

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการ
โรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



สุภาพร เพ็ชรอาวุธ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

.....

นางสาวสุภาพร เพ็ชรอาวุธ
ผู้วิจัย

.....

อาจารย์นันทยา วัฒนา
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทวัน สุวรรณรูป,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

วันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2553

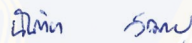


นางสาวสุภาพร เพ็ชรอาวุธ
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริธมมงคล,
Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อาจารย์นันทิยา วิฒาญ,
Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภาพร จินันทุยา,
พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทวัน สุวรรณรูป,
Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ฟองคำ ติลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.นันทิยา วัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาชี้แนะแนวทาง ให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจ และต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ จนประสบความสำเร็จ ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันท์ยา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาปรับปรุงเนื้อหาให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์อภิชาติ ชฎอนันต์ รองศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลสุขสภาราษฎและโรงพยาบาลกะเปอร์ ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการสัมภาษณ์ วิจัยครั้งนี้ ทำให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุความสำเร็จได้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ผู้ให้กำเนิด ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน ที่ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านมาโดยตลอดตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ จนประสบความสำเร็จในการวิจัย

ท้ายที่สุดขอขอบคุณเพื่อนๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจที่มีค่ากล่าวในที่นี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

สุพาพร เพ็ชรอาวุธ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

FACTORS PREDICTING DIABETES SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

สุภาพร เพ็ชรอาวุธ 5038126 NSFN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นันทิยา วัฒนา, Ph.D. (Nursing), นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาจากการที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เป็นองค์ประกอบสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดระนอง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 88 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมSPSS version 17 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.5) อายุเฉลี่ย 56 ปี (S.D. = 11.9 ปี) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเบาหวานส่วนใหญ่ประมาณ 1-6 ปี ร้อยละ 67.1 ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมตัวแปรที่ทำการศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ ร้อยละ 34.4 ($R^2 = 0.344$, $F = 10.715$, $p = .000$) เมื่อวิเคราะห์แต่ละตัวแปร พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้สูงสุด ($\beta = .509$, $p = .00$) รองลงมา คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($\beta = .229$, $p < .05$) และอายุ ($\beta = -.206$, $p < .05$) ตามลำดับ ส่วนเพศ และการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรพัฒนากิจกรรม หรือโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีสมรรถนะแห่งตน และส่งเสริมให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพให้มากขึ้น โดยคำนึงถึงอายุที่แตกต่างกันของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง / โรคเบาหวานชนิดที่ 2 / สมรรถนะแห่งตน / การสนับสนุนจากครอบครัว / การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

FACTORS PREDICTING DIABETES SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

SUPAPORN PHETARVUT 5038126 NSFN/M

M.N.S (FAMILY NURSE PRACTICITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTIYA WATTHAYU, Ph.D. (Nursing),
NUNTAWON SUWONNAROOP, Ph.D. (Nursing)**ABSTRACT**

Diabetes mellitus is a major public health problem. Uncontrolled diabetes mellitus can lead to serious health problems. Diabetes self-management is a crucial component of diabetes care for patients to effectively control diabetes and prevent complication. The present research aimed to investigate factors predicting diabetes self-management of patients with diabetes mellitus type 2. The factors could be divided into personal factors (age, gender, and self-efficacy) and interpersonal factors (family support and patient-provider communication). The study sample consisted of 88 patients with diabetes mellitus type 2 who were diagnosed by physicians and who sought treatment at the outpatient clinic of the community hospital in Ranong province. The subjects who met the inclusion criteria were recruited by means of simple random sampling. The instruments used in data collection consisted of a demographic characteristics questionnaire, self-efficacy questionnaire, family support questionnaire, patient-provider communication questionnaire, and the diabetes self-management of diabetes mellitus type 2 patients questionnaire. Data were analyzed using SPSS Program version 17 involving descriptive statistics, Pearson' product moment correlation coefficient, and multiple regression analysis.

The findings revealed that diabetes mellitus type 2 patients were mostly female (79.5%), their mean age was 56 years (S.D. = 11.9 years), and they have had diabetes mellitus type 2 for one to six years (67.1%). Altogether, 34.4% ($R^2 = 0.344$, $F = 10.715$, $p = .000$) of the variability in diabetes self-management was predicted by age, gender, perceived self-efficacy, family support, and patient-provider communication. Only three of the predictors such as self-efficacy, patient-provider communication, and age contributed significantly to prediction of diabetes self-management. Gender and family support could not predict diabetes self-management of patients with diabetes mellitus type 2. When evaluating the importance of each variable, the findings showed that self-efficacy ($\beta = .509$, $p = .00$) has more influence on diabetes self-management, follow by patient-provider communication ($\beta = .229$, $p < .05$) and age ($\beta = -.206$, $p < .05$).

Based on the study findings, it is recommended that activities or programs to promote diabetes mellitus type 2 patients' self-efficacy and patient-provider communication should be developed. Differences in the age of patients should be taken into account when developing such activities or programs to ensure appropriateness and effectiveness of diabetes self-management for diabetes mellitus type 2 patients.

KEY WORDS: DIABETES SELF-MANAGEMENT / DIABETES MELLITUS TYPE 2 /
SELF-EFFICACY / FAMILY SUPPORT / PATIENT-PROVIDER
COMMUNICATION

158 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
กรอบทฤษฎี/กรอบแนวคิดการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย	12
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	13
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	13
พฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	18
ปัจจัยส่วนบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ได้แก่	
- อายุ	31
- เพศ	32
- สมรรถนะแห่งตน	33
ปัจจัยระหว่างบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ได้แก่	
- การสนับสนุนจากครอบครัว	39
- การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
บทที่ 4 ผลการวิจัย	67
บทที่ 5 อภิปรายผล	83
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	93
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	98
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	111
บรรณานุกรม	125
ภาคผนวก	142
ประวัติผู้วิจัย	158

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส	68
2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลักษณะครอบครัว	69
3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรค การสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และการดื่มสุรา	70
4 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมรรถนะแห่งตน	72
5 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุน จากครอบครัว	74
6 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสื่อสารระหว่าง ผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	75
7 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง	77
8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง	79
9 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2	81

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	10
2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์	34
3 แสดงรูปแบบความแตกต่างระหว่างความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่มีต่อพฤติกรรมและสภาวะทางอารมณ์	35

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เป็นโรคที่ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจึงมีพฤติกรรมต่างๆเปลี่ยนแปลงไปด้วยไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการออกกำลังกายที่ลดลง เนื่องจากสภาพสังคมในปัจจุบัน ที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ประชาชนจึงต้องใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบ ทำให้ไม่มีเวลาใส่ใจสุขภาพของตนเอง จึงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (Non communicable disease) หรือโรคที่เกิดจากขบวนการเผาผลาญที่ผิดปกติของร่างกาย (Metabolic diseases) รวมทั้งโรคเบาหวานด้วย ปัจจุบันโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น World Health Organization (WHO, 2009) ได้คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลกในปี ค.ศ. 2030 จะมีเพิ่มขึ้นถึง 366 ล้านคน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาจะพบผู้ที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 60 กว่าล้านคนในปี ค.ศ. 2000 เป็น 120 กว่าล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 30 กว่าล้านคนเป็น 60 กว่าล้านคน

จากการศึกษาของ Roglic และคณะ (2005) พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ในปี ค.ศ. 2000 ประมาณ 2.9 ล้านคนหรือร้อยละ 5.2 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และร้อยละ 2-3 ที่เสียชีวิตมาจากประเทศด้อยพัฒนา ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่พบในประชากรอายุ 35-64 ปีถึงร้อยละ 6-27 สำหรับประเทศไทยสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน พบว่าในปี พ.ศ. 2546-2548 มีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 380.75, 444.16 และ 490.53 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากสถิติในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานถึง 3 ล้านกว่าคน แต่รักษาได้ผลเพียง 4 แสนคนเท่านั้น (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขามและคณะ, 2549) ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ในประเทศไทยโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 5 ของประเทศด้วย โดยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เสียชีวิตเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2548 - 2550 ตามลำดับดังนี้ 11.85, 12 และ 12.2 ต่อแสนประชากร (ศูนย์โรคไม่ติดต่อ, 2552)

จังหวัดระนองมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2548- 2550 คือ 1,775, 1,957 และ 2,573 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2548-2550 เป็นจำนวน 769, 889 และ 1,157 ครั้งตามลำดับ และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจำนวน 14, 16 และ 20 รายตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2552) จากสถิติดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและผลกระทบต่อชีวิตมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ผู้ที่เป็นเบาหวานหากไม่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี จะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นๆหรือก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคอย่างยาวนานตลอดชีวิตของผู้ป่วย แล้วยังส่งผลถึงเศรษฐกิจของครอบครัว และก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตอีกด้วย

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติเนื่องจากขาดอินซูลินหรือมีอินซูลินที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอต่อความต้องการตามปกติของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเกินขีดจำกัดที่ใดจะสามารถกักเก็บเอาไว้ได้จึงถูกขับถ่ายออกมาทางปัสสาวะ หรือเกิดเนื่องจากตับอ่อนสร้างอินซูลินไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือมีอินซูลินมากแต่ร่างกายไม่สามารถนำไปใช้ได้ เมื่อรับประทานอาหารเช้าไปแล้วไม่มีอินซูลินเพียงพอ ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนเป็นพลังงานให้ร่างกายนำไปใช้ได้ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานแล้วไม่มีการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีพอมักจะพบภาวะแทรกซ้อนของโรคทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันผู้ป่วยมักจะมีอาการรวดเร็วและรุนแรง เช่น การติดเชื้อ ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคของจอตา และโรคประสาทส่วนปลายเสื่อมซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ตั้งแต่ทุพพลภาพ คุณภาพชีวิตไม่ดี และอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นแนวทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวานจึงประกอบด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับการควบคุมภาวะอื่นที่มักพบร่วมกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง และน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งการจะควบคุมอาหาร หรือการออกกำลังกาย และการใช้ยาลดระดับน้ำตาลได้ถูกต้องนั้นตัวผู้ป่วยเองจะต้องเห็นความสำคัญและมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานด้วยตนเอง วิธีที่จะให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น ผู้ป่วยต้องสามารถจัดการตนเอง (Self-management) ในเรื่องดังกล่าวให้ได้ ซึ่งการจัดการตนเองนั้นจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะแทรกซ้อนได้ (Warsi, 2004)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 4 โรค และโรคเบาหวานก็เป็นโรคหนึ่งที่เป็นเป้าหมายหลักตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย ด้วยการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมภาวะโรค ลดการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ลดอัตราตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาบำบัด ทำงานเชื่อมโยงกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ (Misra & Lager, 2009; Norris et al., 2001; Skinner et al., 2000; Speer et al., 2008; Sprague, Sbultz & Branen, 2006; Warsi, 2004)

พฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self-Management behavior) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะแทรกซ้อน (Xu et al., 2008 ; Lin, 2008) ด้วยการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามแผนการรักษา (Toobert et al., 2000; วราภรณ์ หนู่มศรี, 2549; วรณิ นิธิยานันท์, 2547) และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยการเลิกสูบบุหรี่ (Bezraud, Halimi, Lecomte, Vol & Tichet, 2004; Nilsson, Gudbjornsdottir, Eliasson & Cederholm, 2004; Stenstrom & Anderson, 2000; Tonstad, 2009; Wen et al., 2006; Will et al., 2001) รวมทั้งการดูแลเท้าไม่ให้เกิดแผล เพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ (Gulliford & Mahabir, 2002; Pataky & Vischer, 2007; Singh et al., 2005; Wieman, 2005) มีผู้ศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ได้ให้คำจำกัดความของการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองไว้หลากหลาย และหลายงานวิจัยที่มีการใช้แนวคิดการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes self-management) เป็นการดูแลตนเอง (Self-care) (Aikens et al., 2005; Anderson, 2003; Schilling, 2002; Wide & Garvin, 2007)

