยู่ การออกกำลังกายมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบกล้ามเนื้อ และข้อระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่าย โดยเฉพาะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหัวใจ และหลอดเลือด เช่น ช่วยให้ความดันโลหิตลดลง การเปลี่ยนคอเลสเตอรอลที่ไม่ดี เป็น คอเลสเตอรอลที่ดี (HDL) ช่วยลดการหลั่ง แอดรีนาลิน (Adrenaline) เมื่อต้องเผชิญกับความตึงเครียด ร่างกายสามารถเผาผลาญน้ำตาลที่รับประทานหรือสะสมไว้ได้อย่างเต็มที่ ช่วยขจัดไขมันส่วนเกิน ควบคุมน้ำหนัก คลายเครียด และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบไหลเวียนโลหิต และช่วยเพิ่ม Blood volume การออกกำลังกายที่ถูกต้องควรจะทำอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และระยะเวลาานพอที่จะทำให้หัวใจและปอดทำงานได้ดีขึ้น ควรออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างถูกต้องเหมาะสม ร่วมกับการควบคุมอาหาร จะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3.2.1 ประโยชน์จากการออกกำลังกาย

1) ลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดแดงแข็ง เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง

2) ทำให้น้ำหนักลดลง

3) ทำให้การคุมเบาหวานดีขึ้นเนื่องจากการเพิ่มการตอบสนองต่ออินซูลิน (insulin sensitivity) หลังออกกำลังกาย 48 ชั่วโมง ร่างกายยังไวต่ออินซูลิน หากออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินดีขึ้น โดยที่น้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลง

4) สามารถลดยาฉีดอินซูลิน หรือ ยากิน

5) เพิ่มคุณภาพชีวิต

3.2.2 ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายกับเบาหวาน

- 1) ไม่ควรออกกำลังกาย ถ้าน้ำตาลตอนเช้ามากกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- 2) ให้กินน้ำตาลถ้าน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- 3) ตรวจน้ำตาลก่อน และหลังออกกำลังกาย
- 4) เตรียมน้ำตาลไว้ขณะออกกำลังกาย
- 5) ปรับการฉีดอินซูลิน และอาหารเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ

3.2.3 แนวทางออกกำลังกายอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยเบาหวาน

- 1)ปรึกษาแพทย์ และได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์อย่างละเอียด
- 2)ผู้ป่วยต้องมีป้ายแสดงตัวว่าเป็นเบาหวานติดตัวไว้เสมอ
- 3)ควบคุมน้ำตาลไม่ให้สูงเกินไป คือไม่เกิน 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเบาหวานชนิดที่ 1 ไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเบาหวานชนิดที่ 2
- 4)เรียนรู้อาการ และวิธีป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
- 5)ตรวจดูเท้าว่ามีแผล ตาปลา หรือการอักเสบใด ๆ
- 6)ใส่รองเท้าอย่างเหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย และต้องสวมถุงเท้าทุกครั้ง
- 7)ผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลินแนะนำให้เลี่ยงการออกกำลังกาย ช่วงขณะที่ยาออกฤทธิ์สูงสุด และไม่ฉีดอินซูลินบริเวณที่ออกกำลังกาย ให้ฉีดบริเวณหน้าท้องแทน
- 8)ถ้าผู้ป่วยฉีดอินซูลิน ชนิดออกฤทธิ์ระยะกลาง (Intermediate – acting) ให้ลดขนาดยาลง ร้อยละ 30 – 35
- 9)ถ้าผู้ป่วยฉีดอินซูลิน ชนิดออกฤทธิ์ระยะกลาง (Intermediate – acting) ร่วมกับออกฤทธิ์ระยะสั้น (Short – acting) ให้ลดหรืองด และลดลง 1 / 3
- 10)ถ้าผู้ป่วยฉีดอินซูลิน ชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น (Short – acting insulin) ให้ลดยาฉีดก่อนออกกำลังกาย
- 11)ต้องสามารถทราบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีน้ำตาลติดตัว
- 12)ดื่มน้ำ ให้พอทั้งก่อน และหลังออกกำลังกาย

3.2.4 สรุปแนวทางออกกำลังกาย

- 1)จะต้องออกกำลังกายจนรู้สึกหัวใจเต้นหรือเหงื่อออก หรือจับชีพจรได้ร้อยละ 60 – 80 ของอัตราเต้นสูงสุด

2) จะต้องอบอุ่นร่างกายอย่างน้อย 5 นาทีโดยต้องออกกำลังกาย วันละ 20 – 40 นาที

3) วิธีการออกกำลังอาจทำได้โดยการวิ่งอยู่กับที่ วิ่งเหยาะ ๆ เดินเร็ว ๆ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ

4) ออกกำลังกายวันละครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

5) แนะนำให้ออกช่วงเย็น

6) เริ่มต้นออกกำลังแบบเบา ๆ ก่อน และเพิ่มขึ้นเมื่อท่านแข็งแรงขึ้น

7) พยายามออกกำลังเวลาเดียวกัน สำหรับผู้ที่ฉีดอินซูลิน ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลัง เวลาที่อินซูลินออกฤทธิ์สูงสุด

8) อินซูลินควรจะฉีดที่หน้าท้อง

9) ไม่ควรออกกำลังกายหลังอาหารมื้อหนักโดยทันที

10) งดออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย

11) จับชีพจรขณะออกกำลังกาย และควบคุมมิให้การเต้นของหัวใจ เกินเป้าหมาย

12) ควรออกกำลังกายเป็นกลุ่ม

13) พบข้อจำกัดตัวว่าเป็นเบาหวาน

14) นำลูกอมติดตัวไปด้วยทุกครั้ง เพื่อช่วยในกรณีที่น้ำตาลในกระแสเลือดลดต่ำลง (Hypoglycemia)

3.3 การใช้ยารักษา

ปัจจุบันการรักษาด้วยยาได้รับความนิยมใช้ในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากปัจจัยดังต่อไปนี้

3.3.1 มีหลักฐานยืนยันว่าการควบคุมเบาหวานที่ดี สามารถลดโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวาน

3.3.2 การวินิจฉัยเบาหวานใช้เกณฑ์ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้เริ่มรักษาเบาหวานเร็วขึ้น

3.3.3 ความปลอดภัยของยามีมากขึ้น เกิดภาวะน้ำตาลต่ำน้อยลง ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดมีที่ประเภท เราแบ่งยาเม็ดลดระดับน้ำตาลออกเป็น 2 ประเภท

1) เสริมการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (Agents Enhancing the Effectiveness of Insulin) ยาในกลุ่มนี้ไม่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่

1.1) Metformin เนื่องจากยานี้มีผลทำให้เบื่ออาหาร ดังนั้นจึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมากยานี้ลดน้ำหนักได้ประมาณ 0.6 กิโลกรัม มีผลดีต่อระดับไขมันในเลือดเพราะสามารถลด Triglyceride ร้อยละ 10 – 20 ลด Cholesterol ร้อยละ 5 – 10 ลด LDL ร้อยละ 8 เพิ่ม HDL ร้อยละ 2 ทำให้ลด Fasting blood sugar ลงได้ 58 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ลด HbA1c ได้ ร้อยละ 1.8 หากใช้ร่วมกับ sulfonylurea สามารถลด FPG ได้ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดังนั้นหากน้ำตาลในเลือดมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มักไม่ได้ผลจากยารับประทาน

1.1.1) กลไกการออกฤทธิ์ ลดการสร้างน้ำตาลจากตับ (decrease glycogenolysis, decrease gluconeogenesis) และทำให้น้ำตาลเข้าเซลล์ดีขึ้น (insulin – stimulated glucose transport in muscle cell)

1.1.2) ผลข้างเคียงของยา มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด ท้องเสีย ควรแนะนำให้รับประทานยาพร้อมอาหาร หรือหลังอาหาร และภาวะเป็นกรดในเลือด (Lactic acidosis) โดยมากพบในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคไต โรคตับ ภาวะติดเชื้อมาก

1.1.3) ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ ไตเสื่อมค่า serum creatinine > 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีภาวะอื่น ๆ ที่มีโอกาสเกิดภาวะเป็นกรดในเลือด (Lactic acidosis) และผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ โรคตับ และผู้สูงอายุควรใช้อย่างระมัดระวัง

1.2) Troglitazone ยาตัวนี้ดูดซึมเร็ว ให้พร้อมอาหารตอนเช้า สามารถลด FPG 25 – 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ลด HbA1c ร้อยละ 0.6 – 1 ยาตัวนี้ลดระดับไตรกลีเซอไรด์ ลดระดับอินซูลิน แต่เพิ่มระดับ HDL และระดับ LDL

1.2.1) กลไกการออกฤทธิ์ เพิ่มการออกฤทธิ์ของอินซูลิน แต่ไม่เพิ่มการหลั่งอินซูลิน เพิ่มการใช้กลูโคสในกล้ามเนื้อ และลดการสร้างน้ำตาลจากตับ

1.2.2) ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา ใช้ได้ใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมด้วย และในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถทนต่อ Metformin

1.2.3) ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ไม่ได้รับอินซูลิน หญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีภาวะโรคตับระยะเฉียบพลัน และหัวใจล้มเหลว

1.2.4) ผลข้างเคียงของยาอาจทำให้ทำให้มีการลดลงของความเข้มข้นของเลือดแต่อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาจทำให้ตับอักเสบ ควรเจาะเลือดตรวจการทำงานของตับทุก 2 เดือน เป็นเวลา 1 ปี ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะบวม

เกิดจากการคั่งของน้ำ พบได้ประมาณร้อยละ 7 – 15 น้ำหนักตัวเพิ่มประมาณ 2 กก. ข้อควรระวัง ควรระวังในโรคตับ หญิงให้นมบุตร หญิงตั้งครรภ์ และคนที่หัวใจวาย

1.3) Acarbose เป็นยาที่นำมาใช้รักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยลดการดูดซึมสารอาหารที่ลำไส้เล็กส่วนต้น สามารถลด FPG ได้ 16 – 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ลด HbA1c ได้ 0.59 % และลดน้ำตาลหลังอาหาร (post prandial glucose) ได้ 51 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

1.3.1) ข้อบ่งชี้ในการใช้ สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสูงไม่มาก หรือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีระดับน้ำตาลหลังอาหารสูง สามารถใช้ร่วมกับยาเม็ดลดน้ำตาลชนิดอื่น และสามารถใช้ร่วมกับอินซูลินในการรักษาเบาหวานชนิดที่ 1

1.3.2) ผลข้างเคียงของยา อาจทำให้มีอาการท้องอืด ท้องเดิน ปวดท้อง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทำให้ตับอักเสบได้เพื่อลดผลข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหาร ให้เริ่มยาขนาดน้อยที่สุด 25 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และเพิ่มขนาดยาอย่างช้า ๆ พร้อมอาหารมื้อที่รับประทานให้น้อยที่สุด ผู้ป่วยไตเสื่อมก็ไม่ควรใช้ยานี้

1.3.3) ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้ในผู้ที่มีโรคทางเดินอาหาร เช่น แผลในกระเพาะลำไส้อักเสบ ไตเสื่อม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่หนึ่งที่ไม่ได้รับอินซูลิน ผู้ป่วยโรคตับแข็ง

2) ยาเพิ่มการหลั่งของอินซูลิน (Agents Augmentation the supply of Insulin) ยาในกลุ่มนี้เพิ่มการหลั่งของอินซูลิน ได้แก่

2.1) Sulfonylurea ยากลุ่มนี้ดูดซึมได้ดีเมื่อให้ยาก่อนอาหาร ยาจะถูกขับออกทางไตเป็นส่วนใหญ่ดังนั้นผู้ป่วยที่ไตเสื่อมจึงไม่ควรใช้ยาในกลุ่มนี้ ยากลุ่มนี้จะมีกลไกการออกฤทธิ์คล้ายกันต่อระยะเวลาในการออกฤทธิ์ต่างกันดังนั้นจึงห้ามใช้ยาในกลุ่มนี้ร่วมกัน ควรรับประทานยาก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง

2.1.1) กลไกการออกฤทธิ์ของยา การกระตุ้นการหลั่งอินซูลิน จากเบต้าเซลล์ของตับอ่อน พบว่าการกระตุ้นเกิดเพียงชั่วคราว 3-6 เดือนหลังจากนั้น การหลั่งของอินซูลิน จะมีลักษณะเหมือนก่อนรักษา กดการสร้างกลูโคสที่ตับ และเพิ่มความสามารถของอินซูลิน

2.1.2) ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อยากลุ่มนี้ได้ดี คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุมากกว่า และเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี คนอ้วน

น้ำตาลก่อนอาหารเข้าน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหากเคยได้อินซูลินมาก่อน ควรได้น้อยกว่า 40 ยูนิตต่อวัน

2.1.3) ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ผู้ป่วยที่ถูกตัดตับอ่อนออกหมด มีโรคแทรกซ้อนของเบาหวานอย่างเฉียบพลัน ภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง ผู้ป่วยโรคตับ หรือไต ผู้ที่อยู่ระหว่างการผ่าตัดใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ มีประวัติแพ้ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ อยู่ในภาวะช็อก

2.1.4) ผลข้างเคียงของยา อาจทำให้ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยมักพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปี ภาวะขาดอาหาร ติดสุรา การทำงานของไต ผิดปกติ ทำให้ภาวะเกลือแร่โซเดียมต่ำ (Hyponatremia) เกิดเลือด และเม็ดเลือดขาวต่ำ อาจมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2.8 กิโลกรัม หรือผื่นแพ้ตามผิวหนัง

2.2) Repaglinide ยาลดน้ำตาลชนิดนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นให้ตับอ่อนสร้างอินซูลิน แต่ยานี้จะออกฤทธิ์เร็ว หลังรับประทานยา 15 นาที ยาก็ออกฤทธิ์ ทำให้ระดับน้ำตาลหลังอาหารลดลง เนื่องจากออกฤทธิ์สั้น จึงป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำได้

2.2.1) ข้อบ่งชี้ในการใช้ในเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ยานี้ร่วมกับ การออกกำลังกาย และคุมอาหาร และสามารถใช้ร่วมกับยา Metformin

2.2.2) ข้อควรระวัง และข้อห้ามใช้ ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยานี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ และให้นม และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี

2.3) อินซูลิน (Insulin) เป็นยาที่จำเป็นในการรักษาเบาหวาน ชนิดที่ 1 ทุกราย นอกจากนั้นยังจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ตอบสนอง ต่อยาเม็ด การใช้อินซูลินเหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานซึ่งอาการเกิดเร็ว และน้ำหนักลด อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อน ออกฤทธิ์โดยการนำน้ำตาลจากเลือดเข้าไปในเซลล์ ของร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงาน ในผู้ป่วยที่ขาดอินซูลิน หรืออินซูลินไม่สามารถออกฤทธิ์ ได้ตามปกติ (ดีต่ออินซูลิน) ทำให้เซลล์ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ จึงทำให้ระดับน้ำตาล ในเลือดสูงจึงเกิดโรคเบาหวาน

2.3.1) ข้อบ่งชี้ใน ใช้ได้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ทุกราย ผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไต หรือตับ และใช้ได้ในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาเม็ดลดน้ำตาลไม่ได้ผล คนที่เป็นเบาหวาน หากตั้งครรภ์ หากท่านเป็นเบาหวานรับประทานยาเม็ดอยู่เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ท่านต้องรีบรายงานแพทย์ โดยด่วนเพื่อแพทย์จะได้เปลี่ยนยารับประทานเป็นอินซูลิน เนื่องจากยารับประทานอาจจะไหล ผ่านจากรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้ เมื่อคลอดบุตรแล้วอาจจะให้ยารับประทานใหม่

ผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือด 126 – 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรแนวทางการเลือกให้ยาเม็ดลดน้ำตาล หากผู้ป่วยมี HbA1c สูงเล็กน้อย และน้ำตาลหลังอดอาหาร (fasting blood sugar) อยู่ระหว่าง 126 – 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้เลือกใช้ acarbose ผู้ป่วยกลุ่มนี้หากเป็นคนอ้วนให้ใช้ Metformin แทนแต่ถ้าสงสัยว่าจะมี insulin resistant โดยตรวจพบว่า มี central obesity คือ มีอัตราส่วนของรอบเอว ต่อรอบสะโพกมากกว่า 1 หรือ 0.8 ในชาย และหญิงตามลำดับ ให้ใช้ Troglitazone ผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือด > 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ใช้กลุ่ม sulfonylurea โดยเริ่มใช้ยาในขนาดต่ำ ถ้าน้ำตาลมากกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้เริ่มยาครั้งละ 1 เม็ด ถ้าน้ำตาลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร HbA1c > 10% ให้เริ่มยาลดน้ำตาล 2 ชนิด