อย่างไรก็ตามการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองก็ยังมีแตกต่างกับการดูแลตนเองโดยการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบที่มีกระบวนการ มีกิจกรรม และมีเป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวาน (Schilling, 2002) แต่การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2545) ดังนั้นพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จึงเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ประกอบด้วยกระบวนการ กิจกรรม และเป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานในด้านต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน จากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองนั้นช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการตนเองยังช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะ มีเป้าหมายของชีวิต รวมทั้งช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา (Redman, 2007) นอกจากนั้นยังช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรค การรักษา ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ช่วยยับยั้งการดำเนินโรคและลดการคุกคามของภาวะเจ็บป่วย ทำให้อาการหรือการดำเนินโรคเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ลดการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (Jovicic, 2006; Stee, 2003)

นอกจากนี้ Cormier และ Nuris (2003) ได้กล่าวว่าการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติหรือกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและจิตใจ โดยมีความเชื่อว่าการที่รับรู้หรือตัดสินใจได้ว่าอะไรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ก็จะทำให้ผู้ป่วยทราบปัญหาหรืออุปสรรคที่แท้จริงที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้นั้นมีปัจจัยต่างๆเข้ามาเกี่ยวข้องมากมายทั้งในส่วนของตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะ แห้งตน และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ (Catharine et al., 2002; Ciechanowski et al., 2001; Iannotti et al., 2006; Navuluri et al., 2000; Toljamo, 2001; Unden et al., 2008, Wen et al., 2005)

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการจัดการตนเอง ได้แก่ อายุ และเพศ โดยที่อายุ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการของบุคคล รวมทั้งเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Orem, 1985) ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันจึงน่าจะส่งผลถึงการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ การศึกษาของศิริพร ปาระมะ (2545) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล (2549) พบว่าการมีอายุเพิ่มขึ้นสามารถทำนายพฤติกรรม自我管理ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 27.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งการศึกษาของ Gallagher และคณะ (2008) เกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะมีการจัดการตนเองได้ไม่ดี คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น สำหรับเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ จากการศึกษาของ Mccollum และคณะ (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับเพศที่แตกต่างในผู้ป่วยเบาหวานและประสิทธิผลของกิจกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ผู้หญิงมีดัชนีมวลกาย และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายได้มากกว่าผู้ชาย นอกจากนี้เพศยังแสดงให้เห็นถึงอุปนิสัยการรับประทานอาหารอีกด้วย จากการศึกษาของ อินทราพร พรหมปรการ (2541)

พบว่า เพศหญิงมักจะมีอุปนิสัยชอบรับประทานอาหารจุบจิบมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเขาวรัตน์ ปรีกษ์งามและคณะ (2549) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเพศหญิง (ร้อยละ 33.9) มีมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 24.1) ปัจจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นปัจจัยที่อยู่ภายในตัวบุคคล สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ (Xu et al., 2008) เพราะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงสมรรถนะที่จะจัดการโรคได้นั้นจึงมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการโรคด้วยตนเองได้ (Gallagher et al., 2008) เพื่อที่จะควบคุมโรคไม่ให้เกิดการดำเนินโรคเลวลง (Catharine et al., 2002; Iannotti et al., 2006) ซึ่งจากการศึกษาของ Iannotti และคณะ (2006) เกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ตามความคาดหวังและการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gallagher และคณะ (2008) เกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการศึกษาของ Catharine และคณะ (2002) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนกับผลกระทบต่อการดูแลตนเองและระดับ HbA1c ในผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายที่ดีในการดูแลตนเองและยังทำให้ระดับ HbA1c ดีขึ้นด้วย นอกจากนี้สมรรถนะแห่งตนยังช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย (สมบัติ ไชยวัฒน์, 2543)

อย่างไรก็ตามการจะเกิดพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยได้นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากผู้ป่วยเพียงลำพัง หรืออาจเกิดขึ้นได้แต่อาจไม่มีความต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคเบาหวานเป็นเวลานานตลอดชีวิต อาจมีความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย ท้อแท้กับการจัดการโรคได้ในบางช่วงจังหวะของชีวิต จึงต้องได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัว (Coleman et al., 2005) ซึ่งอิทธิพลจากครอบครัวมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยให้มีการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง Seeman (1998) ได้กล่าวถึง การสนับสนุนจากครอบครัวว่า ครอบครัวสามารถให้การสนับสนุนด้วยการให้ความช่วยเหลือหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านอารมณ์ซึ่งเป็นความผูกพันที่ใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรักหรือได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ครอบครัวยังสามารถให้ข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์เกี่ยวกับโรคที่เป็นได้ ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้

ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหา และการให้ข้อมูลป้อนกลับทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง หรือแม้แต่ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ เช่น การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ เงินทอง และการบริการ เช่น การอาสาส่งโรงพยาบาล เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลหรือจัดการตนเองได้ดีขึ้น (Chesla et al., 2003; Chifumi et al., 2006; Fisher et al., 2005; Gallant et al., 2003; Lauric et al., 1997; Skinner et al., 2000; Toljamo, 2001; Wen, 2004; อนุภาวี ณะฤทธิ์, 2007; สุริยาภรณ์ อินทภิรมย์ และคณะ, 2550)

จากการศึกษาของ Toljamo (2001) พบว่า ผู้ที่อยู่คนเดียวตามลำพังจะละเลยการดูแลตนเองและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยไม่ละเลยการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wen และคณะ (2004) เกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว อาหาร และการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชาวเม็กซิกันอเมริกัน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องอาหาร การออกกำลังกายได้ในระดับสูง ดังนั้นครอบครัวจึงสามารถช่วยสนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองได้เป็นอย่างดีและยังทำให้มีความต่อเนื่องในการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ จากความสำคัญของครอบครัวดังที่กล่าวข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นครอบครัวควรให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการควบคุมการดำเนินโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้นและมีความต่อเนื่องต่อไป แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ศึกษาถึงการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นั้นยังมีอยู่น้อย ส่วนมากจะเป็นงานวิจัยในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และศึกษาการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพราะการที่บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและช่วยกันดูแลก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการควบคุมพฤติกรรมในการจัดการกับโรคเบาหวานได้ด้วยตนเอง

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสำคัญในการจัดการโรคเบาหวานเช่นกัน โดยช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมากขึ้น (Aikens, 2005; Heisler et al., 2002; Polzer, 2007) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดูแลระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล (Abdulhadi et al., 2007; Ong et al., 1995; Xu, 2008) ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และยังช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานด้วย (Aiken, 2005; Ciechanowski et al., 2001; Silver et al., 2009; Xu, 2008; Zgibor et al., 2002) จากการศึกษาค้นคว้าของ Matthews และคณะ (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการ

สื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ในผู้หญิง พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลในการจัดการโรคเบาหวานที่มีความสำคัญที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Piette และคณะ (2003) ศึกษาเกี่ยวกับมิติของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง พบว่า การประเมินเจ้าหน้าที่ของผู้ป่วยและการสื่อสารเกี่ยวกับความเฉพาะของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย อีกทั้งการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีความเข้าใจอันดีต่อกัน ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเป็นหลักสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Schilling et al., 2002; Xu, 2008) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยได้มีการจัดการโรคด้วยตนเอง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยต่างๆตามที่ได้กล่าวมาแล้วมีผู้ที่ทำการศึกษาในประเด็นที่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองยังมีอยู่น้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง รวมทั้งนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ในด้านการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่ อย่างไร

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

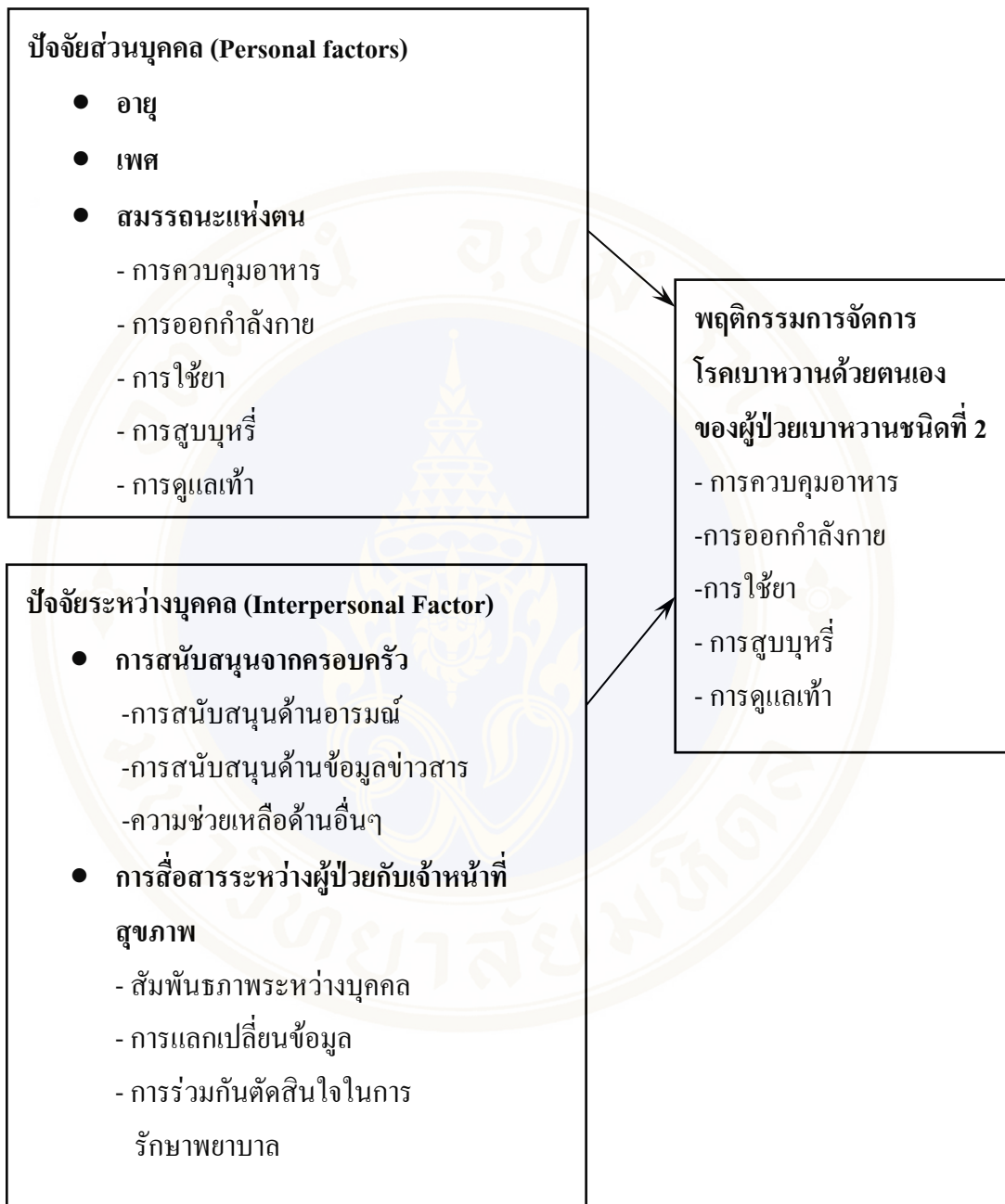
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระนอง ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 – มกราคม พ.ศ. 2553