2.3.2) การปฏิบัติตัวเมื่อรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด คือ รับประทานอาหารให้สม่ำเสมอ และตรงต่อเวลา รับประทานยาตามมือที่แพทย์สั่ง หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ควรทราบผลข้างเคียงของยาโดยสอบถามจากแพทย์ หรือศึกษาจากคู่มือในการใช้ยา เมื่อสงสัยว่าจะเกิดอาการแพ้ยาควรปรึกษาแพทย์ ควรแจ้งแพทย์ว่ามีประวัติแพ้ยาอะไรบ้าง ควรทราบวิธีแก้ไขเมื่อมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ วิธีปฏิบัติตัวเมื่อเวลาเจ็บป่วย และหากการควบคุมน้ำตาลยังไม่ดีควรเจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้าน

2.3.3) วิธีป้องกันมิให้ลืมรับประทานยาควรรับประทานยา เวลาเดียวกันทุกวัน รับประทานยาเวลาเดียวกับยาอื่น ๆ ที่ใช้อยู่ หรือสัมพันธ์กับกิจกรรมอื่น เช่น หลังแปรงฟัน เป็นต้น เก็บยาไว้ในที่มองเห็นง่าย และหยิบง่าย ไม่ต้องแช่เย็น ให้ความสนใจมือที่มักลืมเสมอ และควรแบ่งขนาดยาเป็นมือ ๆ ต่อวัน

3.4 การจัดการความเครียด

การจัดการความเครียด หมายถึง การใช้เทคนิคกว้าง ๆ ที่หลากหลาย เพื่อบำบัดทางจิตในการควบคุมระดับความเครียดของบุคคลโดยเฉพาะความเครียดเรื้อรัง ตามปกติแล้วมีจุดประสงค์ในการแก้ไข การทำหน้าที่ของบุคคลในแต่ละวันให้ดีขึ้น

อีกนัยหนึ่ง การจัดการกับความเครียด คือ การดูแลทุกสิ่งทุกอย่าง ที่เกี่ยวกับวิถีชีวิต ความคิด อารมณ์ และวิธีการจัดการกับปัญหาของบุคคล

ความเครียดนั้นนำมาซึ่งอาการทางกาย และอาการทางจิตหลายประการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด อาการเหล่านี้ อาจทำให้เสียสุขภาพ และเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ได้ กระบวนการจัดการกับความเครียด จึงเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลมีความสุข และประสบความสำเร็จ

ในชีวิตท่ามกลางสังคมในยุคปัจจุบันนี้ แม้ว่าชีวิตคนเราจะมีความต้องการมากมายที่ทำให้ยากต่อการรับมือกับมัน แต่ทว่ายังมีวิธีการจัดการกับความเครียดหลายวิธีที่จะช่วยลดความวิตกกังวล และคงความผาสุก (Well - being) ในภาพรวมของคนเราไว้ได้ เทคนิคในการจัดการกับความเครียดในทางปฏิบัติมีหลายวิธี เช่น การฝึกจิต การฝึกสมาธิ วิปัสสนา การสูดลมหายใจเข้าออกลึก ๆ การฝึกโยคะ การอ่านนวนิยาย การสวดมนต์ เทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ การใช้อารมณ์ขัน การออกกำลังกาย การนวดสปา การบำบัดทางเสียง การบริหารเวลา การวางแผน และการตัดสินใจ การฟังดนตรีเบา ๆ คลายเครียด และการใช้เวลาว่างอยู่กับ สัตว์เลี้ยง เป็นต้น บางวิธีใช้สำหรับนักวิชาชีพทางด้านสุขภาพเท่านั้น ส่วนที่เหลือสามารถใช้ได้ในบุคคลทั่วไป เพื่อช่วยลดความเครียดได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึก ทางบวก และสามารถควบคุมชีวิตของตนเอง และส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทั่ว ๆ ไปในชีวิตได้

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพในยุคแรก ๆ และเป็นทฤษฎีที่ถูกนำมาใช้ และอ้างอิงมากที่สุดทฤษฎีหนึ่ง ทฤษฎีนี้มีจุดเริ่มในราวทศวรรษที่ 50 (ประมาณปี พ.ศ. 2493) โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่สถาบันบริการสาธารณสุข ประเทศสหรัฐอเมริกา (U.S. Public Health Services) นักวิชาการกลุ่มนี้ต้องการอธิบายสาเหตุว่าทำไมประชาชนจึงไม่มารับการตรวจคัดกรองโรค และร่วมกิจกรรมป้องกันโรค ยกตัวอย่างเช่น สถาบันได้ออกหน่วยเอกซเรย์เคลื่อนที่ให้บริการเอกซเรย์ปอดฟรีเพื่อคัดกรองผู้ที่ป่วยเป็นวัณโรคทั้ง ๆ ที่เป็นบริการที่จัดให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ในสถานที่ที่สะดวกต่อการมารับบริการของประชาชนโครงการนี้กลับไม่ได้รับการตอบรับจากประชาชนเท่าที่ควร จึงเกิดคำถามว่า “ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น?”

เพื่อตอบคำถามนี้ นักจิตวิทยาสังคมกลุ่มนี้ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่สนับสนุน และปัจจัยที่ต่อต้านไม่ให้ประชาชนมารับบริการตามโครงการนี้ แล้วเสนอเป็นแนวคิดเชิงทฤษฎีว่าเหตุที่บุคคลไม่มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และในที่สุดไม่มารับบริการ เป็นเพราะความเชื่อที่ว่าตนไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยร่วมกับไม่รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการมารับบริการ

ในการติดตามทดสอบแนวคิดนี้เป็นเวลาหลายปีนักวิจัยได้ขยายขอบเขตของทฤษฎีนี้ และได้ข้อสรุปเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สุขภาพ หรือไม่ขึ้นอยู่กับ 6 ปัจจัยหลัก โดยอธิบายว่า บุคคลจะมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง หรือ “ทำอะไรสักอย่าง” เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพถ้าบุคคลนั้น

เชื่อว่าตนมีโอกาสได้รับผลเสียหรือผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้น หรือมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง / การรับรู้โอกาสได้รับผลกระทบ (Perceived susceptibility)

เชื่อว่าโรค หรือปัญหาสุขภาพหากเกิดขึ้นจะมีความรุนแรง และอันตราย หรือมีการรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity)

เชื่อว่าการดำเนินการหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค หรือปัญหาสุขภาพหรือมีการรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits)

เชื่อว่าค่าใช้จ่าย และสิ่งที่ต้องลงทุนเมื่อดำเนินการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อดำเนินแล้วจะน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ หรือมีการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ในระดับที่ควบคุมได้

ได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เช่น ตู้อิเล็กทรอนิกส์ ที่เตือนให้ตรวจสุขภาพหรือมีแพทย์เตือนให้ตรวจแมมโมแกรม) หรือมีสิ่งเตือนให้ปฏิบัติ (Cues to action)

มีความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ หรือมีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self - efficacy)

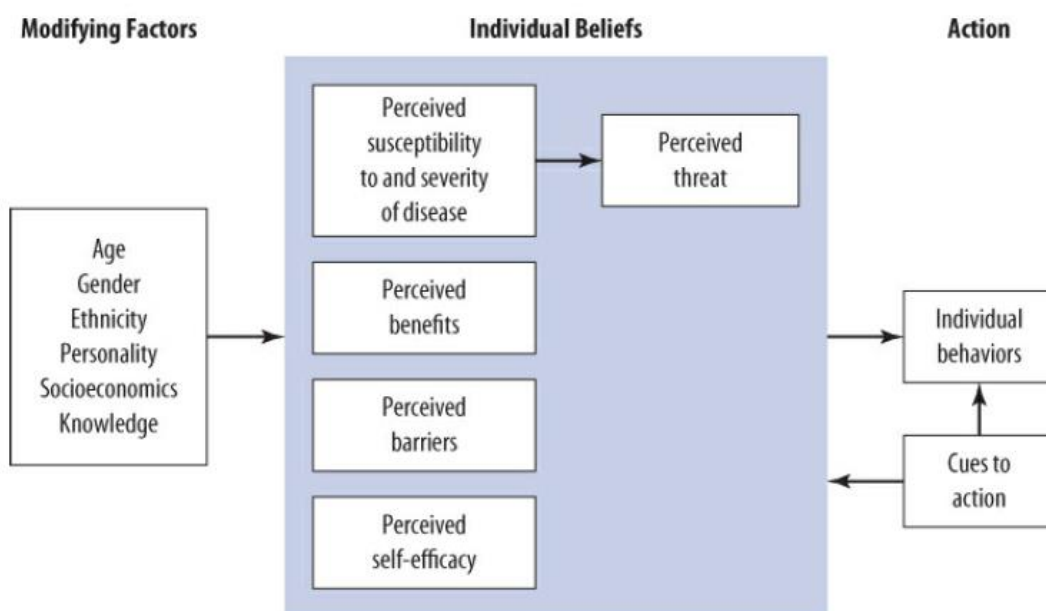
เนื่องจาก “ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ” เป็นจุดเน้นสำคัญของทฤษฎีนี้แบบจำลอง ความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเหมาะกับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในพฤติกรรม ที่ทำให้เกิดโรค หรือปัญหาสุขภาพ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หรือพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยนำปัจจัยทั้ง 6 เป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานในการออกแบบกลยุทธ์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งระยะสั้น และระยะยาว (ดูรายละเอียดในตาราง 2) เมื่อนำทฤษฎีนี้ไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ปฏิบัติต้องทำความเข้าใจ ในประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้าใจให้ชัดเจนว่าบุคคลมีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับใดบุคคลรับรู้ว่ามีปัญหาที่มีความรุนแรง หรือไม่ และบุคคลเชื่อ หรือไม่ว่าการปฏิบัติ หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยลดปัญหาได้ และด้วยการลงทุน ที่เหมาะสมซึ่งความพยายามทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันเหล่านี้มักยาก และสลับซับซ้อนมากกว่าที่เห็นอยู่มาก ตาราง 2 สรุปแนวคิดความหมาย และกลยุทธ์ ที่สอดคล้องกับแต่ละแนวคิดตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และภาพ 1 แสดงโครงสร้าง แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

ตาราง 2 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิด	ความหมาย	กลยุทธ์ที่ใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง / การรับรู้โอกาสได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพ (Perceived susceptibility)	ความเชื่อที่ตนเองมีโอกาสเจ็บป่วย เป็นโรคหรือมีปัญหาสุขภาพ	- ระบุกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงและระดับของความเสี่ยง - ปรับข้อมูลความเสี่ยงให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ตามลักษณะส่วนบุคคลหรือพฤติกรรมของบุคคล - ช่วยปรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงหรือการรับรู้โอกาสได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพให้เหมาะสมสอดคล้องกับบุคคล
2. การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity)	ความเชื่อที่ว่าโรคหรือปัญหาสุขภาพ รวมถึงผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพอาจมีความรุนแรง	- ระบุผลกระทบของโรคหรือปัญหาสุขภาพ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา
3. การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits)	ความเชื่อที่ว่า การดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของปัญหาได้	- ให้คำแนะนำว่าจะเริ่มปฏิบัติอย่างไรที่ไหน และเมื่อใด รวมถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นคืออะไร
4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers)	การรับรู้ว่าหากมีการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาจะมี “ค่าใช้จ่าย” หรือ “การลงทุน” (ทั้งทางวัตถุและทางจิตใจ) อะไรบ้าง	- ให้ความมั่นใจ กระตุ้น และให้ความช่วยเหลือ - ช่วยแก้ไขการรับรู้อุปสรรคที่ไม่ถูกต้อง
5. สิ่งเตือนให้ปฏิบัติ (Cues to action)	สิ่งกระตุ้นเตือนให้บุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ	- ให้คำแนะนำที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ส่งเสริมให้เกิดความตระหนัก และใช้รูปแบบการกระตุ้นเตือนที่หลากหลาย
6. การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy)	ความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติหรือที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	- จัดการอบรมหรือให้คำแนะนำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติ - แนะนำวิธีตั้งเป้าหมายแบบขั้นบันได (เพิ่มความท้าทายขึ้นทีละน้อย) - ใช้คำพูดเสริมแรง - ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ที่มา: Rosenstovk and Irain M. 1974, 354–386.

แนวคิด	ความหมาย	กลยุทธ์ที่ใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
--------	----------	---



ภาพ 1 แสดงโครงสร้างแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา: Karen Glanz; Barbara K. Rimer; K. Viswanath, 2015, หน้า 102.

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีดังนี้

พรรณนิภา บุญเทียร และคณะ (2563) ได้ศึกษา เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน จำนวน 144 คน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน และแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับชุมชน จำนวน 2 โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน อายุเฉลี่ย 62.49 ปี (SD = 10.91) มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานมานานเฉลี่ย 9.03 ปี มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองโดยรวม (= 85.67, SD = 10.71) โดยปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ได้ร้อยละ 53 (adjusted R2 = .53)

เสน่ห์ แสงเงิน และถาวร มาตัน (2562) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตพื้นที่ชายแดนฝั่งตะวันตก จังหวัดตาก จำนวน 385 คน ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 68.1 เพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.1 ปี ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ยเท่ากับ 6.9 ปี ร้อยละ 31.4 มีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง และพบว่าระยะเวลาป่วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง รับรู้อุปสรรค รับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ระยะเวลาป่วย รับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ร้อยละ 31.5

กมลพรรณ จักรแก้ว (2561) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 154 คน ผลการวิจัย การศึกษาเชิงปริมาณพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (70.80%) และมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี เมื่อศึกษาความรู้ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ($X = 11.24$, $S.D. = 2.12$) และการดูแลตนเองทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดี ($X = 2.45$, $S.D. = 0.15$) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานพบว่า อายุ ความรู้ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานพบว่า ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเกิดจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีภาระในด้านเศรษฐกิจ และภาระหน้าที่ในครอบครัว ในส่วนของความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานต้องการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และเทศบาลตำบลลวงเหนือสนับสนุนด้านการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และสถานที่ในการออกกำลังกาย

ฐิติภัทร จันเกษม (2561) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยพยากรณ์ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ของผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 224 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.6 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.4 สำหรับปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ($Beta = -0.369$) รองลงมา ได้แก่ อายุ ($Beta = -0.203$) และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($Beta = 0.196$) ตามลำดับ ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัวแปร รวมพยากรณ์ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ร้อยละ 19.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2561) ได้ศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานของสถานบริการสาธารณสุขเขตอำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต จำนวน 302 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย สถานภาพสมรส การรับประทานยาชนิดหลังทานอาหาร การใช้ทั้งยาฉีดและยารับประทาน การมีโรคไขมันในเลือดสูง การคุมอาหารเพียงอย่างเดียว และการรับรู้อุปสรรคของการรักษา มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามลำดับ ปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การรับประทานยาชนิดหลังอาหาร การใช้ทั้งยาฉีด และยารับประทาน การรับรู้อุปสรรคของการรักษา โรคไขมันในเลือดสูง การควบคุมอาหาร ทำนายได้ร้อยละ 17.6 ($R^2 = 0.176$)

อภิชัย คุณีพงษ์ (2561) ได้ศึกษา เรื่อง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี จำนวน 124 ราย ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.7 และการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.6 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมาคือ ระดับต่ำ และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 37.9 และ 19.4 ตามลำดับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.8 รองลงมาคือ ระดับต่ำ และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 15.3

และ 12.9 ตามลำดับ จำแนกเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.7 การออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 50.8 การรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.0 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ผลการวิเคราะห์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่ามี 4 ปัจจัย คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค ของการดูแลตนเอง สามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 60.8 โดยมีความสำคัญตามลำดับและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

รัชณี ปลั่งกลาง (2561) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข สุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม สำนักการสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 131 คน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล ระบบบริการสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเชิงชักนำให้เกิดการปฏิบัติ สำหรับอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = 0.043) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยปัจจัยเชิงชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ และการส่งต่อรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สามารถทำนายได้ร้อยละ 40.10

รติภาคย์ ตามภาค (2561) ได้ศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และประสิทธิภาพการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย ของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 750 คน จากการวิจัยพบว่า ร้อยละ 51.7 ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีอายุ 60 - 69 ปี (ค่าเฉลี่ย = 70, SD = 7.57) ร้อยละ 49.6 เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.5 นับถือศาสนาพุทธ