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้นั้น

พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ อายุ เพศ (สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549; สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538; Gallagher et al., 2008; Unden et al., 2008; Wong et al., 2005) และสมรรถนะแห่งตน (Iannotti et al., 2006; Gallagher et al., 2008) ซึ่งเป็นการรับรู้ความสัณฐานใจในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Catharine et al., 2002; Gallagher et al., 2008; Iannotti et al., 2006; Trief et al., 2009) แต่การจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเพียงลำพังยังไม่เพียงพอจากสภาพการดำเนินโรคที่ยาวนาน จึงต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและมีกำลังใจที่จะจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง นั่นก็คือการสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับความช่วยเหลือหรือตอบสนอง และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจากผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้ดีขึ้น (Wen et al., 2004) นอกจากการสนับสนุนจากครอบครัวแล้วการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งหมายถึง การรับรู้กระบวนการส่งข่าวสาร ข้อมูลการดูแลรักษาระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล (Abdulhadi et al., 2007; Ong et al., 1995; Silver et al., 2009; Xu, 2008) ส่งผลให้การจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นด้วย (Aikens et al., 2005) ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และสมรรถนะแห่งตน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสูบบุหรี่ และการดูแลเท้า และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ รวมทั้งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล การร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ต่อพฤติกรรมการจัดการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสูบบุหรี่ และการดูแลเท้า เพื่อให้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคมามากยิ่งขึ้น สามารถควบคุมการดำเนินโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้รุนแรงมากขึ้น จึงสรุปกรอบแนวคิดได้ดังนี้



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

นิยามตัวแปร

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นับตั้งแต่ปีที่เกิดจนถึงวันที่เก็บข้อมูล

1.2 เพศ หมายถึง เพศชายและเพศหญิงที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1.3 สมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) หมายถึง การรับรู้ความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุผลสำเร็จ ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองทั้งในด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การสูบบุหรี่และการดูแลเท้า โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ Stanford Patient Education Research Center เป็นแบบประมาณค่า 11 ระดับ จำนวน 25 ข้อ มีคะแนน 0-250 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่แสดงให้เห็นว่ามีอิทธิพลในการสนับสนุนการจัดการโรคนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาถึงปัจจัยที่จะช่วยสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้

2.1 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับความช่วยเหลือและตอบสนอง รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจากผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร พ่อ แม่ พี่น้อง หรือญาติ ประกอบด้วยด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับกำลังใจ การได้รับความรักใคร่และห่วงใย การได้รับความมั่นใจ และความรู้สึกมีที่พึ่งของผู้ป่วย

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ในการแก้ปัญหาและการได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์

ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ และการอำนวยความสะดวกในการแก้ปัญหา

โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Glasgow และคณะ (2000) เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง

2.2 การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Patient-Provider communication) หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดูแลรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับ

แพทย์ หรือพยาบาล ในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล เป็นแบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ Schillinger และคณะ (2004) เป็นแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ จำนวน 23 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

3. พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self - Management behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสูบบุหรี่ และการดูแลเท้า เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Toobert และคณะ (2000) มีจำนวน 18 ข้อคำถามด้านบวก 11 ข้อ คำถามด้านลบ 7 ข้อ มีคะแนน 0-126 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีมาก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย หรือกำหนดแนวทางการส่งเสริม พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เป็นแนวทางแก่ผู้สนใจ และต้องการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อสร้างองค์ความรู้ และความเข้าใจในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานดังต่อไปนี้

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคจนตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ความสามารถและจัดการกับโรคที่เป็นอยู่ไม่ให้กำเริบหรือคงภาวะโรคไว้ไม่ให้เป็นรุนแรงมากขึ้น สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association (ADA), 2004) ได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานไว้ว่า เป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมแสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งโรคเบาหวานนี้เป็นโรคที่เกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติเนื่องจากขาดอินซูลินหรือมีอินซูลินที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอต่อความต้องการตามปกติของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเกินขีดจำกัดที่ไตจะสามารถกักเก็บเอาไว้ได้จึงถูกขับถ่ายออกมาทางปัสสาวะ หรือเกิดเนื่องจากตับอ่อนสร้างอินซูลินไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือมีอินซูลินมาก แต่ร่างกายไม่สามารถนำไปใช้ได้ เมื่อรับประทานอาหารเข้าไป แล้วไม่มีอินซูลินพอทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนเป็นพลังงานให้ร่างกายนำไปใช้ได้ ซึ่งสามารถแบ่งได้หลายประเภทด้วยกัน

การจำแนกประเภทโรคเบาหวาน

American Diabetes Association (2008) ได้แบ่งประเภทของโรคเบาหวานไว้ 4 ประเภท คือ

1. เบาหวานชนิดที่ 1 หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ส่วนใหญ่จะเกิดจาก autoimmune ส่วนน้อยจะไม่ทราบสาเหตุ (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543) จึงมีภาวะขาดอินซูลิน มักจะได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี (American Associate Diabetes Education (AADE), 2003 cite in Decoste & Scott, 2004) โรคเบาหวานชนิดนี้ในที่สุดจำเป็นต้องใช้อินซูลิน เพื่อป้องกันภาวะ Ketoacidosis

2. เบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลิน ต่อมาเบต้าเซลล์ของตับอ่อนเสื่อมสมรรถภาพลงไม่สามารถสร้างและหลั่งอินซูลินได้เพียงพอ
3. เบาหวานชนิดอื่นๆ จากสาเหตุเฉพาะ เช่น เป็นโรคเกี่ยวกับตับอ่อน ยาหรือสารเคมี เป็นต้น
4. เบาหวานจากการตั้งครรภ์ หมายถึง โรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวานอาศัยระดับน้ำตาลในเลือดเป็นหลัก โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาได้ประกาศใช้เกณฑ์ปรับใหม่ในปี ค.ศ. 2004 ดังรายละเอียดดังนี้ (วารณวงศการวัฒน์ อ้างใน วิทยา ศรีมาดา, 2548; สุทิน ศรีอัยฎาพร อ้างใน สุทิน ศรีอัยฎาพร และวรรณนิธิยานันท์, 2548; American Diabetes Association, 2004)

1. เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานตาม ADA (1997) คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาที่เจาะจากหลอดเลือดดำขณะอดอาหารข้ามคืน (Fasting plasma glucose = FPG) เท่ากับหรือมากกว่า 126 mg/dl หรือระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำที่เวลา 2 ชม. ภายหลังจากทำการตรวจความทนต่อกลูโคส (Oral glucose tolerance test = OGTT) เท่ากับหรือมากกว่า 200 mg/dl ให้คงไว้ต่อไป
2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะปกติ ปรับลดลงมาจาก FPG น้อยกว่า 110 mg/dl เป็น FPG น้อยกว่า 100 mg/dl
3. เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะ Impaired fasting plasma (IFG) ปรับเป็น 100-125 mg/dl โดยลดเกณฑ์ขึ้นต่ำลงจาก FPG น้อยกว่า 110 mg/dl เป็น FPG น้อยกว่า 100 mg/dl
4. เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะ Impaired glucose tolerance (IGT) ตาม ADA (1997) คือ FPG < 126 mg/dl และ plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังจากทำ OGTT มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mg/dl แต่น้อยกว่า 200 mg/dl (140-199 mg/dl) ให้คงไว้ต่อไป
5. การวินิจฉัยโรคเบาหวานและความผิดปกติในเมตะบอลิซึมของกลูโคส ยังคงใช้การวัดระดับ FPG และ plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังจากทำ OGTT เป็นมาตรฐาน
6. การตรวจวัดระดับ HbA1c ยังไม่ได้รับการยอมรับเป็นวิธีการมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

อาการและอาการแสดง (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2545) มีดังนี้

1. ปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมาก เนื่องจากมีกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก ออกมาทางปัสสาวะ โดยไตจะดึงน้ำออกมาด้วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลยิ่งสูงมากเท่าไรก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น ทำให้ต้องตื่นขึ้นมาเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนบ่อยครั้ง
2. คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมาก ทำให้เกิดภาวะร่างกายขาดน้ำ จึงต้องชดเชยด้วยการดื่มน้ำบ่อยๆ
3. น้ำหนักลด ผอมลง เนื่องจากในภาวะที่ขาดอินซูลิน ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงจำเป็นต้องนำเอาโปรตีนและไขมันในเนื้อเยื่อมาใช้แทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
4. หิวบ่อยและรับประทานมากขึ้น เนื่องจากร่างกายขาดพลังงาน จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยและรับประทานมากขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกคน ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543; สมาคมโรคเบาหวาน, 2551; ADA, 2008) ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ส่วนใหญ่เกิดจากความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านอาหารการกิน ภาวะที่พบได้แก่

- 1.1 ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงและเลือดข้น (Hyperglycemia , Hyperosmolar non-ketotic coma) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักเป็นผู้สูงอายุ พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และร้อยละ 80 เป็นคนอ้วน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนมีอินซูลินสูง แต่มีการต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่เนื้อเยื่อเป้าหมาย คือ ที่กล้ามเนื้อ ตับ เนื้อเยื่อไขมัน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินยังคงมีอินซูลินในร่างกายเพียงพอที่จะไม่ไปสลายเนื้อเยื่อไขมัน จึงไม่เกิดกรดคีโตนในเลือด แต่มีอินซูลินไม่เพียงพอที่จะเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงมาก

- 1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) คือภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 60 mg/dl ซึ่งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ใช้ยารับประทานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดพบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้น้อย แต่ถ้าพบน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดขึ้นจะรุนแรงและเป็นอยู่

นาน สาเหตุเกิดจากการรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดเกินขนาด หรือได้รับขนาดเท่าเดิม แต่รับประทานได้น้อยลงหรือรับประทานไม่ตรงเวลา ออกกำลังกายมากเกินไป ไม่ได้รับประทาน อาหารชดเชย ขาดอาหารและน้ำเนื่องจากคลื่นไส้อาเจียน

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป และเกิดขึ้นกับ อวัยวะทุกส่วนของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เกิดโรค สามารถแบ่งภาวะแทรกซ้อนตาม ตำแหน่งอวัยวะที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

2.1 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดขนาดใหญ่ โรค หลอดเลือดตีบแข็ง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็น สาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.2 ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็ก (Micro vascular) ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็กแบ่งได้เป็น

- พยาธิสภาพที่ตา การเสื่อมจากจอตาของโรคเบาหวาน (Diabetic retinopathy) เป็นสาเหตุทำให้ตาบอดได้ ความผิดปกติเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ หลอดเลือดขนาดเล็กๆ ที่จอตา เนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน โดยเริ่มแรกจะมีการเปลี่ยนแปลงของ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงจอรับภาพ จนเกิดการคั่งของเหลวที่ไหลซึมออกมาเป็นเหตุให้ประสาทตา เสื่อมและการเห็นภาพไม่ชัดเป็นเวลานาน ในที่สุดจะเกิดตาบอดได้ นอกจากการเสื่อมของจอตาแล้ว ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี มักจะมีการเปลี่ยนแปลงของสายตาดังกล่าว คือ มองไกลจะ ไม่เห็นชัดจน ความผิดปกตินี้เกิดขึ้นเนื่องจากความเข้มข้นของกลูโคสภายในเลนส์ตาสูงขึ้น ซึ่งจะ สะสมอยู่ในเลนส์ตาและจะดูดน้ำไว้จนบวม และเกิดความผิดปกติแบบคนสายตาสั้น ภาวะนี้จะดี ขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งวิกรม สุธีเวชารักษ์ (2547) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการควบคุม เบาหวาน การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ และเบาหวานเข้าจอประสาทตาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิก จำนวน 1,960 ราย พบว่ามีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร้อยละ 13.9