และร้อยละ 6.1 ไม่มีบัตรประชาชน หลังจากควบคุมตัวแปรจนทั้งหมด พบ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ผู้สูงอายุชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากถึง 4.75 เท่า (95% CI = 2.22 - 10.15) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุชาติพันธุ์อาข่า ผู้สูงอายุชาติพันธุ์เย้ามีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากถึง 3.19 เท่า (95% CI = 1.45 - 6.99) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุชาติพันธุ์อาข่า ผู้สูงอายุชาติพันธุ์ลาหู่ มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากถึง 3.00 เท่า (95% CI = 1.37 - 6.63) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุชาติพันธุ์อาข่า และผู้สูงอายุชาติพันธุ์ลีซอ มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากถึง 2.71 เท่า (95% CI = 1.22 - 6.03) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุชาติพันธุ์อาข่าตามลำดับ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากถึง 2.46 เท่า (95% CI = 1.31 - 4.57) เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากถึง 1.93 เท่า (95% CI = 1.29 - 2.91) เมื่อเทียบกับคนที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุที่มีค่าระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากถึง 1.99 เท่า (95% CI = 1.27 - 3.11) เมื่อเทียบกับคนที่มีค่าระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดปกติ ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และไม่ได้มีข้อแตกต่างกันในด้านการมีแบบแผนการดำรงชีวิต เช่น การพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง และการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารประจำวัน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย นอกจากนั้นการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้สูงอายุชาวเขา

ชุดิมา สร้อยนาค, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และพรศิริ พันธสี (2561) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน ของมุสลิมวัยทำงานอายุ 20 - 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสัปบุรุษประจำมัสยิดกลาง จังหวัดชลบุรี จำนวน 219 คน จากผลการวิจัย พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ทั้งนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว น้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต ส่วนการรับรู้อุปสรรค

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว น้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

รพ.สต.บ้านท่าข้าม ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ (2561) ได้ศึกษา เรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.9 การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.5 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.2 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.4 และพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กันกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสองกลุ่ม

อัจฉรา สุทธิรัญ และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2561) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ของผู้ป่วยเบาหวานโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 308 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($X = 2.51, S.D. = 0.50$) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.45, p - \text{value} < 0.001$) เมื่อจำแนกการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้อุปสรรคของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.377, p - \text{value} < 0.001, r = 0.302, p - \text{value} < 0.001, r = 0.224, p - \text{value} < 0.001$ ตามลำดับ) แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ($r = 0.083, p - \text{value} = 0.266$)

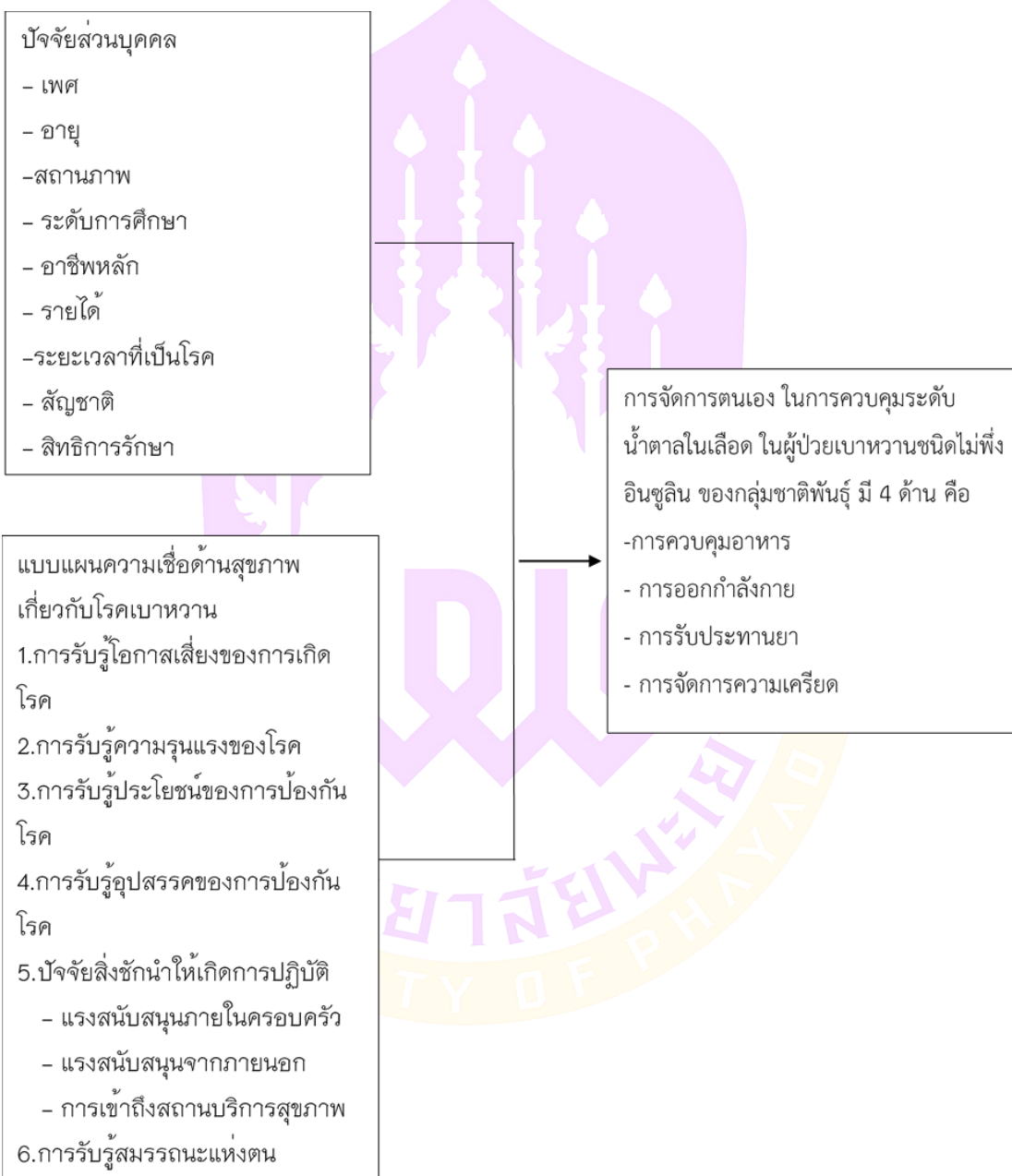
มุกดา นิมบัวทอง (2558) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 285 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวสังคมทุกตัวแปร

ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .258$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .160$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ จากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .258$ และ $.153$ ตามลำดับ)

โชติรส คงหอม (2557) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 229 คน ผลการวิจัยพบว่าระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระดับพฤติกรรมจัดการตนเอง ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมทั้งหมด อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.06 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.94 และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.64 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.74 การศึกษาถดถอยพหุคูณ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน สามารถทำนาย พฤติกรรมการจัดการตนเองของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถทำนายได้ร้อยละ 13.7



กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอมะสาय จังหวัดเชียงราย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอมะสาय จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งได้นำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร (Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มชาติพันธุ์ ที่ขึ้นทะเบียน และยังรับการรักษาอยู่ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมะสาय อำเภอมะสาय จังหวัดเชียงราย จำนวน 910 คน (งานเวชระเบียน และสถิติ โรงพยาบาลมะสาय, 2564)

2. กลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

2.1 การคำนวณขนาดตัวอย่างผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างประเภทการประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบขนาดประชากร ตามหลักการของ n4studies (Wayne W. Daniel and Chad L. Cross, 2014) ที่ระดับความน่าเชื่อถือ ร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ ± 5 ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร มีจำนวน 910 คน

Z = คะแนนมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น $(1-\alpha)100\%$ ในที่นี้กำหนดให้ระดับความเชื่อมั่น 95% และจะทำให้ได้คะแนนมาตรฐาน $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ (นั่นคือ $Z_{1-0.05/2} = Z_{0.975} = 1.959964$)

P = ค่าสัดส่วนประชากร ของงานวิจัยที่ศึกษาที่ผ่านมาคือ 0.168 (รติภาคย์ ตามรภาค,2561) อัตราความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่สองในกลุ่มผู้สูงอายุชาวเขา คือ ร้อยละ 16.8

d = ความคลาดเคลื่อนของสัดส่วนของตัวอย่าง ซึ่งกำหนดไว้ที่ 0.05 เมื่อแทนค่าจะได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{(910) (0.168) (1-0.168) (1.96)^2}{(0.05)^2(910-1) + (0.168) (1-0.168) (1.96)^2}$$

$$n = 173.9 \approx 174 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ดังนั้นได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ $191.4 \approx 192$ คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

2.2 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

2.2.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน ที่โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2.2.2 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีอายุ 30 – 59 ปี

2.2.3 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ สัญชาติไทลื้อ สัญชาติไทใหญ่

2.2.4 ไม่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 – 5 โรคลมชัก และโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง

2.2.5 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา

2.2.6 ไม่ได้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ให้อุบัติเหตุอื่นมารับยาแทน

2.2.7 สื่อสารภาษาไทยได้ หรือสื่อสารผ่านล่ามแปลภาษาได้

2.2.8 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.3 เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria)

2.3.1 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

2.3.2 แบบสอบถามมีข้อมูลไม่ครบถ้วน

2.3.3 เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่าง ออกจากโครงการวิจัย (Discontinuation criteria)

2.3.4 กลุ่มตัวอย่างประสงค์ที่จะถอนตัวในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

2.3.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับฟังการชี้แจงรายละเอียดของโครงการแล้วไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูล

2.3.6 เสียชีวิต

2.4 เกณฑ์เกณฑ์การยุติโครงการวิจัยทั้งหมด (Terminal criteria)

2.4.1 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 20 ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.5 วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณข้างต้นได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 192 คน ซึ่งผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จากเลขลำดับตามทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่กำหนดไว้ในโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.5.1 กำหนดกรอบประชากร/หมายเลขประจำตัวให้แก่สมาชิกทุกหน่วยในประชากร

2.5.2 หาอัตราส่วน (k) ระหว่างประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n) จากสูตร

$$k = \frac{N}{n}$$

$$k = \frac{920}{192}$$

$k = 4.79 = 5$ หมายความว่า จำนวนประชากรทุก ๆ 5 คน จะได้รับการสุ่มตัวอย่าง 1 คน

2.5.3 สุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดสมาชิกคนแรก (R) ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากหมายเลข 1 - 5 มา 1 หมายเลข สำหรับลำดับต่อไปของกลุ่มตัวอย่างจะมีระยะห่างจากลำดับก่อนหน้า 5 หน่วยนับ ผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มต่อไปจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 192 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัย แล้วออกแบบเครื่องมือ ประกอบด้วย 9 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน สัญชาติ สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับ ความหมาย กลไกการเกิดโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการ และอาการแสดง การรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ใช้ กับไม่ใช่ โดยเครื่องมือที่ผู้ศึกษาเป็นผู้สร้างขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 16 – 20 คะแนน)

มีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79.99 (ช่วงคะแนน 12 – 15 คะแนน)

มีความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0–11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถาม มุกดา นิมบัวทอง (2558) โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามหลักของลิเคิร์ท ดังนี้

	การปฏิบัติในทางบวก	การปฏิบัติในทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็นระดับช่วง (Interval scale) โดยคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเกณฑ์แปลความหมายคะแนนระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้หลักการแบ่งแบบของ Best (1977) ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลผล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (25 - 5) / 3 \\ &= 6.67 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ดังนี้

คะแนน	แปลผล
19 – 25 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง
12 – 18 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
5 – 11 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

การหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม รายข้อ ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดย ซึ่งอยู่ระหว่าง 1 – 5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย จากทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (5 - 1) / 3 \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานรายข้อได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33	ข้อนั้น ๆ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถาม มุกดา นิมบัวทอง (2558) โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามหลักของลิเครท ดังนี้

	การปฏิบัติในทางบวก	การปฏิบัติในทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2 คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

แบ่งระดับ คะแนน เป็น ระดับ ช่วง (Interval scale) โดย คะแนน ที่ได้จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบเกณฑ์แปลความหมายคะแนนระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน โดย แบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้หลักการแบ่งแบบของ Best (1977) ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลผลการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (30 - 6) / 3 \\ &= 8 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการป้องกันโรคเบาหวาน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
22 – 30 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง
14 – 21 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
6 – 13 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

การหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม รายข้อ ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดย ซึ่งอยู่ระหว่าง 1 – 5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย จากทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (1977) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (5 - 1) / 3 \\ &= 1.33\end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานรายข้อได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถาม มุกดา นิมบัวทอง (2558) โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามหลักของลิเคิร์ท ดังนี้

	การปฏิบัติในทางบวก	การปฏิบัติในทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็นระดับช่วง (Interval scale) โดยคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบเกณฑ์แปลความหมายคะแนนระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานโดยแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้หลักการแบ่งแบบของ Best (1977) ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลผลการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานโดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (30 - 6) / 3 \\ &= 8\end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
22 - 30 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง
14 - 21 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
6 - 13 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

การหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม รายข้อ ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดย ซึ่งอยู่ระหว่าง 1 - 5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย จากทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (5 - 1) / 3 \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานรายข้อได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 - 5.00	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.66	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถาม มุกดา นิมบัวทอง (2558) โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามหลักของลิเคร์ท ดังนี้

	การปฏิบัติในทางบวก	การปฏิบัติในทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็นระดับช่วง (Interval scale) โดยคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบเกณฑ์แปลความหมายคะแนนระดับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้หลักการแบ่งแบบของ Best (1977) ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลผลการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (30 - 6) / 3 \\ &= 8 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
22 - 30 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง
14 - 21 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
6 - 13 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

การหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามรายชื่อใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ ซึ่งอยู่ระหว่าง 1 - 5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย จากทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (5 - 1) / 3 \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานรายข้อ
ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวาน
จำนวน 10 ข้อ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะคำถาม
เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามหลักของลิเครท ดังนี้

	การปฏิบัติในทางบวก	การปฏิบัติในทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็นระดับช่วง (Interval scale) โดยคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์
เปรียบเทียบเกณฑ์แปลความหมายคะแนนระดับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวาน
โดยแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้หลักการแบ่งแบบของ Best (1977) ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลผล
สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานโดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (50 - 10) / 3 \\ &= 13.33 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวาน
ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
38 – 50 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง
24 – 37 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
10 – 23 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

การหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม รายข้อ ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์
ซึ่งอยู่ระหว่าง 1 – 5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนน
พิสัย จากทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (5 - 1) / 3 \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวาน
รายข้อ ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง
ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง มี 2 ด้าน คือ 1) ประสิทธิภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง
2) ภาวะวิตกกังวลในการรักษาพยาบาล (Huanhuan Hu, Gang Li and Takashi Aroo, 2013)
จำนวน 10 ข้อข้อคำถามแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

	การปฏิบัติในทางบวก	การปฏิบัติในทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็นระดับช่วง (Interval scale) โดยคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบเกณฑ์แปลความหมายคะแนนระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้หลักการแบ่งแบบของ Best (1977) ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (50 - 10) / 3 \\ &= 13.33 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
38 – 50 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง
24 – 37 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
10 – 23 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

การหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม รายข้อ ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดย ซึ่งอยู่ระหว่าง 1 – 5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย จากทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (1977) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (5 - 1) / 3 \\ &= 1.33\end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายข้อ ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 9 แบบวัดการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งข้อคำถามประกอบด้วย การจัดการตนเองด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการจัดการความเครียด รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ โดยคำถามเป็นการปฏิบัติตนในด้านบวก และการปฏิบัติตนในด้านลบ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติระดับมาก ปฏิบัติระดับปานกลาง ปฏิบัติระดับน้อย ปฏิบัติระดับน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	การปฏิบัติในทางบวก	การปฏิบัติในทางลบ
ปฏิบัติระดับมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติระดับมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติระดับปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติระดับน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ปฏิบัติระดับน้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็นระดับช่วง (Interval scale) โดยคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบเกณฑ์แปลความหมายคะแนนระดับการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน

โดย แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งแบบของ Best (1977) ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลผล การจัดการตนเอง ภาพรวม ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนนดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (130 - 26) / 3 \\ &= 34.66 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
95.34 – 130 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง
60.67 – 95.33 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับปานกลาง
26.34 – 60.66 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับต่ำ

ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนสอบถามรายข้อ ซึ่งอยู่ระหว่าง 1 – 5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนน พิสัย จากทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (5 - 1) / 3 \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00	ข้อนั้น ๆ มีการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66	ข้อนั้น ๆ มีการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33	ข้อนั้น ๆ มีการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับต่ำ

การหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามรายด้านใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยอยู่ระหว่าง 1 – 10 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับโดยคำนวณช่วงคะแนน พิสัย จากทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (1977) ดังนี้

ด้านอาหาร จำนวน 8 ข้อ

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (40 - 8) / 3 \\ &= 10.66 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านอาหารได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 29.34-40.00	มีการจัดการตนเองด้านอาหารในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 18.67-29.33	มีการจัดการตนเองด้านอาหารในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 8.00-18.66	มีการจัดการตนเองด้านอาหารในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับต่ำ

ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (25 - 5) / 3 \\ &= 6.66 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการออกกำลังกายได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 18.34 – 25.00	มีการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 11.67 – 18.33	มีการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 5.00 – 11.66	มีการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับต่ำ

ด้านการใช้จ่าย จำนวน 8 ข้อ

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (40 - 8) / 3 \\ &= 10.66\end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการใช้จ่ายได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 29.34 – 40.00	มีการจัดการตนเองด้านการใช้จ่ายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 18.67 – 29.33	มีการจัดการตนเองด้านการใช้จ่ายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 8.00 – 18.66	มีการจัดการตนเองด้านการใช้จ่ายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับต่ำ

ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 5 ข้อ

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (25 - 5) / 3 \\ &= 6.66\end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการจัดการกับความเครียดได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 18.34 – 25.00	มีการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 11.67 – 18.33	มีการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 5.00 – 11.66	มีการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา และคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำแบบสอบถามมาปรับแก้ไข ให้มีเนื้อหาตรงกับเรื่องที่ต้องการวัด

1.2 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้อง การวัดตามเกณฑ์การให้คะแนน และการใช้ภาษาที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงและแก้ไขเพิ่มเติม และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ ซึ่งแต่ละท่านพิจารณาความเห็น และให้คะแนน ดังนี้

ให้คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

1.3 นำข้อมูลที่รวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item Objective Congruence) โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์

$\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยค่า IOC ที่ยอมรับว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา คือ มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป หากมีค่าน้อยกว่า 0.50 ถือว่าแบบสอบถามข้อนั้นไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจะทำการปรับปรุงข้อคำถามนั้นใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่า IOC มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.50 โดยแยกเป็นรายด้าน ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ค่า IOC ทุกข้อ = 1

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ค่า IOC ทุกข้อ = 1

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ค่า IOC ทุกข้อ = 1

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ค่า IOC ทุกข้อ = 1

- ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน ค่า IOC ทุกข้อ = 1
 ส่วนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ค่า IOC ทุกข้อ = 1
 ส่วนที่ 7 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวาน ค่า IOC = 0.67 - 1
 ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค่า IOC ทุกข้อ = 1
 ส่วนที่ 9 แบบวัดการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน ค่า IOC = 0.67 - 1

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) คณะผู้วิจัย นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในกลุ่มชาติพันธุ์โรงพยาบาลเชียงของ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ที่เป็นพื้นที่ใกล้เคียง โรงพยาบาลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดย ส่วนที่ 2 ใช้วิธีหาค่า Kuder - Richardson 20: $KR - 20KR - 20$

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ผลการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น $KR - 20 = 0.94$

โดยส่วนที่ 3 - 9 ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ผลการคำนวณ $r = 0.72$

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ผลการคำนวณ $r = 0.73$

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน ผลการคำนวณ $r = 0.97$

ส่วนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ผลการคำนวณ $r = 0.75$

ส่วนที่ 7 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวาน ผลการคำนวณ $r = 0.89$

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานผลการคำนวณ $r = 0.93$

ส่วนที่ 9 แบบวัดการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานผลการคำนวณ $r = 0.86$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2565 - 30 มิถุนายน 2565 โดยกำหนดขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลไว้ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่
2. เมื่อได้รับหนังสือแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน ขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลแม่สาย เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลการวิจัยกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่สาย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยติดต่อ และประสานงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สาย และล่ามแปลภาษา เพื่อนัดหมายการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ และรูปแบบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยนัดหมายการพบกลุ่มตัวอย่างที่มีรายชื่อจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกโรคเบาหวาน อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่สาย พร้อมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สาย และล่ามแปลภาษา โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการทำวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นขอความยินยอมในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ
5. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ในการวิจัยตอบโดยการซักถามจากผู้วิจัย กรณีสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และโดยล่ามแปลภาษา กรณีสื่อสารภาษาไทยไม่ได้ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที
6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง พร้อมทั้งตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง
7. ทำการลงรหัส และจัดระบบข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ เพื่อทำการทดสอบสมมติฐาน และรายงานผลการวิจัยต่อไป
8. เมื่อได้ผลการวิจัยแล้ว นำผลการวิจัยที่ได้ไปสรุปรวบรวมปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบ ให้คะแนน และลงรหัส (Code) แล้วนำมาประมวลผลข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อทดสอบค่าทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติ หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Person Correlation เพื่อศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเอง และ Multiple Regression เพื่อศึกษาปัจจัย

ที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิด
ไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 11 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 7 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 8 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 9 การจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 11 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 192 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ต่อเดือนระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน สัญชาติ และสิทธิการรักษา ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 192)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
เพศชาย	70	36.5
เพศหญิง	122	63.5
อายุ		
30-40 ปี	6	3.1
41 – 50 ปี	61	31.8
51 – 59 ปี	125	65.1
\bar{x} = 53.22, S.D. = 5.524, Min = 33, Max = 59		
สถานภาพ		
โสด	26	13.5
สมรส	134	69.8
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	32	16.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ไม่จบประถมศึกษา	160	83.3
ประถมศึกษา	22	11.5
มัธยมศึกษา/ปวช.	9	4.7
อนุปริญญา/ปวส.	0	0
ปริญญาตรี	1	0.5
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
ไม่มีอาชีพ	66	34.4
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	48	25.0
รับราชการ	0	0
รัฐวิสาหกิจ	0	0
รับจ้าง	72	37.5
เกษตรกรรวม	6	3.1
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	33	17.2
5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน	125	65.1
สูงกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	34	17.7
$\bar{x} = 8488.54$, S.D. = 3134.51, Min = 1000, Max = 19000		
ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน		
1-10 ปี	127	66.1
11-20 ปี	64	33.4
21 ปี ขึ้นไป	1	0.5
$\bar{x} = 8.989$, S.D. = 4.776, Min = 1, Max = 30		
สัญชาติ		
ไทใหญ่	109	56.8
ไทลื้อ	83	43.2
สิทธิการรักษา		
มีสิทธิการรักษา	170	88.5
ไม่มีสิทธิการรักษา	22	11.5

จากตาราง 3 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.5 มีอายุเฉลี่ย 53.2 ปี อายุต่ำสุด 33 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพส่วนใหญ่คือสมรส ร้อยละ 69.8 การศึกษาส่วนใหญ่คือไม่ได้เรียนหนังสือ / ไม่จบประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.5 รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือนอยู่ที่ 8,488.54 บาท

ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานอยู่ที่ 8.9 ปี ส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทใหญ่ ร้อยละ 56.8 สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา ร้อยละ 88.5

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 192 คน ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ร้อยละรายชื่อเกี่ยวกับความรู้โรคเบาหวาน (n = 192)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ตอบผิด		ตอบถูก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การเป็นโรคเบาหวานคือการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าระดับปกติ	18	9.38	174	90.62
2. โรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้	74	38.55	118	61.45
3. โรคเบาหวานเกิดจากความบกพร่องของตับอ่อน	89	46.36	103	53.64
4. โรคเบาหวานเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	39	20.32	153	79.68
5. บุคคลที่อ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	44	22.92	148	77.08
6. อาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ อ่อนเพลีย หิวบ่อย กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย และน้ำหนักตัวลดลง	20	10.42	172	89.58
7. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากเป็นแผลแล้ว จะรักษาหายยาก	23	11.98	169	88.02

ตาราง 4 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ตอบผิด		ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)	
8. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ไตวายเรื้อรังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อัมพาต ซาปลายเท้า และเบาหวานขึ้นตา	25	13.03	167	86.97
9. ถ้ามีอาการเท้าเย็นในเวลากลางคืน ใช้กระเป๋าไฟฟ้า หรือกระเป๋าน้ำร้อนวางบนเท้า	123	64.07	69	35.93
10. การมารับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ต้องงดน้ำงดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง	33	17.19	159	82.81
11. หากสัมผัสกินยาเมื่อใดมือหนึ่ง สามารถกินเพิ่มเป็น 2 เท้าในมือถัดไปได้	49	25.53	143	74.47
12. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดรับประทานยาโรคเบาหวานเองได้ เมื่อรู้สึกอาการดีขึ้น	56	29.17	136	70.83
13. ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แกว่งแขน เดิน อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน หรืออย่างน้อย 150 นาที / สัปดาห์	39	20.32	153	79.68
14. ขณะออกกำลังกาย เมื่อรู้สึกเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ ควรหยุดออกกำลังกายทันที	32	16.67	160	83.33
15. ผู้ป่วยเบาหวานควรกินข้าวเพียง 2 - 3 คำต่อมื้อ จะช่วยให้ควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้น	74	38.55	118	61.45
16. อาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดมากที่สุด คือ อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว ขนมปัง	58	30.21	134	69.79

ตาราง 4 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ตอบผิด		ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)	
17. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำ จะมีเหงื่อออกมาก ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม	23	11.98	169	88.02
18. ผู้ป่วยเบาหวาน ควรดื่มน้ำหรือ และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	31	16.15	161	83.85
19. ผู้ป่วยเบาหวาน ควรไปรับการตรวจสุขภาพ ช่องปาก และฟันทุก 6 เดือน	34	17.71	158	82.29
20. ผู้ป่วยเบาหวาน ต้องรีบไปพบแพทย์ หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และตามัว	20	10.42	172	89.58

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 1 การเป็นโรคเบาหวานคือการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าระดับปกติ ร้อยละ 90.62 รองลงมาคือข้อ 6 อาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ อ่อนเพลีย ทิวบ่อย กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย และน้ำหนักตัวลดลง และข้อ 20 ผู้ป่วยเบาหวาน ต้องรีบไปพบแพทย์ หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และตามัว ร้อยละ 89.58 และข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อ 9 ถ้ามีอาการเท้าเย็นในเวลากลางคืน ใช้กระเป๋าไฟฟ้าหรือกระป๋องน้ำร้อน วางบนเท้าได้ร้อยละ 64.07

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (n = 192)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0 - 11 คะแนน)	5	2.6
ปานกลาง (12 - 15 คะแนน)	46	24.0
สูง (16 - 20 คะแนน)	141	73.4

จาก ตาราง 5 พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้สูง ร้อยละ 73.4 ความรู้ปานกลาง ร้อยละ 24.0 และความรู้ต่ำ ร้อยละ 2.6

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 192 คน ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (n = 192)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะอ้วน	4.29	.75	สูง
2. การเป็นโรคเบาหวานมีโอกาสดังกล่าวหรือเป็นต่อกระเจมมากกว่าคนทั่วไป	4.35	.63	สูง
3. การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีโอกาเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือด / อัมพฤกษ์	3.92	.748	สูง
4. การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วไม่ออกกำลังกายจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย	4.12	.65	สูง

จากตาราง 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 2 การเป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสดังกล่าวหรือเป็นต่อกระเจมมากกว่าคนทั่วไป เฉลี่ย 4.40 อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 4 การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีโอกาเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือด / อัมพฤกษ์ เฉลี่ย 3.92 อยู่ในระดับสูง

ตาราง 7 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน (n = 192)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (5 – 11 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (12 – 18 คะแนน)	26	13.5
สูง (19 – 25 คะแนน)	166	86.5

จากตาราง 7 พบว่าระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง ร้อยละ 86.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 0 ไม่มีระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 192 คน ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (n = 192)

การรับรู้ความรุนแรง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วมีน้ำตาลในเลือดสูงนาน ๆ มีโอกาสถูกตัดขา	3.47	1.15	ปานกลาง
2. ถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจทำให้พิการเป็นอัมพาต ถึงตายได้	3.68	.77	สูง
3. หากผู้ป่วยเบาหวานมีแผล แล้วไม่ดูแลความสะอาดของแผล จะทำให้มีโอกาสแผลลุกลาม หรือแผลเน่าได้	4.32	.60	สูง
4. การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะต้องได้รับการรักษาโดยการฉีดยาอินซูลิน	4.19	.70	สูง
5. การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หากมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก จะมีอาการหายใจหอบ คลื่นไส้ อาเจียน หมดสติ และอาจเสียชีวิตได้	3.83	.76	สูง
6. การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจทำให้ตาพร่ามัว และอาจตาบอดได้	4.12	.69	สูง

จากตาราง 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 3 หากผู้ป่วยเบาหวานมีแผล แล้วไม่ดูแลความสะอาดของแผล จะทำให้มีโอกาสแผลลุกลาม หรือแผลเน่าได้ เฉลี่ย 4.32 อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือข้อ 1 การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วมีน้ำตาลในเลือดสูงนาน ๆ มีโอกาสถูกตัดขา เฉลี่ย 3.47 อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 9 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (n = 192)

ระดับการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (6 – 13 คะแนน)	2	1.0
ปานกลาง (14 – 21 คะแนน)	56	29.2
สูง (22 – 30 คะแนน)	134	69.8

จากตาราง 9 พบว่าระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงสูง ร้อยละ 69.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.0

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 192 คน ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน (n = 192)

การรับรู้ประโยชน์	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง จะทำให้สามารถติดตามอาการ ระดับน้ำตาลในเลือด และเฝ้าระวังความผิดปกติของร่างกายได้	4.36	.64	สูง
2. การรับประทานยาสม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่ง จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	4.29	.68	สูง
3. การควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดจะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้	4.34	.62	สูง
4. การหลีกเลี่ยงขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	4.21	.60	สูง
5. การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้	4.18	.64	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์	\bar{x}	S.D.	ระดับ
6. การที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานทำให้ท่านไม่ต้องเสียเวลาในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น	4.24	.57	สูง

จากตาราง 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 1 การไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง จะทำให้สามารถติดตามอาการระดับน้ำตาลในเลือด และเฝ้าระวังความผิดปกติของร่างกายได้เฉลี่ย 4.36 อยู่ในระดับสูงต่ำสุด คือข้อที่มีค่าเฉลี่ย 5 การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้เฉลี่ย 4.18 อยู่ในระดับสูง

ตาราง 11 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน (n = 192)

ระดับการรับรู้ประโยชน์	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (6 – 13 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (14 – 21 คะแนน)	9	4.7
สูง (22 – 30 คะแนน)	183	95.3

จากตาราง 11 พบว่าระดับการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ประโยชน์สูง ร้อยละ 95.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 4.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 0 ไม่มีระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวานของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 192 คน ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน (n = 192)

การรับรู้อุปสรรค	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การที่ต้องมีการดูแลตนเองทุกเวลาทำให้ท่านเบื่อหน่ายตนเอง	2.74	3.18	ปานกลาง
2. การรับประทานอาหารนอกบ้าน หรืองานเลี้ยง ทำให้ท่านไม่สามารถควบคุมอาหารได้	3.76	.92	สูง
3. การประกอบอาชีพ ทำให้ท่านไม่มีเวลาออกกำลังกาย	2.96	1.10	ปานกลาง
4. ท่านเบื่อที่ต้องออกกำลังกายโดยลำพังคนเดียว	3.52	.93	ปานกลาง
5. การมาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ท่านเสียรายได้จากการหยุดงาน	3.94	.82	สูง
6. ท่านมีความยุ่งยากทุกครั้งในการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากไม่มีใครมาส่ง	3.55	.96	ปานกลาง

จากตาราง 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 5 การมาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ท่านเสียรายได้จากการหยุดงาน เฉลี่ย 3.94 อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 1 การที่ต้องมีการดูแลตนเองทุกเวลาทำให้ท่านเบื่อหน่ายตนเอง เฉลี่ย 2.74 อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 13 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน (n = 192)

ระดับการรับรู้อุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (6 – 13 คะแนน)	7	3.6
ปานกลาง (14 – 21 คะแนน)	105	54.7
สูง (22 – 30 คะแนน)	80	41.7

จากตาราง 13 พบว่าระดับการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้อุปสรรคสูง ร้อยละ 41.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.6

ส่วนที่ 7 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน ของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 192 คน ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน (n = 192)

สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. บุคคลในครอบครัว ดูแล และให้กำลังใจท่าน เมื่อรู้ว่าท่านเป็นโรคเบาหวาน	4.22	.60	สูง
2. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน	4.22	.60	สูง
3. เมื่อมีปัญหา เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยเหลือ เช่น การเดินทาง ไปรับบริการที่โรงพยาบาล	3.65	1.13	ปานกลาง
4. ท่านเคยได้รับข่าวสารโรคเบาหวานจากสื่อของโรงพยาบาล เช่น แผ่นพับ คู่มือโรคเบาหวาน ทำให้มีการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น	4.01	.64	สูง
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้คำแนะนำในโรคเบาหวานแก่ท่าน ท่านจึงมีวิถีดูแลตนเองที่เหมาะสม	4.26	.52	สูง
6. การรณรงค์โรคเบาหวาน ทำให้ท่านมีวิถีการดูแลตนเองที่เหมาะสม	4.20	.69	สูง
7. การไปพบแพทย์ตามนัด จะทำให้ท่านได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วย	4.26	.51	สูง
8. การมีบริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดประจำเดือน ในชุมชน ทำให้ท่านอยากที่จะรับบริการ	4.15	.61	สูง

ตาราง 14 (ต่อ)

สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตน	\bar{x}	S.D.	ระดับ
9. ท่านได้รับความรู้โรคเบาหวาน จากหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ทำให้มีการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น	3.78	.74	สูง
10. ท่านใช้ระยะเวลารอพบแพทย์เพื่อการรักษานาน จึงทำให้ไม่อยากมาโรงพยาบาล	2.64	1.85	สูง

จากตาราง 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้คำแนะนำในโรคเบาหวานแก่ท่าน ท่านจึงมีวิธีดูแลตนเองที่เหมาะสม และข้อ 7 การไปพบแพทย์ตามนัด จะทำให้ท่านได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเฉลี่ย 4.26 อยู่ในระดับสูงข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือข้อ 10 ท่านใช้ระยะเวลารอพบแพทย์เพื่อการรักษานาน จึงทำให้ไม่อยากมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 26.4 อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 15 จำนวน และร้อยละ ระดับการสิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน
(n = 192)

สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตน	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (10 - 23 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (24 - 37 คะแนน)	32	16.7
สูง (38 - 50 คะแนน)	160	83.3

จากตาราง 15 พบว่าระดับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานสูง ร้อยละ 83.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 0 ไม่มีระดับต่ำ

ส่วนที่ 8 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 192 คน ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 192)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถนำสมุดบันทึกประจำตัวของท่าน มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	4.58	.55	สูง
2. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้เมื่อท่านหิว	3.76	.73	สูง
3. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถตัดสินใจไปพบแพทย์เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงความเจ็บป่วยของท่าน	4.00	.55	สูง
4. ท่านมีความมั่นใจว่าจะรับประทานอาหาร 3 มื้อ ในหนึ่งวันอย่างสม่ำเสมอ	3.66	.79	ปานกลาง
5. ท่านมีวิธีผ่อนคลายความเครียด และความวิตกกังวล	3.71	.83	สูง
6. ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้ 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที	3.60	.96	ปานกลาง
7. ท่านทราบว่า การออกกำลังกายเป็นวิธีที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้	3.76	.84	สูง
8. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานได้	3.52	.86	ปานกลาง
9. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทานยาตรงตามเวลากำหนดอย่างสม่ำเสมอ	4.02	.67	สูง
10. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถมาพบแพทย์ได้ตามนัดทุกครั้งได้อย่างสม่ำเสมอ	4.11	.61	สูง

จากตาราง 16 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 1 ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถนำสมุดบันทึกประจำตัวของท่าน มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เฉลี่ย 4.58 อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 8 ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานได้เฉลี่ย 3.52 อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 17 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง
ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 192)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (10 – 23 คะแนน)	2	1
ปานกลาง (24 – 37 คะแนน)	58	30.2
สูง (38 – 50 คะแนน)	132	68.8

จากตาราง 17 พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สูง ร้อยละ 68.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 1

ส่วนที่ 9 การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบวัดการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน รวม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการความเครียด ของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 192 คน ดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (n = 192)

การจัดการตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ด้านอาหาร			
1.1 ท่านรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ เพราะจำเป็นต้องกินยารักษาโรคเบาหวาน	4.15	.83	สูง
1.2 ท่านรับประทานอาหารได้ตรงเวลา	3.90	.84	สูง
1.3 ท่านรับประทานอาหารประเภทขนมหวาน เช่น ไอศกรีม ขนมทองหยิบ ทองหยอด	4.03	1.01	สูง
1.4 ท่านรับประทานอาหารจากการประกอบอาหารในครัวเรือน	3.73	.80	สูง

ตาราง 18 (ต่อ)

การจัดการตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.5 ท่านกินอาหารประเภทแป้งหรือน้ำตาล เช่น ขนมปัง ข้าวซอย	3.72	1.08	สูง
1.6 ท่านดื่มน้ำอัดลม หรือ ชา / กาแฟ	3.91	1.10	สูง
1.7 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาตองเหล้า	4.30	.97	สูง
1.8 ท่านรับประทานอาหารประเภทผัก และผลไม้	4.08	.72	สูง
2. การออกกำลังกาย			
2.1 ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง / สัปดาห์ และไม่หักโหมจนเกินไป	3.51	1.08	ปานกลาง
2.2 ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	3.44	1.13	ปานกลาง
2.3 ท่านออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารมื้อหนัก โดยทันที	3.95	1.02	สูง
2.4 ท่านใส่รองเท้าที่เหมาะสม และสวมถุงเท้า ในการออกกำลังกายด้วยทุกครั้ง	3.44	1.04	ปานกลาง
2.5 ท่านไม่ออกกำลังกายขณะที่หิว หรืออึด	3.56	1.23	ปานกลาง
3. การใช้ยา			
3.1 ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	4.35	.54	สูง
3.2 ท่านอ่านฉลากยาให้เข้าใจก่อนรับประทานยาทุกครั้ง	3.96	.76	สูง
3.3 ท่านรับประทานยาเบาหวานตรงตามจำนวน ที่แพทย์สั่ง	4.21	.52	สูง
3.4 ท่านรับประทานยาเบาหวานตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง	4.21	.57	สูง
3.5 ท่านปรับขนาดยาเบาหวานโดยลด หรือเพิ่มยา หรือหยุดยาด้วยตัวเอง	3.78	1.38	สูง
3.6 ท่านรับประทานยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมอื่นร่วมกับยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาเบาหวาน	3.67	1.11	สูง

ตาราง 18 (ต่อ)

การจัดการตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
3.7 เมื่อมีอาการไม่สบายเช่น เป็นไข้ หวัด เจ็บคอ ท่านจะดยาเบาหวานในวันนั้น	3.77	1.17	สูง
3.8 ท่านตรวจสอบวันหมดอายุของยา ก่อนรับประทานยา	3.85	1.12	สูง
4. การจัดการกับความเครียด			
4.1 ท่านจะค้นหาสาเหตุสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแล้วแก้ไขสิ่งที่เป็นต้นเหตุนั้น ๆ เมื่อเกิดความวิตกกังวล ความเครียด ไม่สบายใจ	3.50	.95	ปานกลาง
4.2 เมื่อท่านรู้สึกเครียด จะเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่พบปะพูดคุยสังสรรค์กับบุคคลอื่น	3.47	1.26	ปานกลาง
4.3 ท่านผ่อนคลายความเครียดของตนเองด้วยการไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ การไปทำบุญที่วัด การออกกำลังกาย เล่นกีฬา ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ ฯลฯ	3.83	3.02	สูง
4.4 ท่านมีการเข้าร่วมกิจกรรมกับคนในสังคม เช่น การเข้าร่วมในการงานบุญของหมู่บ้าน เป็นตัวแทนของคนในชุมชน	3.64	.87	ปานกลาง
4.5 ท่านนอนหลับพักผ่อน วันละ 6 - 8 ชั่วโมง	4.13	.69	สูง

จากตาราง 18 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ด้านอาหาร ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 1.7 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาดองเหล้า เฉลี่ย 4.30 อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือข้อ 1.5 ท่านกินอาหารประเภทแป้งหรือน้ำตาล เช่น ขนมปัง ข้าวชอย เฉลี่ย 3.72 อยู่ในระดับสูง ด้านการออกกำลังกาย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 2.3 ท่านออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารเช้าทันที เฉลี่ย 3.95 อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือข้อ 2.2 ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที และข้อ 2.4 ท่านใส่รองเท้าที่เหมาะสม และสวมถุงเท้าในการออกกำลังกายด้วยทุกครั้ง เฉลี่ย 3.44 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการใช้ยา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 3.1 ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เฉลี่ย 4.35 อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

คือ ข้อ 3.6 ท่านรับประทานยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมอื่นร่วมกับยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาเบาหวานเฉลี่ย 3.67 อยู่ในระดับสูง ด้านการจัดการความเครียด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 4.5 ท่านนอนหลับพักผ่อน วันละ 6 – 8 ชั่วโมง เฉลี่ย 4.13 อยู่ระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 4.2 เมื่อท่านรู้สึกเครียดจะเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่พบปะ พูดคุยสังสรรค์กับบุคคลอื่น เฉลี่ย 3.47 อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 19 จำนวน และร้อยละระดับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 192)

การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (2.34 – 3.66 คะแนน)	44	22.9
สูง (3.67 – 5.00 คะแนน)	148	77.1

จากตาราง 19 พบว่า การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.1 และระดับปานกลาง ร้อยละ 22.9

ตาราง 20 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการจัดการความเครียด (n = 192)

ตัวแปร	ระดับ					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดการตนเองด้านการ รับประทานอาหาร	0	0.0	46	24.0	146	76.0
\bar{X} = 31.8, S.D. = 3.77, Min = 22, Max = 40						
การจัดการตนเองด้านการ ออกกำลังกาย	5	2.6	98	51.0	89	46.4
\bar{X} = 17.9, S.D. = 3.10, Min = 9.0, Max = 25						

ตาราง 20 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับ					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดการตนเองด้านการ รับประทานยา	0	0.0	48	25.0	144	75.0
	$\bar{X} = 31.8, S.D. = 3.9, Min = 21, Max = 40$					
การจัดการตนเองด้านการ จัดการความเครียด	2	1.0	101	52.6	89	46.4
	$\bar{X} = 18.3, S.D. = 2.2, Min = 10, Max = 25$					

จากตาราง 20 พบว่า การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำแนกรายด้าน การรับประทานอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 76.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 31.80 คะแนน (S.D. = 3.77) การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 17.90 คะแนน (S.D. = 3.1) การจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 75.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 31.80 คะแนน (S.D. = 3.90) และการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.60 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 18.30 คะแนน (S.D. = 2.20)

ตาราง 21 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย (n = 192)

ตัวแปร	พฤติกรรม	
	การจัดการตนเอง	
	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	0.374	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	0.274	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน	0.379	<0.001

ตาราง 21 (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรม	
	การจัดการตนเอง	
	r	P - value
สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน	0.214	0.001
การรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน	0.499	<0.001
เพศ	-0.101	0.083
อายุ	-0.007	0.461
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือน	0.060	0.204
ระยะเวลาที่เป็นโรค	-0.036	0.308
สัญชาติ	0.030	0.296
สิทธิการรักษา	-0.101	0.082
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	0.090	0.107
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน	0.061	0.201
สถานภาพสมรส	-0.010	0.446
สถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	-0.083	0.125
ระดับการศึกษาประถมศึกษา	-0.073	0.156
ระดับการศึกษาปริญญาตรี	0.055	0.225
อาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	0.058	0.213
อาชีพรับจ้าง	0.100	0.083
อาชีพเกษตรกรกรรม	0.066	0.183

จากตาราง 21 พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย 5 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.374, p < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.0.274, p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับการจัดการตนเอง

ต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.379, p < 0.001$) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.214, p = 0.001$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.499, p < 0.001$) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ ($r = -0.101, p = 0.083$) อายุ ($r = -0.007, p = 0.461$) รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือน ($r = 0.060, p = 0.204$) ระยะเวลาที่เป็นโรค ($r = -0.036, p = 0.308$) สัญชาติ ($r = 0.039, p = 0.296$) สิทธิการรักษา ($r = -0.101, p = 0.082$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ($r = 0.090, p = 0.107$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ($r = 0.061, p = 0.201$) สถานภาพสมรส ($r = -0.010, p = 0.446$) สถานภาพหม้าย / หย่า / แยกกันอยู่ ($r = -0.083, p = 0.125$) ระดับการศึกษาประถมศึกษา ($r = -0.073, p = 0.156$) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ($r = -0.003, p = 0.484$) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ($r = 0.055, p = 0.225$) อาชีพธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย ($r = 0.058, p = 0.213$) อาชีพรับจ้าง ($r = 0.100, p = 0.083$) และอาชีพเกษตรกร ($r = 0.066, p = 0.183$)

ตาราง 22 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ้าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ด้วยสถิติ Multiple linear regression

ตัวแปร	B	Std. Err	Beta	T	p-value
Constant	45.488	5.585		8.145	<0.001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	0.703	0.122	0.367	5.758	<0.001
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	0.707	0.193	0.227	3.666	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน	0.615	0.180	0.214	3.419	0.001

Adj.R² = 0.339, $p < 0.001$

จากตาราง 22 พบว่า อิทธิพลของปัจจัยที่มีต่อการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน คือ เมื่อคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะเพิ่มคะแนนการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน 0.703 คะแนน ($p < 0.001$) เมื่อคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้วเช่นเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะเพิ่มคะแนน การจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน 0.707 คะแนน ($p < 0.001$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะเพิ่มคะแนนการจัการ ตนเองต่อโรคเบาหวาน 0.615 คะแนน ($p = 0.001$) ซึ่งเขียนเป็นสมการในการทำนายได้ดังนี้

$$\text{คะแนนการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน} = 45.488 + 0.703 (\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน}) + 0.707 (\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน}) + 0.615 (\text{การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน})$$

ซึ่งสมการสามารถทำนายคะแนน การจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานได้ร้อยละ 33.9 ($\text{Adj.}R^2 = 0.339, p < 0.001$)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยใช้สถิติ Multiple Regression เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 192 คน มีอายุเฉลี่ย 53.2 ปี อายุต่ำสุด 33 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.5 สถานภาพส่วนใหญ่ คือ สมรส ร้อยละ 69.8 การศึกษาส่วนใหญ่ คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ / ไม่จบประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.5 รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ต่อเดือน อยู่ที่ 8,488.54 บาท ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานอยู่ที่ 8.989 ปี ส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทใหญ่ ร้อยละ 56.8 สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา ร้อยละ 88.5

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 1 การเป็นโรคเบาหวาน คือการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าระดับปกติ ร้อยละ 90.62 รองลงมา คือ ข้อ 6 อาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ อ่อนเพลีย หิวบ่อย กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย และน้ำหนักตัวลดลง และ ข้อ 20 ผู้ป่วยเบาหวาน ต้องรีบไปพบแพทย์ หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และตามัว ร้อยละ 89.58 และข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อ 9 ถ้ามีอาการทำเอียน ในเวลากลางคืนใช้กระเป๋าไฟฟ้าหรือกระเป๋าน้ำร้อนวางบนเท้าได้ ร้อยละ 64.07 รองลงมา คือ ข้อ 3 โรคเบาหวานเกิดจากความบกพร่องของตับอ่อน ร้อยละ 46.36

และข้อ 2 โรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ข้อ 15 ผู้ป่วยเบาหวานควรกินข้าวเพียง 2 – 3 คำ ต่อมื้อ จะช่วยให้ควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้น ร้อยละ 38.55

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง ร้อยละ 86.50 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 13.50 และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 0 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงสุด คือ ข้อ 2 การเป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ($\bar{X} = 4.40$) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำสุด คือ ข้อ 4 การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีโอกาสรักษาภาวะหัวใจขาดเลือด / อัมพฤกษ์ ($\bar{X} = 3.92$) อยู่ในระดับสูง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความรุนแรงสูง ร้อยละ 69.80 ระดับการรับรู้ความรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 29.20 และระดับการรับรู้ความรุนแรงต่ำ ร้อยละ 1 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 3 หากผู้ป่วยเบาหวานมีแผลแล้วไม่ดูแลความสะอาดของแผล จะทำให้มีโอกาสแผลลุกลามหรือแผลเน่าได้ ($\bar{X} = 4.32$) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่ำสุด คือ ข้อ 1 การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วมีน้ำตาลในเลือดสูงนาน ๆ มีโอกาสถูกตัดขา ($\bar{X} = 3.47$) อยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน

การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ประโยชน์สูง ร้อยละ 95.30 ระดับการรับรู้ประโยชน์ปานกลาง ร้อยละ 4.70 และระดับการรับรู้ประโยชน์ต่ำ ร้อยละ 0 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์สูงสุด คือ ข้อ 1 การไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง จะทำให้สามารถติดตามอาการ ระดับน้ำตาลในเลือด และเฝ้าระวังความผิดปกติของร่างกายได้ ($\bar{X} = 4.36$) อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ต่ำสุด คือ ข้อ 5 การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ ($\bar{X} = 4.18$) อยู่ในระดับสูง

การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน

การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้อุปสรรคสูง ร้อยละ 41.70 ระดับการรับรู้อุปสรรคปานกลาง ร้อยละ 54.70

และระดับการรับรู้อุปสรรคต่ำ ร้อยละ 3.60 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคสูงสุด คือ ข้อ 5 การมาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ท่านเสียรายได้จากการหยุดงาน ($\bar{X} = 3.94$) อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่ำสุด คือ ข้อ 1 การที่ต้องมีการดูแลตนเองตลอดเวลา ทำให้ท่านเบื่อหน่ายตนเอง ($\bar{X} = 2.74$) อยู่ในระดับปานกลาง

สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน

สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานสูง ร้อยละ 83.30 ระดับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานปานกลาง ร้อยละ 16.70 และระดับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานต่ำ ร้อยละ 0 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานสูงสุดคือ ข้อ 5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำในโรคเบาหวานแก่ท่าน ท่านจึงมีวิถีดูแลตนเองที่เหมาะสม และข้อ 7 การไปพบแพทย์ตามนัด จะทำให้ท่านได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วย ($\bar{X} = 4.26$) อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานสูงสุดคือ ต่ำสุด คือ ข้อ 10 ท่านใช้ระยะเวลาารพบแพทย์เพื่อการรักษานาน จึงทำให้ไม่อยากมาโรงพยาบาล ($\bar{X} = 26.4$) อยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงร้อยละ 68.80 ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานปานกลาง ร้อยละ 30.20 และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่ำ ร้อยละ 1 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงสุดคือ ข้อ 1 ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถนำสมุดบันทึกประจำตัวของท่าน มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ($\bar{X} = 4.58$) อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่ำสุด คือ ข้อ 8 ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานได้ ($\bar{X} = 3.52$) อยู่ในระดับปานกลาง

การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

การจัดการตนเอง พบว่า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.10 จำแนกรายด้าน การรับประทานอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 31.80 คะแนน (S.D. = 3.77) การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 17.9 คะแนน (S.D. = 3.1) การจัดการตนเอง

ด้านการรับประทานยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 31.8 คะแนน (S.D. = 3.9) และการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 18.3 คะแนน (S.D. = 2.2)

การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ด้านอาหาร ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1.7 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ชาติองเหล้า ($\bar{X} = 4.30$) อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 1.5 ท่านกินอาหารประเภทแป้ง หรือน้ำตาล เช่น ขนมปัง ข้าวชอย ($\bar{X} = 3.72$) อยู่ในระดับสูง ด้านการออกกำลังกาย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 2.3 ท่านออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารเช้าโดยทันที ($\bar{X} = 3.95$) อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 2.2 ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที และข้อ 2.4 ท่านใส่รองเท้าที่เหมาะสม และสวมถุงเท้าในการออกกำลังกายด้วยทุกครั้ง ($\bar{X} = 3.44$) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการใช้ยา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 3.1 ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ($\bar{X} = 4.35$) อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 3.6 ท่านรับประทานยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมอื่นร่วมกับยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาเบาหวาน ($\bar{X} = 3.67$) อยู่ในระดับสูง ด้านการจัดการความเครียด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 4.5 ท่านนอนหลับพักผ่อน วันละ 6 – 8 ชั่วโมง ($\bar{X} = 4.13$) อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 4.2 เมื่อท่านรู้สึกเครียด จะเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่พบปะ พูดคุยสังสรรค์กับบุคคลอื่น ($\bar{X} = 3.47$) อยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย 5 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.374, p < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.274, p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.379, p < 0.001$) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = 0.214$, $p = 0.001$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.499$, $p < 0.001$) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ ($r = -0.101$, $p = 0.083$) อายุ ($r = -0.007$, $p = 0.461$) รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือน ($r = 0.060$, $p = 0.204$) ระยะเวลาที่เป็นโรค ($r = -0.036$, $p = 0.308$) สัญชาติ ($r = 0.039$, $p = 0.296$) สิทธิการรักษา ($r = -0.101$, $p = 0.082$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ($r = 0.090$, $p = 0.107$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ($r = 0.061$, $p = 0.201$) สถานภาพสมรส ($r = -0.010$, $p = 0.446$) สถานภาพหม้าย / หย่า / แยกกันอยู่ ($r = -0.083$, $p = 0.125$) ระดับการศึกษาประถมศึกษา ($r = -0.073$, $p = 0.156$) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ($r = -0.003$, $p = 0.484$) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ($r = 0.055$, $p = 0.225$) อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว / ค่าขาย ($r = 0.058$, $p = 0.213$) อาชีพรับจ้าง ($r = -0.100$, $p = 0.083$) และอาชีพเกษตรกร ($r = 0.066$, $p = 0.183$)

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ด้วยสถิติ Multiple linear regression

อิทธิพลของปัจจัยที่มีต่อการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน คือ เมื่อคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะเพิ่มคะแนนการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน 0.703 คะแนน ($p < 0.001$) เมื่อคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้วเช่นเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะเพิ่มคะแนนการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน 0.707 คะแนน ($p < 0.001$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะเพิ่มคะแนนการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน 0.615 คะแนน ($p = 0.001$) ซึ่งเขียนเป็นสมการในการทำนายได้ดังนี้ คะแนนการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน = $45.488 + 0.703$ (การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน) + 0.707 (ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน) + 0.615 (การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน) ซึ่งสมการสามารถทำนาย คะแนนการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานได้ร้อยละ 33.9 ($\text{Adj.}R^2 = 0.339$, $p < 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผู้วิจัยนำประเด็นที่น่าสนใจ มาอภิปรายผลได้ผลดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

เมื่อพิจารณาด้านความรู้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้สูง ร้อยละ 73.4 ความรู้ปานกลาง ร้อยละ 24.0 และความรู้ต่ำ ร้อยละ 2.6 สอดคล้องกับการศึกษาของกมลพรรณ จักรแก้ว (2561) ที่ได้ศึกษา การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลหลวงเหนือ อำเภอค้อยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตอบถูกเกินร้อยละ 80 มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การเป็นโรคเบาหวาน คือ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าระดับปกติ อาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ อ่อนเพลีย หิวบ่อย กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย และน้ำหนักตัวลดลง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากเป็นแผลแล้ว จะรักษาหายยาก ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อัมพาต ชาปลายเท้า และเบาหวานขึ้นตา การมารับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ต้องงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ขณะออกกำลังกาย เมื่อรู้สึกเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ ควรหยุดออกกำลังกายทันที ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำ จะมีเหงื่อออกมาก ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม ผู้ป่วยเบาหวาน ควรดูแลสุขภาพหู และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยเบาหวาน ควรไปรับการตรวจสุขภาพช่องปาก และฟันทุก 6 เดือน และผู้ป่วยเบาหวาน ต้องรีบไปพบแพทย์ หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และตามัวสรุปได้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อจะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุม หรือลดผลกระทบจากโรค หรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการ การรักษา สภาวะที่เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งด้านจิตสังคม จิตวิญญาณปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะเรื้อรัง รวมถึงส่งเสริมการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ฝึกให้เกิดทักษะ และความสามารถ เพื่อลดผลกระทบต่าง ๆ จากภาวะเรื้อรังด้วยตนเอง หรือจากความร่วมมือของครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ayele et al., (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในเมืองฮารารี ประเทศเอธิโอเปียตะวันออก พบว่าผู้ป่วยที่มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มักจะปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ในการศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตอบคำถาม ได้ถูกต้องน้อยที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ ถ้ามีอาการเท้าเย็นในเวลากลางคืน ใช้กระเป๋าไฟฟ้า หรือกระเป๋าน้ำร้อนวางบนเท้าได้ จากแนวคิดของ Barlow et al., (2002) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยที่จะเข้าใจธรรมชาติของโรค การควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง และคงไว้ซึ่งทัศนคติที่ดีในการจัดการกับอาการ การรักษา การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งร่างกาย และจิตสังคม และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับการอยู่กับภาวะเรื้อรัง และการปรับตัวต่อสิ่งตอบสนองทางการรับรู้ (Cognitive) พฤติกรรม และอารมณ์ เพื่อคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการบริการที่มีการให้ความรู้ การชี้แนะให้เข้าใจถึงธรรมชาติของโรค การควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง การดูแลตนเอง และมีการจัดกิจกรรมที่เป็นรูปแบบ หรือได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเอง จะช่วยให้กลุ่มชาติพันธุ์มีความสามารถในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับการอยู่กับภาวะเรื้อรัง สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานได้

การจัดการตนเองของกลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

การจัดการตนเองของกลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ร้อยละ 77.1 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า

ด้านการรับประทานอาหาร จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 31.8 คะแนน (S.D. = 3.77) สอดคล้องกับการศึกษาของเสน่ห์แสงเงิน และถาวร มาตัน (2562) ที่ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตพื้นที่ชายแดนฝั่งตะวันตก จังหวัดตาก พบว่า พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับหลักการเปลี่ยนอาหาร การเลือกประเภทของอาหาร ที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดี และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการรับประทานอาหารระหว่างผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลการศึกษารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาตองเหล้า ค่าเฉลี่ยรายข้อมากที่สุด เนื่องจากประเพณีวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมของกลุ่มชาติพันธุ์ นิยมรวมกลุ่ม

ในงานประเพณีต่าง ๆ เช่น ประเพณีมงคลประเพณีทางศาสนา ประเพณีอวมงคล และเทศกาลต่าง ๆ จะมีการทำอาหารจำนวนมากไว้เลี้ยงครอบครัว และเลี้ยงแขก (สมใจ แซ่โง้ว และวีระพงศ์ มีสถาน, 2541) รวมถึงมีการทำสุราของ สุราแช่ ต้มเครื่องต้ม แอลกอฮอล์ด้วย นอกจากนั้นในการประกอบพิธีกรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ จะประกอบไปด้วย เครื่องเช่นสังเวद्यตามประเพณี และสุราเป็นองค์ประกอบหลักในพิธีกรรมต่าง ๆ จึงส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดั่งนั้น บุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรสร้างความตระหนักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบความเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในที่สุด

ด้านการออกกำลังกาย จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มชาติพันธุ์ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 17.9 คะแนน (S.D. = 3.1) สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพร สิริคุตจตุพร (2560) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ อำเภอต๋อยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการออกกำลังกายผู้สูงอายุ ดูแลตนเองได้ปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ไม่มีเวลาออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ต้องทำงาน เลี้ยงดูบุตรหลาน และเชื่อว่าการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลการศึกษารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารมื้อหนักโดยทันที ค่าเฉลี่ยรายข้อมากที่สุดอาจเกิดจากยังขาดความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ที่ถูกต้อง ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกาย สำหรับผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานทุกครั้งที่มารับบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และมีความตระหนักมากขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

ด้านการรับประทานยา จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มชาติพันธุ์ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 31.8 คะแนน (S.D. = 3.9) สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพร สิริคุตจตุพร (2560) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรณ จักรแก้ว (2561) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ

อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาได้ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบประโยชน์ของการรับประทานยาเบาหวาน อีกทั้งมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ในการรับประทานยาที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลการศึกษารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างปรับขนาดยาเบาหวานโดยลดหรือเพิ่มยา หรือหยุดยาดด้วยตัวเอง เป็นบางกลุ่ม อาจเกิดจากความเชื่อส่วนบุคคล หรือการเข้าใจผิดว่าหากอาการปกติ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถหยุดทานยาเองได้ หรือหากรู้สึกว่าการแย่ง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงขึ้น สามารถปรับขนาดยา เพิ่มขึ้นเองได้ รวมถึงการทำงาน หรือวิถีชีวิตประจำวัน กลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้าง ทำงานไม่เป็นเวลา ส่งผลให้เกิดการปรับขนาดยาเอง โดยไม่ได้อยู่ภายใต้คำสั่งแพทย์ หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรเน้นย้ำการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์ และวิธีการรับประทานยาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต และงานที่ทำ รวมถึงอธิบาย ทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการปรับขนาดยา เพื่อให้การรับประทานยาเกิดประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยมากที่สุด

ด้านการจัดการความเครียด จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มชาติพันธุ์ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 18.3 คะแนน (S.D. = 2.2) สอดคล้องกับการศึกษาของ เสน่ห์ แสงเงิน และถาวร มาตัน (2562) ที่ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตพื้นที่ชายแดนฝั่งตะวันตก จังหวัดตาก พบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาเป็นเวลานาน หรือตลอดชีวิต ต้องทานยาต่อเนื่อง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ดี และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของโรคเบาหวานอาจเกิดความเบื่อหน่าย ส่งผลให้เกิดความเครียดได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลการศึกษารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อรู้สึกเครียด จะเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่พบปะพูดคุยสังสรรค์กับบุคคลอื่นเป็นบางกลุ่ม ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรเพิ่มการจัดบริการสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงจัดการสนทนากลุ่ม กลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พูดคุยแนวทางการปฏิบัติตัว และการรักษา ลดความเบื่อหน่ายอันก่อให้เกิดความเครียด

รวมถึงสนับสนุนชุมชนในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบปะกันในสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย 5 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เมื่อวิเคราะห์แต่ละปัจจัย พบว่า

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า กลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความรู้สูงจะมีการจัดการตนเองสูงด้วยทั้งนี้ อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เช่น เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ การเกิดโรค อาการ และอาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อมาตรวจตามนัด ซึ่งความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องนั้น จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม และถูกต้องมากขึ้น จึงส่งผลให้เกิดการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นตาม แต่เมื่อวิเคราะห์รายข้อยังพบว่า ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด เป็นเรื่องความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดโรค และการรักษา ดังนั้นเพื่อให้ผลลัพธ์การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น บุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดโรค และการรักษา จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ กัญยะกาญจน์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรง หากผู้ป่วยเบาหวานมีแผล แล้วไม่ดูแลความสะอาดของแผล จะทำให้มีโอกาสแผลลุกลาม หรือแผลเน่าได้ ผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะต้องได้รับการรักษาโดยการฉีดยาอินซูลิน อาจทำให้ตาพร่ามัว และอาจตาบอดได้ ผู้ป่วยจะมีการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มมากขึ้น แต่เมื่อวิเคราะห์รายข้อยังพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เป็นการรับรู้ความรุนแรงว่าเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วมีน้ำตาลในเลือดสูงนาน ๆ มีโอกาสถูกตัดขา อาจทำให้พิการ เป็นอัมพาต ถึงตายได้ และการที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หากมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก จะมีอาการหายใจหอบ คลื่นไส้ อาเจียน หมดสติ และอาจเสียชีวิต จะเห็นได้ว่าเป็นความรุนแรงที่อันตรายถึงชีวิต ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ควรสร้างแรงจูงใจ และความตระหนักในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคให้ทราบถึงอันตรายตั้งแต่ความรุนแรงน้อยไปยังความรุนแรงมากที่สุด เพื่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงที่ถูกต้องนำไปสู่การปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ยั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย คุณิพงษ์ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพืมนานิคม จังหวัดลพบุรี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานสามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเมื่อมีการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเอง เช่น การไปพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาสม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่เป็นอันตรายได้ แต่เมื่อวิเคราะห์รายข้อยังพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เป็นการรับรู้ประโยชน์

ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ควรสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วยว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ต้องอาศัยการจัดการตนเองในทุกด้าน เพื่อความสมดุล เมื่อผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองอย่างถูกต้อง จะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย คุณพงษ์ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี พบว่าการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการดูแลตนเองสามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่นด้านภาษา การเข้าถึงบริการสาธารณสุข เมื่อได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานในทางที่ดีขึ้น ต่อการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา และการจัดการความเครียด จึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานที่ดีขึ้น แต่เมื่อวิเคราะห์รายข้อยังพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเป็นสิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวานว่าระยะเวลาพบแพทย์เพื่อการรักษานาน จึงทำให้ไม่อยากมาโรงพยาบาล และเมื่อมีปัญหา เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยเหลือ เช่น การเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขควรมีแนวทางการลดระยะเวลาหอดพบแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยที่รับบริการ และร่วมสร้างการมีส่วนร่วมของ เพื่อนบ้าน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการร่วมกับดูแล และสนับสนุนผู้ป่วยในการรักษาโรค เพื่อการนำไปสู่การปฏิบัติตนที่ดีต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี ปลั่งกลาง (2561) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข 2