- การเสื่อมของหน่วยไตจากโรคเบาหวาน (Diabetes nephropathy) การเปลี่ยนแปลงที่ไตเป็นสาเหตุของการเกิดไตวาย การเปลี่ยนแปลงที่ไตของผู้ป่วย เบาหวานแบ่งได้เป็นหลายระยะ ในทางคลินิกการเปลี่ยนแปลงที่ไต สามารถตรวจพบได้ใน ระยะแรก คือ การที่มีอัลบูมินรั่ว ออกมาในปัสสาวะในปริมาณน้อย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการเสื่อม ของหน่วยไตมักพบภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ความดันโลหิตสูงนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ เกิดการเสื่อมของไตเกิดเร็วขึ้น จากการศึกษาของวิกรม สุธีเวชารักษ์ (2547) พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 12.3 ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ

- การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทในผู้ป่วยเบาหวานอาจเกิดได้ทั้งในระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทอัตโนมัติ ภาวะแทรกซ้อนนี้พบได้ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบได้มากขึ้นเมื่อระยะเวลาของการเป็นโรคนานขึ้น นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนนี้ได้มากขึ้นในผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลไม่ดีด้วย

2.3 การติดเชื้อ (Infection) ผู้ป่วยเบาหวานจะมีการติดเชื้อโรคได้ง่ายและแทบจะทุกระบบของร่างกาย เนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันที่บกพร่องไป จากการศึกษาของ Esper (2009) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 12.5 ล้านคน จะมีการติดเชื้อได้ร้อยละ 17 การติดเชื้อที่พบบ่อยเป็นพิเศษ และมักเป็นปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่

- การติดเชื้อบริเวณผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนัง การติดเชื้อที่ผิวหนังในผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่ มิฉะนั้นจะลุกลามอย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นฝีได้ เช่น ฝีฝีกั้ว มักพบบริเวณต้นคอ รักแร้ และบริเวณก้น

- การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ผู้ที่เป็นเบาหวานจะพบการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่าทั้งนี้เพราะปัสสาวะของผู้ที่เป็นเบาหวานมีน้ำตาลทำให้เชื้อโรคเจริญได้ดี การติดเชื้ออาจเกิดตั้งแต่ท่อปัสสาวะ ซึ่งอยู่ต่ำสุดขึ้นไปจนถึงกระเพาะปัสสาวะ อาจมีอาการปัสสาวะแสบ ปัสสาวะบ่อย แต่ครั้งละน้อยๆ ปัสสาวะขุ่น หรือปวดท้องน้อย

- การติดเชื้ออย่างรุนแรงที่หูชั้นนอก จะมีอาการอักเสบของใบหูมีอาการปวด มักจะมีน้ำเหลืองหรือหนอง เชื้อโรคจะกินลึกลงไปถึงชั้นกระดูกอ่อนและรอบๆช่องหูและอาจจะลุกลามเข้าไปในกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองเสียชีวิตได้

การดูแลรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวานประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับการควบคุมภาวะอื่นๆ ที่มักพบร่วมกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ระดับไขมันผิดปกติในเลือด ความดันโลหิตสูง และน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มักพบภาวะเหล่านี้ร่วมด้วยส่วนใหญ่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลิน ดังนั้นการดูแลรักษาที่ดีคือ การควบคุมระดับน้ำตาลและภาวะผิดปกติอื่นๆ ให้อยู่ใกล้เคียงภาวะปกติที่สุดหรืออยู่ในเกณฑ์ดี ด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา รวมทั้งการเลิกสูบบุหรี่ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้ง่ายคือการดูแลเท้า (วรรณ นิธิยานันท์, 2547)

ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสูบบุหรี่ และการดูแลเท้า

พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีผู้ที่ศึกษาได้ให้คำจำกัดความไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

Harris และคณะ (2000) กล่าวว่าจัดการตนเองเป็นพฤติกรรม

Lin และคณะ (2008) กล่าวถึง การจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองว่าเป็นการกำกับตนเองของผู้ป่วยเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

Carbone และคณะ (2007) กล่าวถึงการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองว่า เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน

Schilling และคณะ (2002) กล่าวถึงการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองว่าเป็นกระบวนการจัดการดูแลตนเอง

Xu และคณะ (2008) ได้ให้ความหมายการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตัวผู้ป่วยเอง เพื่อจัดการโรคเบาหวาน

Glasgow (1995) ให้ความหมายของการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองว่า หมายถึง กระบวนการในการจัดการโรคเบาหวาน

Wild & Garvin (2007) กล่าวถึงว่าเป็นการประเมินอาการและการรักษา

Coleman และคณะ (2005) กล่าวถึงการจัดการตนเองว่า คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการประพฤติดูแลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ เช่น อาการ การรักษา ผลที่เกิดขึ้นทางสังคม และแบบแผนชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล (2549) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ตามภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยพึงกระทำ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกัน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ก็คือพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetics self management behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงค่าปกติ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

Sprague (2006) ได้กล่าวว่า การจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตและ การดำเนินชีวิตอยู่กับโรคในระยะยาวของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของ Schilling และคณะ (2002) เชื่อว่ามี 3 องค์ประกอบหลัก คือ กระบวนการ กิจกรรม และเป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวาน โดย

1. กระบวนการ เป็นการกระทำการจัดการเบาหวาน เช่น การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการจัดการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเลือกใส่รองเท้าที่พอดีเท้า เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ให้เป็นกิจวัตรประจำวันไปตลอดชีวิต

2. กิจกรรม เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องกระทำซึ่งมีความสัมพันธ์กับกระบวนการที่ผู้ป่วยจะทำเพื่อควบคุมเบาหวานอาจเป็นหนึ่งกิจกรรมหรือหลายกิจกรรมรวมกัน เช่น การควบคุมอาหารต้องทำการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและรับประทานอาหารที่ควบคุมเบาหวาน เป็นต้น

3. เป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวาน เป็นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงค่าปกติให้มากที่สุด รวมทั้งการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคให้ได้ และการมีภาวะสุขภาพดี

ดังนั้นการจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาล และมีประสิทธิภาพในการควบคุมการดำเนินโรคได้ (Norris et al, 2001; Figar et al, 2006) การศึกษาของ วราภรณ์ หนู่มศรี (2549) ศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 87 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมาก มีระดับคะแนนการปฏิบัติการดูแลตนเองโดยรวมทั้ง 5 ด้าน คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและติดตามการรักษา และการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Speer และคณะ (2008) พบว่า การมีกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นจากการที่มีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c ลดลง รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย และมีการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง (มยุรา อินทรบุตร, 2550; สุพรรณิ ศรีกังพาน, 2550) การศึกษาของ ญาณิ แสงสาย (2551) เกี่ยวกับการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร้อยละ 63.3 และมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 66.7 เกิดจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในการควบคุมเบาหวานทั้งด้าน

การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้า รวมทั้งการป้องกันและจัดการกับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่เปลี่ยนแปลง ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงควรมีการจัดการตนเองในเรื่องต่อไปนี้

1. การควบคุมอาหาร

หัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลินประมาณร้อยละ 80 สามารถควบคุมภาวะโรคเบาหวานได้เป็นอย่างดีโดยวิธีการควบคุมอาหารและโภชนาบำบัด อาหารที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็นอาหารที่ใช้ได้สำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย ซึ่งเป็นอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ และควรรับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543) อาจมีอาหารว่างตามความจำเป็นโดยแบ่งส่วนมาจากมื้อหลัก โดยอาหารผู้ป่วยเบาหวานแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (วรรณ นิธิยานันท์, 2547; สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543; สมาคมโรคเบาหวาน, 2551) คือ

1. อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงหรือไม่ควรรับประทาน เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นรวดเร็ว ได้แก่ ขนมหวานหรืออาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น ขนมวุ้น ผลไม้เชื่อม น้ำผึ้ง น้ำอัดลม ไอศกรีม เป็นต้น หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชูกำลัง และนมปรุงแต่งรส ซึ่งส่วนใหญ่จะมีรสหวานและน้ำตาลผสมอยู่ในปริมาณมาก ผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทูเรียน น้อยหน่า ละมุด ลำไย ลิ้นจี่ เป็นต้น

2. อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน เป็นอาหารที่ให้พลังงานต่ำ และบางชนิดมีใยอาหาร ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เครื่องเทศต่างๆ เครื่องปรุง น้ำซุปลด โซดา กาแฟที่ไม่ใส่น้ำตาล เป็นต้น

3. อาหารที่ควรกำหนดปริมาณในการบริโภค ได้แก่

3.1 คาร์โบไฮเดรต เป็นอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับชนิดที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เช่น อาหารประเภทแป้งที่มีเส้นใยอาหาร ได้แก่ ข้าว ถั่วเขียว ข้าวโพด วุ้นเส้น เป็นต้น

3.2 โปรตีน เป็นสารอาหารที่มีประโยชน์สำหรับสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย โปรตีนจากสัตว์ ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ นม ไข่ โปรตีนจากพืช ได้แก่ ถั่วเมล็ดแห้ง และพืชบางชนิด อาหารประเภทเนื้อสัตว์ควรเลือกส่วนที่มีไขมันน้อยที่สุด และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ไต ไข่แดง เพื่อป้องกันการมีระดับไขมันในเลือดสูง

3.3 ไขมัน เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกายมากกว่าอาหารประเภทอื่นๆ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว เนื่องจากมีผลในการเพิ่ม

คลอเรสเตอรอลในร่างกาย และควรจำกัดปริมาณ และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันในเลือดสูง เช่น หมูสามชั้น ไก่ตอน ขาหมู เป็นต้นรวมทั้งอาหารที่ทอดมันๆ เช่น ปาท่องโก๋ ก๋วยทอด เป็นต้น

3.4 ผลไม้ ต้องกำหนดปริมาณให้เหมาะสม และควรรับประทานพร้อมกับมื้ออาหารจะทำให้การดูดซึมของน้ำตาลจากผลไม้ช้ากว่าการรับประทานผลไม้เป็นม้วนเพียงอย่างเดียว ถ้ารับประทานมากก็จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลไม้ที่ควรจำกัดปริมาณ ได้แก่ ส้ม สับปะรด มะละกอ เป็นต้น

นอกจากนี้ช่วงเทศกาลหรือโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น งานเลี้ยง งานปีใหม่ ตรุษจีน และฤดูผลไม้ต่างๆ ผู้ป่วยอย่างยิ่งที่จะต้องเลือกรับประทานอาหารในปริมาณที่จำกัดหรืองดเว้นอาหารในช่วงเทศกาลต่างๆ และถ้าต้องไปงานเลี้ยงผู้ป่วยจะเลือกรับประทานอาหารจำพวกผักแทนอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และอาหารที่มีไขมันสูง งดเว้นเครื่องดื่มจำพวกน้ำอัดลมหรือแอลกอฮอล์ จึงจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังมีพฤติกรรมควบคุมเบาหวานในด้านอาหารยังไม่ถูกต้องเหมาะสม (ญานี แสงสาย, 2551; สุพรรณิ ศรีกนกพาน, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมยุรา อินทรบุตรและเบญจา มุกตพันธ์ (2007) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 171 คน พบว่า ร้อยละ 91 ผู้ป่วยรับรู้ว่าการรับประทานอาหารที่ทำจากแป้งไม่ต้องควบคุมปริมาณ และร้อยละ 75 รับรู้ว่าผลไม้รสหวานหรือขนมหวานถ้ารับประทานนานๆ ครั้ง ไม่ต้องควบคุมปริมาณ และผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสี่ไม่ควบคุมปริมาณการรับประทานอาหารที่ทำจากแป้งและการรับประทานอาหารรสหวาน รวมถึงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และการศึกษาของจันทนา แสงเพชร (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานบริการแบบเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 100 คน พบว่า ร้อยละ 25.7 รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา อีกด้วย