ส่วนบริการสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์ พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มชาติพันธุ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองที่ดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี เพราะมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ และอาจมีประสบการณ์ รวมถึงเห็นหรือเกิดการแลกเปลี่ยนจากผู้ป่วยเบาหวานคนอื่น ๆ จึงทำให้เกิดความสามารถ และทำให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีไปด้วย แต่เมื่อวิเคราะห์รายข้อยังพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานว่ามีความมั่นใจว่าจะรับประทานอาหาร 3 มื้อ ในหนึ่งวันอย่างสม่ำเสมอ มีความมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที และมีความมั่นใจว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานได้ เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการแสดงออกของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลให้มีจัดการตนเองที่เหมาะสม ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขควรสร้างความมั่นใจ และเชื่อมั่นในตนเองให้กับผู้ป่วยว่าสามารถทำได้ตามคำแนะนำของบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อการแสดงออกของพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้องต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย คุณิพงษ์ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณีภา บุญเทียร และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

1. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน สัญชาติ สิทธิการรักษา ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เมื่อวิเคราะห์แต่ละปัจจัย พบว่า

1.1. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อายุมาก หรืออายุน้อยไม่มีผลต่อการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลพรรณ จักรแก้ว (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอต๋อยสะเท็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

1.2. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เพศหญิง หรือเพศชายไม่มีผลต่อการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มุกดา นิมบัวทอง (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

1.3. ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ ไม่มีผลต่อการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมุกดา นิมบัวทอง (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลบึงนาราง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าสถานภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตนเองผู้ป่วยเบาหวาน

1.4. ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การศึกษา ไม่ว่าจะไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่จบประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา / ปวช. อนุปริญญา / ปวส.ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี ไม่มีผลต่อการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมุกดา นิมบัวทอง (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลบึงนาราง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตนเองผู้ป่วยเบาหวาน

1.5. ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาชีพหลัก ไม่ว่าจะไม่มีอาชีพ ธุรกิจส่วนตัว / ค่าขาย รับราชการ รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง เกษตรกรรม ไม่มีผลต่อการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มุกดา นิมบัวทอง (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลบึงนาราง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตนเองผู้ป่วยเบาหวาน

1.6. ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า รายได้ว่าจะมีรายได้มาก หรือรายได้น้อย ไม่มีผลต่อการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมุกดา นิมบัวทอง (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลบึงนาราง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ารายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตนเองผู้ป่วยเบาหวาน

1.7. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์

กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไม่ว่าจะเพิ่งเริ่มป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นเวลานาน ไม่มีผลต่อการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมุกดา นิมบัวทอง (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

1.8. ความสัมพันธ์ระหว่างสัญชาติกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าสัญชาติไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ว่าจะมีสัญชาติไทยใหญ่ หรือสัญชาติไทยลื้อ ไม่มีผลต่อการจัดการตนเอง เนื่องจากกลุ่มชาติพันธุ์ ที่มีสัญชาติไทยใหญ่ หรือสัญชาติไทยลื้อ มีวัฒนธรรม ประเพณี พฤติกรรมด้านสุขภาพคล้ายคลึงกัน สัญชาติจึงไม่มีผลต่อการจัดการตนเอง

1.9. ความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิการรักษากับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าสิทธิการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะมีสิทธิการรักษาพยาบาล หรือไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล ไม่มีผลต่อการจัดการตนเอง เนื่องจากกลุ่มชาติพันธุ์สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลมากขึ้นนั้น คือ สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้มีปัญหาสถานะบุคคล จากกองทุนคืนสิทธิ (คู่มือการใช้กองทุนคืนสิทธิสำหรับผู้มีปัญหาสถานะ และสิทธิจังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย) ผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาพยาบาล หรือไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล ได้รับการรักษาคคล้ายคลึงกัน จึงมีการจัดการตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันมากนัก

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

ไม่ว่าผู้ป่วยจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน หรือไม่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ก็ไม่มีผลต่อการจัดการตนเอง อาจเกิดจากผู้ป่วยขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการจัดการตนเองด้านสุขภาพ นำไปสู่การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย อันก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มุกดา นิมบัวทอง (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน หรือไม่รับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน ก็ไม่มีผลต่อการจัดการตนเอง อาจเกิดจากผู้ป่วยขาดความตระหนักของการรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคของการรักษาพยาบาล การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการจัดการตนเองด้านสุขภาพ นำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษาโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมุกดา นิมบัวทอง (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลจากการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับเสนอต่อผู้บริหาร เพื่อนำไปวางแผน และหาแนวทางกาจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
2. ในด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แม้ว่าผู้ป่วย จะมีการจัดการตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านยังไม่เหมาะสม

ทั้งด้านการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะการรับประทานอาหารประเภทแป้ง หรือน้ำตาล เช่น ขนมปัง ข้าวซอย ด้านการออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายต่อเนื่อง อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที และสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสม สวมถุงเท้าในการออกกำลังกาย ด้วยทุกครั้ง ด้านการรับประทานยา โดยเฉพาะ และด้านการจัดการความเครียด เป็นพฤติกรรมที่อันตราย อาจส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนและเป็นอันตรายต่อชีวิต จึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องหาทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดการตนเองที่ถูกต้อง

3. หน่วยบริการควรนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน ส่งเสริมปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยเฉพาะด้านกลไกการเกิดโรค และสาเหตุการเกิดโรค การเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเฉพาะด้านความมั่นใจ ว่าท่านสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดจากโรคเบาหวานได้ และการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเอง ต่อโรคเบาหวาน โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะเป็นผลดีต่อการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก และควรมีการสังเกตการณ์ปฏิบัติตนในการดูแลตนเองร่วมด้วย เพื่อจะได้ทราบปัญหาที่แท้จริง ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง โดยจัดโปรแกรมการเพิ่มปัจจัย ที่มีผลต่อการจัดการตนเอง เพื่อจะได้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์ และนำไปใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อไป



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลพร ลีริศตุจตุพร. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(1), 81-93.
- กมลพรรณ จักรแก้ว. (2561). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลหลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. *วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- กรมควบคุมโรค. (2562). *รายงานสถานการณ์โรค NCD พ.ศ. 2562 เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง*. สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2564, จาก <http://www.thaincd.com/2016/>
- กัญญารัตน์ ก้นยะกาญจน์, นิตยา เจริญยุทธ, ลลิตมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิราวัฒน์. (2562). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. 8(2), 32-42.
- กาญจนา สุขประเสริฐ. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ขจัตถัย บุรุษพัฒน์. (2526). *ชาวเขา*. กรุงเทพฯ: แพร์พิทยา.
- โครงการพิพิธภัณฑ์วัฒนธรรม และชาติพันธุ์ล้านนา. (2551). *ไทยของชีวิต ศรัทธา สล่าแผ่นดิน*. เชียงใหม่ : โครงการพิพิธภัณฑ์วัฒนธรรม และชาติพันธุ์ล้านนา.
- งานเวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลแม่สาย. (2564). *ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่สาย*. เชียงราย: โรงพยาบาลแม่สาย.
- จิตร ภูมิศักดิ์. (2519). *ความเป็นมาของคำสยาม ไทย ลาว และขอม และลักษณะทางสังคมของชื่อชนชาติ*. กรุงเทพฯ : มูนินิธิโครงการตำรา สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์.
- ฉวีวรรณ ประจบเหมาะ. (2547). *ว่าด้วยแนวทางการศึกษาชาติพันธุ์*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- ชัชสิทธิ์ รัตธสาร. (2546). พยาธิกำเนิดของโรคเบาหวาน. ในอภิชาติ วิชญาณรัตน์ และคณะ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคเบาหวาน*. (หน้า 29-36). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- ชุตินา สร้อยนาค, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และพรศิริ พันธสี. (2561). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความเลื่อมใสการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน. **วารสารทหารบก**, 19(1), 267-277.
- โชติรส คงหอม. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**, 8(2), 249-258.
- ฐิติภัทร จันเกษม. (2561). ปัจจัยพยากรณ์ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. **สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร: กำแพงเพชร**.
- เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์. (2555). **ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์** (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วิทย์พัฒนา.
- นิตติ ภาวัครพันธุ์. (2558). **เรื่องเล่าเมืองโต : พลวัตของเมืองชายแดนไทย-พม่า**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่ : ศูนย์อาเซียนศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญช่วย ศรีสวัสดิ์. (2493). **๓๐ ชาติในเชียงราย**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศยาม. (2506). ชาวเขาในไทย. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ประสิทธิ์ สิปรีชา. (2556). **พหุวัฒนธรรมนิยมจากรากหญ้า: ขบวนการเคลื่อนไหวของเครือข่ายชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์ในประเทศไทย**. สังคมศาสตร์, หน้า 59-106.
- พรณิภา บุญเทียร, อัจฉริยา พ่วงแก้ว, อรวรรณ ประภาศิลป์ และพัชร์ศิริ เกื้อกุล. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 39(1), 13-23.
- มุกดา นิมบัวทอง. (2558). **พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา**. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์, ฉะเชิงเทรา.
- รติภาคย์ ตามรภาค. (2561). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่สอง และประสบการณ์การดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, เชียงราย.

- รพ.สต.บ้านท่าข้าม ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. (2561). **พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่**. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.: เชียงใหม่.
- รัชนี ปลั่งกลาง. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุข และ สิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครสวรรค์. **วารสาร วิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน**, 1(2), 86–99.
- เรณู วิชาศิลป์. (2541). สังเขปภูมิหลังของชาวไทยใหญ่ในรัฐฉาน. ใน ฉลาดชาย รมิตานนท์ และคณะ (บรรณาธิการ) **ไท: Tai** (หน้า 255–259). เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.
- โรงพยาบาลแม่สาย. (2564). **ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลแม่สาย**. สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2564, จาก <http://www.maesaihospital.com/>.
- วรรณ จันทนาคม. (2526). **ลักษณะของภาษาไทยใหญ่(ไต้อ้อ) ที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย**. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม., มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- วรรณ คำห้ำ, ยูวรัตน์ สุขเย็น, ชลิตา เตือนฉาย และราตรี โพธิ์ระวัช. (2560). (22 ธันวาคม 2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลนครชุม อำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร. **รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร** (1098 – 1105). กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- ศาลากลางจังหวัดเชียงราย. (2555). **ข้อมูลทั่วไปจังหวัดเชียงราย**. สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2564, จาก <http://www.chiangraifocus.com/chiangrai/>.
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง, ทิพมาส ชิดวงศ์ และเพ็ญพิศ ล้วนวิวัฒนานนท์. (2554). ผลของโปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการ ตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 35(1), 67–84.
- ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย. (2564). **แผนแม่บท การพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย (2558–2560) กระทรวงการพัฒนา สังคม และความมั่นคงของมนุษย์**. สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2564, จาก <https://hhdc.anamai.moph.go.th/th/>.

- สมใจ แซ่โง้ว และวีระพงศ์ มีสถาน. (2541). **สารานุกรมกลุ่มชาติพันธุ์ : ไทยลื้อ**. สถาบันวิจัยภาษา และวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพงศ์ วิทยศักดิ์พันธุ์. (2542). **การศึกษาประวัติศาสตร์สังคมและวัฒนธรรมชนชาติไท**. เชียงใหม่ : ภาควิชาภาษาไทย คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพ, รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). **แนวทางการเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560** (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: รมเย็น มีเดีย.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2557). **สาระความรู้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์**. สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2564, จาก <https://www.dmthai.org/index.php>.
- สาธิต วรรณแสง. (2548). ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน. ใน สุทิน ศรีธัญญาพร และวรรณนิธิยานันท์ (บรรณาธิการ), **โรคเบาหวาน** (หน้า 377-389). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม. (2564). **กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย งานวิจัยและความท้าทาย**. สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2564, จาก <https://www.tsri.or.th/dl/548>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2564). **อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานเขตสุขภาพที่ 1**. สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2564, จาก https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/เสนอที่_แสงเงิน_และถาวร_มาต้น.
- เสนห์ แสงเงิน และถาวร มาต้น. (2562). **พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตพื้นที่ชายแดนฝั่งตะวันตกจังหวัดตาก**. มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- อภิชัย คุณิพงษ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. **วารสารกรมการแพทย์**, 43(3), 101-107.
- อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2561). **ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต**. คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.

- อัจฉรา สุทธิรัญ และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 4(2), 35-44.
- Ayele, K., Tesfa, B., Abebe, L., Tilahun, T. and Girma, E. (2012). Self care behavior among patients with diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: the health belief model perspective. *PLoS One*, 7(4), e35515. doi:10.1371/journal.pone.0035515.
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: W. H Freeman and Company.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. and Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187.
- Best, J. W. (1977). **Research in education**. New Jersey: Prentice hall Inc.
- Bloom, B. S. (1971). **Mastery learning**. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Browder, D. M. and Shapiro, E. S. (1985). Applications of self-management to individuals with severe handicaps: A review. *Journal of the Association for Persons With Severe Handicaps*, 10, 200-208.
- Creer, L. T. (2000). **Self-management of chronic illness**. Handbook of self-regulation. California: Academic. 601-629.
- Embrey, N. (2006). **A concept analysis of self-management in long-term conditions**. 2, 507-513.
- Eriksen, T. H. (1993). *Ethnicity & Nationalism: Anthropological Perspectives*. Pluto Press.
- Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). **Self-Management of Chronic Disease: Handbook of Clinical Intervention and Research**. London: Academic Press.
- Huanhuan Hu, Gang Li and Takashi Arao. (2013). Validation of a Chinese Version of the Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale in Patients with Hypertension in Primary Care, *ISRN Public Health*, 2013, 1-6.
- Karen Glanz, Barbara K. Rimer and Viswanath, K. (2015). **Health behavior : theory, research, and practice**. (5th ed, pp. 102). San Francisco, CA : Jossey-Bass.

- Kate Lorig and Halsted Holman. (1993). Arthritis self-management studies: A twelve-year review. **Health Education Quarterly**, 20, 17–28.
- Mai, S. W., and Hinton, P. (1969). Tribesmen and peasants in North Thailand : **Proceedings of the First Symposium of the Tribal Research Centre**, Chiang Mai, Thailand, 1967.
- Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H. et al., (2016). Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. **Clin Diabetes**, 34(2), 70–80. doi:10.2337/diaclin.34.2.70.
- Redman, B. K. (2004). **Patient Self. Management at chronic disease: The health care provider's challenge**. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Riegel, B., Carlson, B., Kopp, Z., LePetri, B., Glaser, D. and Unger, A. (2002). Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. **Arch Intern Med**, 162(6), 705–712.
- Robinson, L., Smith, M. and Segal, R. (2016). Stress Management: Tips for Getting Your Stress under Control for Good.Helpguide. Retrieved from <http://www.helpguide.org/articles/stress/stress-management.htm>.
- Rosenstovk and Irain M. (1974). **The Health Belief Model and Prevention Behavior**. Health Education Monographs, 2(4), 354–386. .
- Simon de La Loubere. (1986). The Kingdom of Siam. Oxford University. 7, 1986 – 260.
- Tewahido, D. and Berhane, Y. (2017). Self-Care Practices among Diabetes Patients in Addis Ababa: A Qualitative Study. **PLoS One**, 12(1), e0169062. doi:10.1371/journal.pone.0169062.
- Wattana, C., Srisuphan, W., Pothiban, L. and Upchurch, S. L. (2007). Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. **Nurs Health Sci**, 9(2), 135–141. doi:10.1111/j.1442-2018.2007.00315.x.

Wayne W. Daniel and Chad L. Cross. (2014). **Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences** (6th ed.). John Wiley & Sons.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO

แบบสอบถามการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง

- 1.แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยแบบสอบถามนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
- 2.ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ซึ่งจะไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด ฉะนั้น ผู้วิจัยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลไว้เป็นความลับ การเผยแพร่จะทำได้เฉพาะข้อมูลในภาพรวมของทุกคน ไม่มีการระบุชื่อ ที่มาแต่อย่างใด
- 3.ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามและแสดงความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยในครั้งนี้
- 4.แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 9 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวาน
ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ส่วนที่ 9 แบบวัดการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้วิจัย

นางสาวสมปรารถนา ทราयหมอ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถาม ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความในช่องว่างและให้ขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง ให้ตรงกับความจริงตามที่ได้รับข้อมูลจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	SEX <input type="checkbox"/>
2. อายุ.....ปี (นับปีเต็มบริบูรณ์)	AGE <input type="checkbox"/>
3. สถานภาพ <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ.....	
4. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ/ไม่จบประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา/ปวช. <input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/ปวส. <input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....	EDU <input type="checkbox"/>
5. อาชีพหลัก <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีอาชีพ <input type="checkbox"/> 2. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย <input type="checkbox"/> 3. รับราชการ <input type="checkbox"/> 4. รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 5. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 6. เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....	OCCU <input type="checkbox"/>
6. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือน.....บาท	INCOME <input type="checkbox"/>
7. ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน.....ปี (นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ครั้งแรก)	DURATION <input type="checkbox"/>
8. สัญชาติ <input type="checkbox"/> 1. ไทยใหญ่ <input type="checkbox"/> 2. ไทยลื้อ <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ.....	NATIONALITY <input type="checkbox"/>
9. สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> 1. มีสิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> 2. ไม่มีสิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ.....	CLAIM <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดลงข้อมูลประเมินความรู้ที่มีต่อข้อความทางซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้าน

ขวามือให้ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว ตามที่ท่านได้รับข้อมูลจากผู้ที่เป็โรคเบาหวาน

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1. การเป็นโรคเบาหวานคือการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าระดับปกติ			K1 <input type="checkbox"/>
2. โรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้			K2 <input type="checkbox"/>
3. โรคเบาหวานเกิดจากความบกพร่องของตับอ่อน			K3 <input type="checkbox"/>
4. โรคเบาหวานเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์			K4 <input type="checkbox"/>
5. บุคคลที่อ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน			K5 <input type="checkbox"/>
6. อาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ อ่อนเพลีย หิวบ่อย กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย และน้ำหนักตัวลดลง			K6 <input type="checkbox"/>
7. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากเป็นแผลแล้วจะรักษาหายยาก			K7 <input type="checkbox"/>
8. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อัมพาต ซาปลายเท้า และเบาหวานขึ้นตา			K8 <input type="checkbox"/>
9. ถ้ามีอาการเท้าเย็นในเวลากลางคืน ใช้กระเป๋าไฟฟ้าหรือกระเป๋าน้ำร้อนวางบนเท้าได้			K9 <input type="checkbox"/>
10. การมารับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ต้องงดน้ำ งดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง			K10 <input type="checkbox"/>
11. หากสืบกินยาเม็ดใดเม็ดหนึ่ง สามารถกินเพิ่มเป็น 2 เม็ดในมื้อถัดไปได้			K11 <input type="checkbox"/>
12. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดรับประทานยาโรคเบาหวานเองได้ เมื่อรู้สึกอาการดีขึ้น			K12 <input type="checkbox"/>
13. ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แกว่งแขน เดิน อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน หรืออย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์			K13 <input type="checkbox"/>
14. ขณะออกกำลังกาย เมื่อรู้สึกเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ ควรหยุดออกกำลังกายทันที			K14 <input type="checkbox"/>
15. ผู้ป่วยเบาหวานควรกินข้าวเพียง 2-3 คำต่อมื้อ จะช่วยให้ควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้น			K15 <input type="checkbox"/>
16. อาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดมากที่สุดคือ อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว ขนมปัง			K16 <input type="checkbox"/>
17. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำ จะมีเหงื่อออกมาก ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม			K17 <input type="checkbox"/>
18. ผู้ป่วยเบาหวาน ควรงดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			K18 <input type="checkbox"/>
19. ผู้ป่วยเบาหวาน ควรไปรับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือน			K19 <input type="checkbox"/>
20. ผู้ป่วยเบาหวาน ต้องรีบไปพบแพทย์ หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และตามัว			K20 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดลงข้อมูลประเมินความรู้ที่มีต่อข้อความทางซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือให้ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว ตามที่ท่านได้รับข้อมูลจากผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน

ข้อความ	ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน					สำหรับผู้วิจัย
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1.ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะอ้วน						SU1 <input type="checkbox"/>
2.การเป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป						SU2 <input type="checkbox"/>
3.การเป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดตาพร่ามัวหรือเป็นต้อกระจกมากกว่าคนทั่วไป						SU3 <input type="checkbox"/>
4.การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือด/อัมพฤกษ์						SU4 <input type="checkbox"/>
5.การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แล้วไม่ออกกำลังกาย จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย						SU5 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดลงข้อมูลประเมินความรู้ที่มีต่อข้อความทางซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือให้ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว ตามที่ท่านได้รับข้อมูลจากผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน

ข้อความ	ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
1.การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วมีน้ำตาลในเลือดสูงนานๆ มีโอกาสถูกตัดขา						SE1 <input type="checkbox"/>
2.ถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจทำให้พิการ เป็นอัมพาต ถึงตายได้						SE2 <input type="checkbox"/>
3. หากผู้ป่วยเบาหวานมีแผล แล้วไม่ดูแลความสะอาดของแผล จะทำให้มีโอกาสแผลลุกลาม หรือแผลเน่าได้						SE3 <input type="checkbox"/>
4.การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะต้องได้รับการรักษาโดยการฉีดยาอินซูลิน						SE4 <input type="checkbox"/>
5.การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หากมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก จะมีอาการหายใจหอบ คลื่นไส้ อาเจียน มึนตึ๊ง และอาจเสียชีวิตได้						SE5 <input type="checkbox"/>
6. การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจทำให้ตาพร่ามัว และอาจตาบอดได้						SE6 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดลงข้อมูลประเมินความรู้ที่มีต่อข้อความทางซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือให้ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว ตามที่ท่านได้รับข้อมูลจากผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน

คำถาม	การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
1.การไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง จะทำให้สามารถติดตามอาการ ระดับน้ำตาลในเลือด และเฝ้าระวังความผิดปกติของร่างกายได้						BE1 <input type="checkbox"/>
2.การรับประทานยาสม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่ง จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้						BE2 <input type="checkbox"/>
3.การควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดจะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้						BE3 <input type="checkbox"/>
4.การหลีกเลี่ยงขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้						BE4 <input type="checkbox"/>
5. การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้						BE5 <input type="checkbox"/>
6.การที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานทำให้ท่านไม่ต้องเสียเวลาในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น						BE6 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์ของการรักษาโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดลงข้อมูลประเมินความรู้ที่มีต่อข้อความทางซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้าน

ขวามือให้ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว ตามที่ท่านได้รับข้อมูลจากผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน

คำถาม	การรับรู้ประสบการณ์ของการป้องกันโรค					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
1. การที่ต้องมีการดูแลตนเองตลอดเวลาทำให้ ท่านเบื่อหน่ายตนเอง						BA1 <input type="checkbox"/>
2. การรับประทานอาหารนอกบ้าน หรืองาน เลี้ยง ทำให้ท่านไม่สามารถควบคุมอาหารได้						BA2 <input type="checkbox"/>
3. การประกอบอาชีพ ทำให้ท่านไม่มีเวลา ออกกำลังกาย						BA3 <input type="checkbox"/>
4. ท่านเบื่อที่ต้องออกกำลังกายโดยลำพังคน เดียว						BA4 <input type="checkbox"/>
5. การมาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ท่านเสีย รายได้จากการหยุดงาน						BA5 <input type="checkbox"/>
6. ท่านมีความยุ่งยากทุกครั้งในการเดินทาง มาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากไม่มีใครมาส่ง						BA6 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามสิ่งชักนำให้ปฏิบัติตนต่อโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดลงข้อมูลประเมินความรู้ที่มีต่อข้อความทางซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้าน

ขวามือให้ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว ตามที่ท่านได้รับข้อมูลจากผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน

คำถาม	ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
1.บุคคลในครอบครัว ดูแลและให้กำลังใจท่าน เมื่อรู้ว่าท่านเป็นโรคเบาหวาน						AC1 <input type="checkbox"/>
2. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ในการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนจากเบาหวาน						AC2 <input type="checkbox"/>

คำถาม	ปัจจัยลึ้งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
3. เมื่อมีปัญหา เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเหลือ เช่น การเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล						AC3 <input type="checkbox"/>
4. ท่านเคยได้รับข่าวสารโรคเบาหวานจากสื่อของโรงพยาบาล เช่น แผ่นพับ คู่มือโรคเบาหวาน ทำให้มีการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น						AC4 <input type="checkbox"/>
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้คำแนะนำในโรคเบาหวานแก่ท่าน ท่านจึงมีวิธีดูแลตนเองที่เหมาะสม						AC5 <input type="checkbox"/>
6. การรณรงค์โรคเบาหวาน ทำให้ท่านมีวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม						AC6 <input type="checkbox"/>
7. การไปพบแพทย์ตามนัด จะทำให้ท่านได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วย						AC7 <input type="checkbox"/>
8. การมีบริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดประจำเดือนในชุมชน ทำให้ท่านอยากที่จะรับบริการ						AC8 <input type="checkbox"/>
9. ท่านได้รับความรู้โรคเบาหวาน จากหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ทำให้มีการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น						AC9 <input type="checkbox"/>
10. ท่านใช้ระยะเวลาารอพบแพทย์เพื่อการรักษานาน จึงทำให้ไม่ยอมมาโรงพยาบาล						AC10 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดลงข้อมูลประเมินความรู้ที่มีต่อข้อความทางซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้าน

ขวามือให้ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว ตามที่ท่านได้รับข้อมูลจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

คำถาม	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					สำหรับ ผู้วิจัย
	มั่นใจ มาก	ค่อนข้าง มั่นใจ	มั่นใจ เล็กน้อย	ไม่ค่อย มั่นใจ	ไม่มั่นใจ เลย	
1. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถนำสมุดบันทึกประจำตัวของท่าน มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง						EF1 <input type="checkbox"/>
2. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้เมื่อท่านหิว						EF2 <input type="checkbox"/>
3. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถตัดสินใจไปพบแพทย์เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงความเจ็บป่วยของท่าน						EF3 <input type="checkbox"/>
4. ท่านมีความมั่นใจว่าจะรับประทานอาหาร 3 มื้อ ในหนึ่งวันอย่างสม่ำเสมอ						EF4 <input type="checkbox"/>
5. ท่านมีวิธีผ่อนคลายความเครียดและความวิตกกังวลได้						EF5 <input type="checkbox"/>
6. ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที						EF6 <input type="checkbox"/>
7. ท่านทราบว่า การออกกำลังกายเป็นวิธีที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้						EF7 <input type="checkbox"/>
8. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานได้						EF8 <input type="checkbox"/>
9. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทานยาตรงตามเวลากำหนดอย่างสม่ำเสมอ						EF9 <input type="checkbox"/>
10. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถมาพบแพทย์ได้ตามนัดทุกครั้งได้อย่างสม่ำเสมอ						EF10 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 9 แบบวัดการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดลงข้อมูลประเมินความรู้ที่มีต่อข้อความทางซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้าน

ขวามือให้ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว ตามที่ท่านได้รับข้อมูลจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

- ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้ง
(ปฏิบัติได้จริง ร้อยละ 75-100 ของกิจกรรมนั้น)
- ปฏิบัติระดับมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง
(ปฏิบัติได้จริง ร้อยละ 50-74 ของกิจกรรมนั้น)
- ปฏิบัติระดับปานกลาง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง
(ปฏิบัติได้จริง ร้อยละ 25-49 ของกิจกรรมนั้น)
- ปฏิบัติระดับน้อย หมายถึง ส่วนใหญ่ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นหรือนานๆครั้ง
(ปฏิบัติได้จริง ร้อยละ 1-24 ของกิจกรรมนั้น)
- ปฏิบัติระดับน้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

การจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติระดับมาก	ปฏิบัติระดับปานกลาง	ปฏิบัติระดับน้อย	ปฏิบัติระดับน้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1. ด้านอาหาร						MAFOOD1 <input type="checkbox"/>
1.1 ท่านรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ เพราะจำเป็นต้องกินยารักษาโรคเบาหวาน						MAFOOD2 <input type="checkbox"/>
1.2 ท่านรับประทานอาหารได้ตรงเวลา						MAFOOD3 <input type="checkbox"/>
1.3 ท่านรับประทานอาหารประเภทขนมหวาน เช่น ไอศกรีม ขนมทองหยิบ ทองหยอด						MAFOOD4 <input type="checkbox"/>
1.4 ท่านรับประทานอาหารจากการประกอบอาหารในครัวเรือน						MAFOOD5 <input type="checkbox"/>
1.5 ท่านกินอาหารประเภทแป้งหรือน้ำตาล เช่น ขนมปัง ข้าวซอย						MAFOOD6 <input type="checkbox"/>
1.6 ท่านดื่มเครื่องดื่มอัดลม หรือ ชา / กาแฟ						MAFOOD7 <input type="checkbox"/>
1.7 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาโดงเหล้า						<input type="checkbox"/>

การจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติระดับมาก	ปฏิบัติระดับปานกลาง	ปฏิบัติระดับน้อย	ปฏิบัติระดับน้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1.8 ท่านรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้						MAFOOD8 <input type="checkbox"/>
2. การออกกำลังกาย						MAEX1 <input type="checkbox"/>
2.1 ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ3 ครั้ง/สัปดาห์ และไม่หักโหมจนเกินไป						MAEX2 <input type="checkbox"/>
2.2 ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที						MAEX3 <input type="checkbox"/>
2.3 ท่านออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารมือหนักโดยทันที						MAEX4 <input type="checkbox"/>
2.4 ท่านใส่รองเท้าที่เหมาะสมและสวมถุงเท้าในการออกกำลังกายด้วยทุกครั้ง						MAEX5 <input type="checkbox"/>
2.5 ท่านไม่ออกกำลังกายขณะที่หิวหรืออึด						MAMED1 <input type="checkbox"/>
3. การใช้ยา						MAMED2 <input type="checkbox"/>
3.1 ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง						MAMED3 <input type="checkbox"/>
3.2 ท่านอ่านฉลากยาให้เข้าใจก่อนรับประทานยาทุกครั้ง						MAMED4 <input type="checkbox"/>
3.3 ท่านรับประทานยาเบาหวานตรงตามจำนวนที่แพทย์สั่ง						MAMED5 <input type="checkbox"/>
3.4 ท่านรับประทานยาเบาหวานตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง						MAMED6 <input type="checkbox"/>
3.5 ท่านปรับขนาดยาเบาหวานโดยลดหรือเพิ่มยาหรือหยุดยาด้วยตัวเอง						MAMED7 <input type="checkbox"/>
3.6 ท่านรับประทานยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมอื่นร่วมกับยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาเบาหวาน						
3.7 เมื่อมีอาการไม่สบายเช่น เป็นไข้ หัวดี เจ็บคอ ท่านจะดยาเบาหวานในวันนั้น						

การจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติระดับมาก	ปฏิบัติระดับปานกลาง	ปฏิบัติระดับน้อย	ปฏิบัติระดับน้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
3.8 ท่านตรวจสอบวัน หมดอายุของยา ก่อนรับประทานยา						MAMED8 <input type="checkbox"/>
4. การจัดการกับความเครียด						
4.1 ท่านจะค้นหาสาเหตุ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด แล้วแก้ไขสิ่งที่เป็นต้นเหตุเหล่านั้น? เมื่อเกิดความวิตกกังวล ความเครียด ไม่สบายใจ						MAST1 <input type="checkbox"/>
4.2 เมื่อท่านรู้สึกเครียด จะเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่พบปะ พูดคุยสังสรรค์กับบุคคลอื่น						MAST2 <input type="checkbox"/>
4.3 ท่านผ่อนคลายความเครียดของตนเองด้วยการไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ การไปทำบุญที่วัด การออกกำลังกาย เล่นกีฬา ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ ฯลฯ						MAST3 <input type="checkbox"/>
4.4 ท่านมีการเข้าร่วมกิจกรรมกับคนในสังคม เช่น การเข้าร่วมในการงานบุญของหมู่บ้าน เป็นตัวแทนของคนในชุมชน						MAST4 <input type="checkbox"/>
4.5 ท่านนอนหลับพักผ่อน วันละ 6- 8 ชั่วโมง						MAST5 <input type="checkbox"/>



ประวัติผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	สมปรารถนา ทราชมอ
วัน เดือน ปี เกิด	14 พฤษภาคม 2539
สถานที่เกิด	เชียงราย
วุฒิการศึกษา	พ.ศ.2561 ส.บ.(สาธารณสุขชุมชน), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี
ที่อยู่ปัจจุบัน	28 หมู่6 ตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
ผลงานตีพิมพ์	สมปรารถนา ทราชมอ. 2565. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. วารสารโรค และภัยสุขภาพสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, 16(3).