นอกจากนี้ วินธนา คูศิริ (2546) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านโภชนาการและภาวะสุขภาพ กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า การไม่รับประทานผักหรืออาหารที่มีกากใย การรับประทานอาหารที่ปรุงจากไขมันที่ไม่ใช่ไขมันพืช การไม่จำกัดอาหารพวกแป้ง และงดหวานเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอและการปรับขนาดยาเอง เพิ่มโอกาสการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 11.95, 5.26, 2.94 และ 5.56 เท่าตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานยังคงมีปัญหาในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอมีประโยชน์มากและยังเป็นการเพิ่มการใช้พลังงานหรือเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้น้ำตาลในเลือดถูกนำไปใช้เป็นพลังงานและช่วยให้เนื้อเยื่อของร่างกายมีการตอบสนองต่ออินซูลินมากขึ้น จากการศึกษาของ Brassard และคณะ (2007) พบว่าการออกกำลังกายทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA1c ดีขึ้น (6.5 mmol/l และ 6.1% ตามลำดับ) ดังนั้นการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ยังช่วยให้การไหลเวียนเลือดทั่วร่างกายดีขึ้น ลดไขมันในเลือดและป้องกันไม่ให้หลอดเลือดตีบแข็ง

การออกกำลังกายที่ดีจะต้องเหมาะสมกับผู้ออกกำลังกาย มีความหนักเพียงพอ มีความสม่ำเสมอและความยาวนานเพียงพอ โดย

- ความสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายทุกวันถ้าไม่ได้ก็ควรออกกำลังกายวันเว้นวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (Sato et al., 2007)
- ความนาน ควรออกกำลังกายครั้งละประมาณ 30 นาทีเป็นอย่างน้อยแต่เมื่อเริ่มออกกำลังกายใหม่ๆอาจเริ่มเพียงเวลาสั้นๆ 5-10 นาที แล้วเพิ่มขึ้นเมื่อร่างกายมีความพร้อม สำหรับการศึกษาของ Sato และคณะ (2007) ได้แนะนำให้ออกกำลังกายด้วยการเดินหรือวิ่งเหยาะๆ เป็นเวลา 10-30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3-5 วัน หรือการทำงานบ้าน เช่น ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน ติดต่อกันนาน 30 นาที - 1 ชั่วโมง
- ความหนักของการออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อออก หอบน้อย
- ความเหมาะสม การเลือกการออกกำลังกายประเภทใดต้องดูความเหมาะสมกับวัย ภาวะสุขภาพ อาชีพ

สำหรับผู้ที่ยังออกกำลังกายต่อเนื่องไม่ได้ ควรหาโอกาสเดินให้มากที่สุดในแต่ละวัน อาจเดินครั้งละ 5-10 นาที วันละ 5-10 ครั้งโดยเดินให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ การทำเช่นนี้ไม่เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและปอด อาจไม่ทำให้ระดับไขมันเปลี่ยนแปลง แต่ช่วยให้ร่างกายใช้และเผาผลาญพลังงานได้ดีขึ้น (วรรณิ นิธิยานันท์, 2547)

การออกกำลังกายแม้จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น (Sato et al., 2007; Sheri, 2006) แต่การออกกำลังกายที่หนักหรือหักโหมจนเกินไปจะส่งผลเสียมากกว่าผลดี จากการศึกษาของ Sheri (2006) ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการออกกำลังกายกับการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการออกกำลังกายช่วยให้การควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้น แต่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Hopkins (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายกับการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การออกกำลังกายเป็นสาเหตุที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงได้ ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรระวังขณะออกกำลังกาย โดยปฏิบัติตามนี้ (วรรณิ นิธิยานันท์, 2547; สมาคมโรคเบาหวาน, 2551; ADA, 2008; Sato et al., 2007)

1. การออกกำลังกายควรปฏิบัติหลังจากกินอาหาร หรือกินขนมหรือนมก่อนและหลังออกกำลังกาย เพื่อป้องกันระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. ผู้ป่วยที่รักษาด้วยอินซูลิน ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำขณะออกกำลังกายให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน หรืออมลูกอม
3. ก่อนออกกำลังกายต้องเตรียมพร้อมร่างกาย (Warm up) และหลังออกกำลังกายต้องผ่อนคลาย (Cool down) ประมาณ 5-10 นาที
4. ข้อควรระวังอื่นๆ เช่น การเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย พื้นไม่นุ่มเกินไป ไม่ลื่นหรือลวกเกินไป ป้องกันการเกิดแผลที่เท้า รวมทั้งมีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกายด้วย

5. ควรเลือกการออกกำลังกายที่ถนัดและเหมาะสมโดยอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ขณะออกกำลังกายเมื่อผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ควรหยุดออกกำลังกายทันที คือ ตื่นเต้น กระสับกระส่าย มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ตาพร่า หิว เจ็บแน่นหน้าอก หรือเจ็บที่หน้าอกเร็วไปที่ แขน คอ ขากรรไกร หายใจหอบมากผิดปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรม การควบคุมเบาหวานในด้านการออกกำลังกายยังไม่ถูกต้อง หรือขาดการออกกำลังกาย จากการศึกษาของ สุพรรณิ ศรีกังพาน (2550) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังขาดการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เกจิริย์ พันธุ์เขียน (2549) พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 51 และการศึกษาของรัชณี โชติมงคล (2541) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 87 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีการออกกำลังกายไม่เพียงพอถึงร้อยละ 63.2 นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานยังมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องด้วย จากการศึกษาของ ญาณี แสงสาย (2551) เกี่ยวกับการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกายไม่ถูกต้อง

3. การใช้ยา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมเบาหวานได้โดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายจะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ถ้าหากควบคุมอาหารและออกกำลังกายแล้ว

ไม่ได้ผลจำเป็นต้องได้รับประทานยา เพื่อควบคุมเบาหวาน ยาเม็ดรักษาเบาหวานมีหลายกลุ่มแต่ละกลุ่มมีกลไกการออกฤทธิ์ต่างกัน (วราภณ วงศ์ถาวราวัฒน์, 2548; วรณิ นิธิยานันท์, 2547; สมาคมโรคเบาหวาน, 2551) ดังนี้

1. ซัลโฟนิลยูเรีย ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์กระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินและช่วยให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินดีขึ้น ยากลุ่มนี้ควรรับประทานก่อนอาหาร 30 นาที ได้แก่ กลิปีไซด์ (Glipizide) หรือมินิเดียบ (Minidiab) และไดอะไมครอน (Diamicron) เป็นต้น

2. ไบทัวไนด์ (Biguanides) ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากตับและชะลอการดูดซึมของกลูโคสที่ระบบทางเดินอาหาร ตลอดจนทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ดีขึ้นในกล้ามเนื้อ ยากลุ่มนี้ควรรับประทานหลังอาหารทันที เพื่อลดอาการแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ Metformin

3. อัลฟาไกลูโคสลิเดส อินฮิบิเตอร์ (Alpha-glucosidase inhibitor) ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ที่ย่อยแป้งทำให้การย่อยและการดูดซึมช้าลง ดังนั้นจึงควรรับประทานยาโดยเคี้ยวพร้อมกับอาหารมื้อแรก ได้แก่ อะคาร์โบส (Acarbose) หรือกลูโคเบ (Glucobay) และวอลิโบส (Voglibose) หรือ เบนเซน (Basen)

4. ไทอะโซลิดินไดโอน (Thiazolidinediones) ออกฤทธิ์ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน โดยช่วยให้เซลล์บริเวณเนื้อเยื่อปลายทางตอบสนองต่ออินซูลินดีขึ้น ช่วยลดการหลั่งน้ำตาลกลูโคสจากตับ และประสิทธิภาพของน้ำตาลกลูโคสในกล้ามเนื้อ ได้แก่ โทรกลิตาโซน (Troglitazone) หรือนอสคาล (Noscalt)

สำหรับยานิโคตินจะใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อผู้ป่วยใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ผล ซึ่งมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ 4 ชนิด ดังนี้ (วรณิ นิธิยานันท์, 2547; สมาคมโรคเบาหวาน, 2551; Decost & Scott, 2004)

1. อินซูลินออกฤทธิ์ฉับไว (Very rapid acting insulin) เป็นอินซูลินที่ดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของอินซูลิน ได้แก่ Lyspro insulin, Aspart insulin หลังฉีดเข้าใต้ผิวหนังจะมีฤทธิ์ทันที ฤทธิ์สูงสุดที่ 1 ชั่วโมง และมีฤทธิ์อยู่นาน 4 ชั่วโมง

2. อินซูลินออกฤทธิ์สั้น (Short-acting Insulin) เป็นอินซูลินมาตรฐาน หลังฉีดเข้าใต้ผิวหนัง เริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 30-60 นาที ฤทธิ์สูงสุด 2-4 ชั่วโมง และอยู่ได้นานประมาณ 6-8 ชั่วโมง เช่น Regular insulin อินซูลินชนิดนี้สามารถฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือกล้ามเนื้อได้ในกรณีที่ต้องการให้ออกฤทธิ์เร็วขึ้น หรือกรณีการไหลเวียนเลือดไม่ดี

3. อินซูลินออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate-acting Insulin) หลังฉีดเข้าใต้ผิวหนังจะเริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 30-60 นาที ฤทธิ์สูงสุดที่ 6-8 ชั่วโมง อยู่ได้นาน 16-20 ชั่วโมง ได้แก่ NPH อินซูลินชนิดนี้สามารถฉีดเข้าใต้ผิวหนังเพียงอย่างเดียว

4. อินซูลินออกฤทธิ์ยาว (Long acting Insulin) เป็นอินซูลินที่ดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของอินซูลินเช่นกัน หลังฉีดเข้าใต้ผิวหนังระดับอินซูลินในเลือดจะสูงขึ้นช้าๆ ระดับน้ำตาลเริ่มลดลงใน 1-2 ชั่วโมง ไม่มีจุดที่ฤทธิ์ขึ้นสูงสุด และฤทธิ์อยู่ได้นาน 24 ชั่วโมง ได้แก่ Glargine insulin การรักษาด้วยยา (วารณ วงศ์ถาวราวัฒน์, 2548; สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543; สมาคมโรคเบาหวาน, 2551)

1. ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 250 mg/dl หรืออาการไม่ชัดเจน ให้ควบคุมอาหารและออกกำลังกาย 2 เดือน

2. หากปฏิบัติตามข้อ 1 แล้วไม่ได้ผลหรือ ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 250 mg/dl และมีอาการชัดเจนใช้ Metformin ถ้าไม่ได้ผลให้ใช้ยาเม็ดหลายกลุ่มร่วมกัน หากไม่ได้ผลอีกให้ยานี้ดอินซูลิน

3. ระดับน้ำตาลในเลือด 250- 350 mg/dl ใช้ Sulfonylurea ถ้าไม่ได้ผลให้ใช้ยาเม็ดหลายกลุ่มร่วมกัน หากไม่ได้ผลอีกให้ยานี้ดอินซูลิน

4. ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 350 mg/dl ใช้ Sulfonylurea แต่ถ้าไม่ได้ผลให้ใช้ยาเม็ดหลายกลุ่มร่วมกัน หรือให้ยานี้ดอินซูลิน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ป่วยมักจะลดหรือหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการของตนเองดีขึ้น และรับประทานยาเพิ่มเป็นสองเท่าเมื่อลืมรับประทานยา (นริรัตน์ วิทยาคุณ, 2546) คล้ายคลึงกับการศึกษาของรัชณี โชติมงคลและคณะ (2541) พบว่าในขณะที่เจ็บป่วยผู้ป่วยจะหยุดหรือลดรับประทานยาเอง ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของญานี แสงสาย ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานยังมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการใช้ยา เพื่อควบคุมโรคเบาหวานและการศึกษาของสุพรรณิ ศรีกังพาน (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง และการศึกษาของวินธนา คูศิริ (2546) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านโภชนาการและภาวะสุขภาพ กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอและการปรับขนาดยาเอง เพิ่มโอกาสการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 2.94 และ 5.56 เท่าตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ เกจิริย์ พันธุ์เขียน (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการใช้ยาอย่างถูกต้องเพียงร้อยละ 38.8 เท่านั้น จากการ

บททวนวรรณกรรมเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานยังคงมีปัญหาในการจัดการตนเองเรื่องการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

4. การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลกระทบกับสุขภาพและส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวได้เร็วขึ้น จากการศึกษาของ Tonstad และคณะ (2009) เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่กับโรคเบาหวาน พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคเบาหวาน รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจ และโรคไต การเลิกสูบบุหรี่ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นและมีอาการเบาหวานลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muhlhauser และคณะ (1986) เกี่ยวกับการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีโปรตีนในปัสสาวะและการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า ในคนสูบบุหรี่พบโปรตีนในปัสสาวะร้อยละ 19.3 และ ร้อยละ 8.3 ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และพบการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร้อยละ 12.5 ในผู้ที่สูบบุหรี่ และร้อยละ 6.8 ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่มีความเสี่ยงมากกว่าครึ่งเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น จากการสูบบุหรี่ทำให้ลดการดูดซึมอินซูลินและทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินเสียไป ซึ่งการสูบบุหรี่เพิ่มระดับการต้านทานอินซูลินได้เล็กน้อยเพียงใดมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุหรี่ที่สูบ (Sherman, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Radzeviciene และคณะ (2009) เกี่ยวกับนิสัยการสูบบุหรี่และความเสี่ยงของเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และคนที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 ซองต่อปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ถึง 2 เท่า ซึ่งเกิดจากการที่มีความแตกต่างของความไวของอินซูลินที่เกิดผลโดยตรงจากสารนิโคติน คาร์บอนมอนนอกไซด์ และสารเคมีอื่นๆ ในบุหรี่ ซึ่งจะขัดขวางการออกฤทธิ์ของอินซูลินตั้งแต่ระยะแรกตั้งแต่การส่งสัญญาณการขนส่งน้ำตาล และยังกว่านั้นยังเพิ่มระดับไตรกลีเซอไรด์ ทำให้ HDL ลดลง ระดับอินซูลินในเลือดเพิ่มขึ้นแต่ไม่สามารถนำไปใช้ได้ และทำให้เพิ่มระดับความดันโลหิตด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Nilsson และคณะ (2004) เกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่ม HbA1c และระดับอัลบูมินในปัสสาวะในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2 ที่สูบบุหรี่มีระดับ HbA1c และระดับอัลบูมินในปัสสาวะในระดับสูง และการศึกษาของ Stenstrom และคณะ (2000) เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมความเชื่อในผู้ที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า ค่า HbA1c ไม่ดีในผู้ที่สูบบุหรี่เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ดังนั้นการจัดการโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นโดยลดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ด้วยการเลิกสูบบุหรี่ (Bezraud et al., 2004; Nilsson et al., 2004; Stenstrom et al., 2000; Tonstad et al., 2009; Wen et al., 2006; Will et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wen และคณะ (2006) เกี่ยวกับการสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับการสูบบุหรี่ด้วยการพัฒนาความสมดุลของระดับน้ำตาล ซึ่งเป็นแนวคิดของการจัดการโรคเบาหวานพบว่า ระดับน้ำตาลลดลงเมื่อหยุดสูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่เสี่ยงต่อการเกิดอัตราตายเพิ่มขึ้น

5. การดูแลเท้า

ผู้ป่วยเบาหวานจะมีภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกายต่ำเนื่องจากมีเม็ดเลือดขาวมีการเคลื่อนตัวไปบริเวณที่มีการติดเชื้อได้ไม่ดี ความสามารถในการยึดติดกับผิวของส่วนที่มีการติดเชื้อลดลง การทำหน้าที่จับกินเชื้อโรคและฆ่าแบคทีเรียเสื่อมลง ลิ้มโฟซท์ทำหน้าที่ในการทำลายสิ่งแปลกปลอมเสื่อมลง ทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานต่อการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเบาหวานเกิดแผลที่เท้าจึงทำให้หายช้าและเสี่ยงต่อการถูกตัดขาได้ง่าย อันเนื่องมาจากเป็นบริเวณที่ถูกกดและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะเท้าที่ผิดปกติ (National institutes of health, 2008; Pataky & Vischer, 2007) อีกทั้งผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ความรู้สึกของผิวหนังได้ช้าจากการที่ประสาทรับรู้ความรู้สึกส่วนปลายเสื่อม (Leymarie et al., 2005; Wieman, 2005) บางครั้งอาจเป็นแผลลุกลามถึงขนาดต้องตัดอวัยวะที่เป็นแผล ก่อให้เกิดปัญหาทั้งในด้านร่างกายและอารมณ์ตามมาได้ (American Diabetes Association, 2004) จึงต้องดูแลรักษาความสะอาดและเท้าเป็นพิเศษโดยการจัดการดังนี้ (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543)

1. อาบน้ำควรทำความสะอาดบริเวณฝ่าเท้า หนึ่งเท้า ซอกนิ้วเท้า และซบให้แห้งเสมอ
2. หมั่นสังเกตเท้าอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง อาจให้ผู้ใกล้ชิดตรวจให้ (Berardis et al., 2005; National Institutes of Health, 2008)
3. ระมัดระวังเรื่องการตัดเล็บ ตัดเล็บในแนวตรงอย่าให้สั้นชิดผิวหนังจนเกินไป ไม่ควรขัดผิวเพราะจะทำให้เกิดแผล ควรตัดเล็บหลังล้างเท้าหรืออาบน้ำใหม่ๆหรือหลังแช่น้ำอุ่นประมาณ 15-20 นาที เพราะเล็บอ่อนตัวตัดง่าย (Decoste & Scott, 2004; National Institutes of Health, 2008)
4. ป้องกันการบาดเจ็บและการเกิดบาดแผล โดยหลีกเลี่ยงการเดินเท้าเปล่า สวมถุงเท้า รองเท้าทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน เลือกใส่รองเท้าหุ้มส้นขนาดพอเหมาะ ไม่หลวมหรือคับเกินไปพื้นรองเท้านุ่ม ควรเป็นรองเท้าหนังสัตว์ เพราะมีการระบายอากาศได้ตามธรรมชาติ ก่อนใส่รองเท้าทุกครั้งต้องตรวจดูภายในรองเท้าว่ามีวัตถุหรือสิ่งแปลกปลอมอยู่ภายในรองเท้าหรือไม่ สำหรับรองเท้า

ใหม่ในวันแรกๆ ควรใส่ในช่วงสั้นๆวันละ 1 -2 ชั่วโมง แล้วสลับเปลี่ยนคู่อีก เพื่อให้รองเท้าขยายตัว เข้ากับเท้าก่อน การสวมถุงเท้าควรเลือกถุงเท้าสะอาด ไม่รัดแน่นและเปลี่ยนทุกวัน(National Institutes of Health, 2008; Wieman, 2005)

5. เมื่อรู้สึกว่าการใส่เท้าไม่ควรวางกระเป๋หรือขวดน้ำร้อน เพราะอาจเกิดการไหม้พองได้
6. หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง เพราะจะทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี เมื่อมีเวลาควร ยกเท้าสูงบ้าง เพื่อให้การไหลกลับของเลือดดีและป้องกันการกั่งของเลือดบริเวณขาและเท้า
7. ถ้ามีแผลเกิดขึ้นควรทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่อ่อนใส่แผลด้วยยาเบต้าดีน ไม่ควรใช้ทิงเจอร์ไอโอดีน ยาแดงหรือไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ใส่แผล เพราะจะทำให้ผิวหนังแห้งและ บดบังลักษณะของแผลที่แท้จริง ปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลที่สะอาด ไม่ควรปิดพลาสติกลงบนผิวหนัง เพราะทำให้ผิวหนังหลุดลอกได้ ถ้าแผลไม่ดีขึ้นภายใน 1 - 2 วันหรือมีอาการบวมแดงเกิดขึ้นต้อง ไปปรึกษาแพทย์ทันที
8. ถ้ามีอาการแสดงถึงเนื้อตาย เช่น เท้าเย็น หรือคลำไม่พบชีพจรที่หลังฝ่าเท้าควรรีบ ไปพบแพทย์ (Wieman, 2005)
9. ควรบริหารเท้าและขาเพื่อช่วยให้การไหลเวียนดีขึ้น โดยทำวันละ 1-2 ครั้ง ดังนี้
 - 9.1 เดินเร็วๆ หรือวิ่งเหยาะๆ วันละ 20-30 นาที
 - 9.2 ยืนตรงเขย่งส้นเท้าขึ้นทั้งสองข้างนับ 1-3 แล้ววางส้นเท้าราบลง ทำ 10 ครั้ง
 - 9.3 นั่งขอบเตียงหรือเก้าอี้ให้เท้าลอยสูงจากพื้น ปิดข้อเท้าให้ปลายเท้าชี้ ไปข้างซ้ายและขวา 10 ครั้ง บนและล่าง 10 ครั้ง หมุนปลายเท้าเป็นวง 10 ครั้งทำทีละข้าง
 - 9.4 นั่งที่ขอบเตียงหรือเก้าอี้ ห้อยเท้าลงตามสบาย ยกขา 2 ข้างขึ้นให้ข้อ เท้าเหยียดตรง กระดกข้อเท้าหาตัวเพื่อให้งอเป็นมุมฉาก นับ 1 ถึง 10 แล้วจึงห้อยเท้าลง แล้วเริ่มยก ขาขึ้นอีก ทำ 10 ครั้ง
 - 9.5 นอนราบตามสบายวางมือ 2 ข้างแนบลำตัว ยกขาขึ้นทีละข้างให้ตั้งฉากกับลำตัวนับ 1-10 แล้ววางขาลง ทำสลับกันข้างละ 10 ครั้ง นั่งราบกับพื้นขาเหยียดตรงไป ข้างหน้า ลำตัวตรงวางบนพื้น แขนแนบลำตัวงอปลายเท้าเข้าหาตัวนับ 1-10 แล้วเหยียดปลายเท้าไป ข้างหน้า นับ 1-10 ทำสลับกันท่าละ 10
 - 9.6 ถ้าเท้าเย็นในเวลากลางคืน ควรสวมถุงเท้าอุ่นๆหนาหรือใช้ผ้าห่มให้ เท้าอุ่น
 - 9.7 ไม่วางเท้าบนเครื่องยนต์และท่อไอเสียขณะขับรถในระยะทางไกลๆ จะทำให้เท้าพองเกิดบาดแผลได้

American Diabetes Associate (2004) กล่าวถึงการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

1. จัดการกับปัจจัยเสี่ยงก่อนที่จะเกิดแผลที่เท้า ซึ่งความเสี่ยงที่จะเกิดแผลที่เท้าได้เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นเบาหวานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่พบในผู้ชายที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่จะทำให้ถูกตัดขาได้มากขึ้น คือ

- 1.1 ขาบริเวณประสาทส่วนปลาย
- 1.2 มีกระดูกผิดรูป
- 1.3 โรคที่เกี่ยวกับหลอดเลือดส่วนปลาย
- 1.4 มีประวัติเป็นแผลหรือเคยถูกตัดขา
- 1.5 มีโรครุนแรงที่เล็บ

2. ตรวจสอบเท้า ซึ่งจะช่วยให้เห็นความเสี่ยงที่จะเกิดแผลได้เร็วขึ้นประกอบด้วยการประเมินประสาทสัมผัส ลักษณะโครงสร้างของเท้า ลักษณะผิวหนังที่ผิดปกติ

3. การป้องกันความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดแผลที่เท้าด้วยการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุด และหยุดสูบบุหรี่

4. จัดการกับความเสี่ยงสูงที่เกิดจากการเพิ่มแรงดันที่เท้าด้วยการใส่รองเท้าที่พอดีเท้าจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเท้าพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่นี้มีแผลที่เท้าจะถูกตัดขา เช่น การศึกษาของ Unachukwu และคณะ (2007) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษเป็นผู้ป่วยในร้อยละ 38.1 พบว่ามีแผลที่เท้าร้อยละ 19.1 สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ Gulliford & Mahabir (2002) เกี่ยวกับโรคของเท้าและการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนแคริบเบียน จำนวน 1,030 ราย พบว่า เป็นแผลที่เท้าร้อยละ 12 ในจำนวนนี้ถูกตัดขาร้อยละ 4 และผู้ป่วยที่เป็นแผลร้อยละ 47 เดินเท้าเปล่าออกจากบ้าน ร้อยละ 17 เดินเท้าเปล่าในบริเวณบ้าน

นอกจากนี้ Berardis และคณะ (2005) ศึกษาการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับเท้ามีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการสูบบุหรี่ นอกจากนี้มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 33 เท่านั้นที่มีการตรวจเท้าด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลที่เท้าได้สูงและเมื่อเกิดแผลแล้วจะรักษาหายได้ช้ากว่าคนทั่วไป ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงควรดูแลเท้าเป็นพิเศษและหมั่นตรวจหาความผิดปกติของเท้าอยู่เสมอเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และยังช่วยลดความพิการที่จะตามมาได้

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ได้มีการประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยเครื่องมือที่สร้างขึ้นและมีการนำไปใช้หลากหลาย ดังนี้

1. Summary of Diabetes Self Care Activity (SDSCA) เป็นเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 7 เรื่องของ Toobert และคณะ (2000) เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการรายงานการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประเมินในด้านอาหารทั่วไป อาหารเฉพาะโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลเท้า และการสูบบุหรี่ ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา มีจำนวน 28 ข้อ การให้คะแนนถ้าเป็นคำถามทางบวกให้ 7 - 0 คะแนน ถ้าเป็นคำถามทางลบให้ 0 - 7 คะแนน ตามระยะเวลาที่ปฏิบัติใน 7 วัน จากการตรวจสอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($\text{mean} = 0.47$) สำหรับคำถามเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กันปานกลาง ($\text{mean} = 0.40$) และข้อคำถามเกี่ยวกับอาหารทั่วไปและการออกกำลังกายมีความตรงของเนื้อหา ($\text{mean} = 0.23$)

มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองนำเครื่องมือนี้มาดัดแปลงใช้ในงานวิจัย เช่น Xu และคณะ(2008) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของประชาชนจีนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 Whittemor และคณะ(2005) ได้นำเครื่องมือนี้มาใช้ประเมินการจัดการตนเองของผู้หญิงที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้น

2. Heisler และคณะ(2002) ใช้แบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วย (Patient self-management) ประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self Management) เครื่องมือนี้ถามเกี่ยวกับการใช้ยา การออกกำลังกาย การกินอาหารตามแผนที่วางไว้ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการตรวจเท้า โดยมีคะแนนระหว่าง 0-100 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง การจัดการตนเองของผู้ป่วยดี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.68

เห็นได้ว่า พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้านต่าง ๆ นั้นมีความสำคัญที่จะช่วยไม่ให้เกิดการดำเนินโรครุนแรงขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ แต่การที่ผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้นั้นย่อมจะมีปัญหาอุปสรรคจากการที่โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลายปัจจัยด้วยกัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มี 2 ส่วน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการจัดการตนเอง ได้แก่ อายุ เพศ จากการที่อายุ เพศ ที่แตกต่างกันนั้นจะมีการยอมรับเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ต่างกัน (Misra & Lager, 2009; Unden et al., 2008) ส่งผลถึงการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

1.1 อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคล พัฒนาการ ความสามารถ ความต้องการ ประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อ การคิด การรับรู้ และการตัดสินใจ (Varner & Youger, 1995) หรือเป็นความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับเรื่องราว หรือปัญหาต่างๆของตนเอง รวมทั้งปัญหาทางด้านสุขภาพด้วย ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1985 อ้างใน ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540) ได้กล่าวว่าอายุเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยอื่นๆที่มีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถ ข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และมีส่วนเกี่ยวข้องกับกลไกชีวิตกับลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้อายุที่มากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งกายภาพ สรีระภาพ จิต และสังคม การศึกษาของ พัทธรินทร์ พันจรรยา (2543) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และ การศึกษาของศิริพร ปาระมะ (2545) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรา หิรัญวรรณ (2538) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 304 คน พบว่าอายุอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 2.89 และ การศึกษาของสุริยาภรณ์ อินทภิรมย์ (2550) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 12 ราย พบว่าอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลตนเอง คือ ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น บทบาททางสังคม ถูกทอดทิ้ง ความมั่นใจในตัวเอง อาจทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ไม่ดีได้ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า อายุที่แตกต่างกันน่าจะส่งผลต่อการจัดการโรคด้วยตนเองได้เช่นกัน

การศึกษาของสิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล (2549) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีห์มา จำนวน 200 คน พบว่า การมีอายุเพิ่มขึ้นสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 27.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Unden และคณะ(2008) เกี่ยวกับความแตกต่างของเพศในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต คุณภาพการดูแล และการควบคุมเมตาบอลิซึมในผู้ป่วยเบาหวาน

พบว่า ผู้หญิงกลุ่มอายุวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีการจัดการโรคได้น้อยกว่ากลุ่มอายุวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และการศึกษาของ Gallagher และคณะ(2008) เกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะมีการจัดการตนเองได้ไม่ดี คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wen และคณะ(2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่อายุมากขึ้นจะมีการดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Skulpant(1992) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง กล่าวคืออายุมากขึ้นจะมีการจัดการโรคเบาหวานได้น้อยลงจากข้อจำกัดด้านร่างกาย รวมทั้งบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำอายุมาศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการตนเอง แม้ว่าอายุจะเป็นปัจจัยด้านร่างกายที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่ผลการศึกษาจะทำให้เข้าใจผู้ป่วยและสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรคเบาหวานต่อไป

1.2 เพศ

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกายของโครงสร้างทางสรีระและบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งอาจมีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของสุนทรา หิรัญวรรณ (2538) พบว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และการศึกษาของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Mccollum และคณะ (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับเพศที่แตกต่างในผู้ป่วยเบาหวานและประสิทธิผลของกิจกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ผู้หญิงมีดัชนีมวลกาย และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายได้มากกว่าผู้ชาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Skulpant (1992) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวเห็นได้ว่าเพศเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง แต่ในบริบทของสังคมไทยยังมีการศึกษาอยู่น้อยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

1.3 สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัจจัยพื้นฐานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับคลอเรสเตอรอล (Trief et al., 2009) ซึ่งเบนดูรา ได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997)

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตน ได้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

Bernal และคณะ (2000) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จ

Gallagher และคณะ (2008) ได้กล่าวว่า เป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม

Johnston-Brooks และคณะ (2002) ให้ความหมายว่า หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม

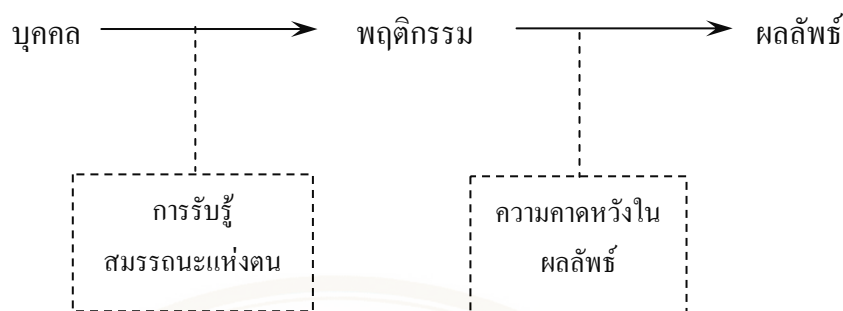
ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง (2544) ให้ความหมายว่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิดเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง และสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุผลสำเร็จ การที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยไม่ได้คำนึงถึงเฉพาะทักษะที่บุคคลมีอยู่แต่คำนึงถึงว่าบุคคลได้ใช้ทักษะที่ตนมีอยู่ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ อย่างไร (Bandura, 1986) และได้อธิบายการทำนายพฤติกรรมและสภาวะทางอารมณ์ของบุคคล โดยใช้แนวคิดหลัก 2 ประการ (Bandura, 1997) คือ

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy หรือ efficacy beliefs) หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancies) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินว่าพฤติกรรมที่ตนได้กระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ดังแสดงในแผนภูมิ 2



แผนภูมิ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura, 1997)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบ่งได้เป็น 3 มิติ (Bandura, 1997) คือ

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับ (Level) หมายถึงระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการทำกิจกรรม ซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่ำหรือขีดความสามารถจำกัดจะทำงานได้เฉพาะเรื่องง่ายๆ หากมอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบกับความล้มเหลวมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงและทอดทิ้งต่อความยากง่ายของงานที่จะกระทำ
2. มิติความแข็งแกร่ง (Strength) หมายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินกำลังความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสำเร็จอย่างแข็งแกร่งบุคคลนั้นจะยังคงมีความพยายามกระทำกิจกรรมนั้นๆ ต่อไปแม้ว่าจะประสบกับสถานการณ์ที่ล้มเหลวก็ตาม
3. มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึงความมั่นใจในความสำเร็จที่เคยประสบและสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันในต่างสถานการณ์

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ต่อกันมากและมีผลต่อการตัดสินใจในรูปแบบที่แตกต่างกันในการที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลดังแสดงในแผนภูมิ 3

ความคาดหวังในผลลัพธ์

	-	+
+ การรับรู้ สมรรถนะ แห่งตน	- ยืนยันที่จะไม่ปฏิบัติ (Protest) - มีข้อคับข้องใจ (Grievance) - มีการเรียกร้องทางสังคม (Social activism) - เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Milieu change)	- ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Productive engagement) - บรรลุหน้าที่ที่จะปฏิบัติ (Aspiration) - มีความพึงพอใจ (Personal satisfaction)
	-	+
	- เลิกที่จะปฏิบัติ (Resignation) - ไม่สนใจ (Apathy)	- ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Self-devaluation) - หมดหวัง สิ้นหวัง (Despondency)

แผนภูมิ 3 แสดงรูปแบบความแตกต่างระหว่างความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่มีต่อพฤติกรรมและสภาวะทางอารมณ์

จากแผนภูมิ 2 เห็นได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ มีผลต่อการตัดสินใจในรูปแบบที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และมีความคาดหวังผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นสูง บุคคลปรารถนาที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นด้วยความพึงพอใจอย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าผลที่คาดหวังจะไม่ใช่ไปตามที่ต้องการบุคคลนั้นก็มีความเพียรพยายามและยืนยันที่จะกระทำพฤติกรรมต่อไป แต่หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ และมีความคาดหวังผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นไม่ว่าจะสูงหรือต่ำ บุคคลมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอย่างแน่นอน และไม่สนใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การกระทำของบุคคล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาขึ้นได้จากแหล่งข้อมูล 4 ประการ (Bandura, 1997) ดังนี้

1. ประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (Enactive mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่จะทำให้การรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนเพิ่มขึ้น และในทางตรงกันข้าม ความล้มเหลวจะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ซึ่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นหลายๆ ครั้งซ้ำๆ กัน ย่อมมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) การประเมินค่าในสมรรถนะของตนเองโดยส่วนหนึ่งแล้วบุคคลก็ยังได้รับอิทธิพลมาจากการได้เห็นผลงานหรือการกระทำของผู้อื่น ซึ่งได้รับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม หรือการเห็นแบบอย่างการแสดงพฤติกรรมที่ซับซ้อนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับตนเองและทำให้เกิดความคาดหวังว่าตนเองก็สามารถประสบความสำเร็จได้ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านตัวแบบมี 2 ประเภท คือ ตัวแบบที่มีชีวิต (Self-modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง และตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางโทรทัศน์หรือสื่อต่างๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง เช่น การ์ตูน และภาพยนตร์ เป็นต้น

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงโน้มน้าวของบุคคลอื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อใช้พิจารณาความสามารถของตนและทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งเป็นการเพิ่มกำลังใจและความเชื่อมั่นของบุคคลในการตัดสินใจพิจารณาความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่บุคคลคิดว่ายุ่งยาก จะได้ผลกว่าที่จะให้บุคคลมีความเคลือบแคลงสงสัยในความสามารถของตนเอง

4. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and effective state) สภาพร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรงจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ในสภาวะร่างกายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะความผิดปกติ สมรรถนะแห่งตนจะต่ำลง สภาวะทางอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน ถ้าหากมีอารมณ์ทางบวก เช่น ความรู้สึกมีความสุข มีความพึงพอใจ ก็จะทำให้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ถ้ามีอารมณ์ทางลบ เช่น ความวิตกกังวล เครียด กลัว ก็จะทำให้สมรรถนะแห่งตนลดลงได้

แบบประเมินสมรรถนะแห่งตน

มีผู้ที่ทำการศึกษาสมรรถนะแห่งตนในโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะแห่งตนไว้หลากหลาย ดังนี้

1. The diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES) เป็นแบบประเมินสมรรถนะแห่งตน มีข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่ง Wu และคณะ (2008) นำมาใช้ประเมินสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวาน และปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย จำนวน 3 ข้อ ได้ความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .86

2. The Self-efficacy for Managing Chronic Disease Scale เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Lorig และคณะ (Lorig et al., 1996 cite in Gallagher et al., 2008) ที่วัดสมรรถนะของผู้ป่วย มีข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 10 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงมีสมรรถนะแห่งตนสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89

3. The Insulin Management Diabetes Self-Efficacy Scale (IMDSES) เป็นแบบสอบถามประเมินสมรรถนะแห่งตนในการโรคเบาหวาน มีจำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการโรคเบาหวานเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองทั่วไป การจัดการอาหาร และการจัดการการใช้ยาอินซูลิน เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ จากการตรวจสอบความตรงภายใน (Internal consistency) พบว่าการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองทั่วไปเท่ากับ 0.83 การจัดการอาหารเท่ากับ 0.8 และการจัดการการใช้ยาอินซูลินเท่ากับ .70

4. Self-efficacy for diabetes ของ Stanford Patient Education Research Center เป็นแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในด้านการกินอาหาร การออกกำลังกาย และ การใช้ยา มีจำนวน 8 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 11 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูง มีค่าการตรวจสอบความตรงภายใน (Internal consistency) เท่ากับ .828

5. Self-efficacy Scale (SE-Type 2 scale) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินสมรรถนะแห่งตนในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในด้านการกินอาหาร กิจกรรมทางกาย และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด มีคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จากการตรวจสอบความตรงภายใน (Internal consistency) พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.81 และการทดสอบความเที่ยง (Test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.79

จากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนหรือการรับรู้ความสามารถของตนเอง เห็นได้ว่าสามารถทำให้บุคคลมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยเบาหวานมีสมรรถนะแห่งตนก็จะมีกำลังใจหรือมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการโรคเบาหวานได้ในทุกๆ ด้าน เพื่อควบคุมการดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคในชีวิตประจำวันได้เช่นกัน จากการทบทวนงานวิจัยพบการศึกษาของ Iannotti และคณะ (2006) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่ได้ตามความคาดหวังและการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นตอนปลายที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gallagher และคณะ (2008) เกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการศึกษาของ อนุภาวิ

ณะฤทธิ์ (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 64 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้ดีขึ้นก็จะส่งผลในการควบคุมโรคเบาหวานได้ จากการศึกษาของ Catharine และคณะ (2002) เกี่ยวกับ สมรรถนะแห่งตน ผลกระทบต่อการดูแลตนเองและการควบคุม HbA1c ในผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายที่ดีในการดูแลตนเองทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมระดับ HbA1c ซึ่งก็มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Johnston-Brooks และคณะ (2002) ศึกษาเกี่ยวกับ สมรรถนะแห่งตนผลกระทบกับการดูแลตนเองและระดับ HbA1c ในผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายที่ดีในการดูแลตนเองและระดับ HbA1c โดยเมื่อมีการดูแลตนเองดีขึ้นในการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ก็ทำให้ระดับ HbA1c ดีขึ้นด้วย

เห็นได้ว่าสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดีขึ้น ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสูบบุหรี่ และการดูแลเท้า ซึ่งมีความสอดคล้องกับพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อดูความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าว

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล

การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นกุญแจที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิผลและได้รับผลการดูแลที่ดี (Coleman et al., 2005) และการสนับสนุนจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองทำให้เป็นผลดีกับผู้ป่วยเบาหวานโดยตรง เช่น ค่าดัชนีมวลกาย ค่า HbA1c ลดลง ไม่พบไขมันในเลือดเกินเกณฑ์ปกติ เป็นต้น (Bastiaens et al., 2009; Lauric et al., 1997) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนของผู้ป่วยนั้นมีได้จากหลายแหล่งทั้งจากครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพเครือข่ายทางสังคม เป็นต้น แต่ผู้ป่วยจะต้องใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์อันแนบแน่นกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นที่ยอมรับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในการนำมาช่วยในการรักษาให้เกิดการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย (Weiler et al., 2007) และจากการศึกษาของ Catherine และคณะ (2003) พบว่า ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการจัดการโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาถึงการสนับสนุนที่ได้จากครอบครัวก่อนซึ่งเป็นพื้นฐานที่ทุกคนควรจะได้รับก่อนที่จะได้รับจากบุคคลอื่น ดังนี้

2.1 การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้เกิดจากการที่ครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญของผู้ป่วยในการช่วยเสริมสร้าง สนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยในการจัดการตนเองนั่นเอง ดังคำกล่าวของ Coleman และคณะ (2005) ที่ว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพได้นั้นขึ้นอยู่กับสมาชิกของครอบครัวทั้งหมด

การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวด หรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบในชีวิต สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่กระทบต่อพัฒนาการของตนเองหรือกระทบน้อยที่สุด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบมีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว และให้คำจำกัดความของการสนับสนุนจากครอบครัว ดังนี้

Barbara และคณะ (2001) กล่าวว่า การสนับสนุนจากครอบครัว คือ การที่สมาชิกในครอบครัวตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย

Sullivan-Bolyai (2008) กล่าวว่าไว้สอดคล้องกับ Wen และคณะ (2004) ว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว

Lin และคณะ กล่าวว่า การสนับสนุนจากครอบครัว คือ แหล่งทรัพยากรของผู้ป่วยที่ช่วยสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวาน

Xu และคณะ (2008) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว

พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนจากครอบครัวว่า หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลที่ดูแลและใกล้ชิดในครอบครัว

ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และ อรทัย โสมนรินทร์ (2540) ให้ความหมายว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวในด้านการตอบสนองตามความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ และการตอบสนอง ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

อุไร ขลุ่ยนาค (2540) กล่าวว่า การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในครอบครัวในด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือ

ทางการเงิน สิ่งของ แรงงานและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับความช่วยเหลือและตอบสนอง รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจากผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร พ่อ แม่ พี่น้อง หรือญาติที่ให้การช่วยเหลือตอบสนองความต้องการหรือมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เครือข่ายทางสังคม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มครอบครัว เครือญาติ คู่สมรส และและกลุ่มที่ไม่ใช่เครือญาติ (Stewart, 1989) ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมซึ่ง Brown (1986) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ สามิ ภรรยา บุตรหลาน ญาติพี่น้อง

Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาค (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมในสังคมอาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคมการเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการวัดเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอมีการให้คำแนะนำ ให้การช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของมีการสนับสนุนทางอารมณ์ ยกย่อง
3. ระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ ได้แก่ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว สามิ ภรณามีความใกล้ชิดทางอารมณ์ให้การสนับสนุนทางจิตใจได้ และมีผู้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกันไป

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้กล่าวถึงการสนับสนุนจากครอบครัวไว้รวมกับการสนับสนุนจากสังคม ดังนี้

Schaefer และคณะ (1981) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยัน ทำให้บุคคลได้รับความรักหรือได้รับการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของและการบริการ

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้การยกย่อง ความไว้วางใจ ความรัก ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ในการประเมินตนเอง ในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อยู่ร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และเป็นข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ เงินทองและแรงงาน (Instrument support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุสิ่งของ เงิน แรงงาน

ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 House และคณะได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างและกระบวนการสนับสนุนทางสังคม กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่า ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ เงินทองและแรงงาน (Instrument support)

Seeman (1998) แบ่งการสนับสนุนจากสังคม 3 ชนิด ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Talor (2007) คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความรู้สึกรักและให้การดูแล เช่น การช่วยกันแก้ไขปัญหา การให้ข้อมูลย้อนกลับในทางที่ดี การให้กำลังใจ เป็นต้น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การช่วยเหลืออื่นๆเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของและเงิน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของ เงินทอง และการช่วยเหลืออื่นๆ

Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) คือ การให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน

2. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ซึ่ง Cutrona and Russell (1990) ได้สรุปการสนับสนุนทางสังคม ไว้ 5 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นความสามารถในการแสวงหาความสุขสบาย ความปลอดภัยในระยะเวลาที่เกิดความเครียด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เขามีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ในตัวเขา

2. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration or network support) หมายถึง ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มซึ่งมีความสนใจคล้ายคลึงกัน การสนับสนุนด้านนี้มักเกิดจากมิตรภาพระหว่างบุคคลที่ร่วมทำกิจกรรมทางสังคมในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการร่วมกัน

3. การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่า (Esteem support) หมายถึงการได้รับการยืนยันถึงความสามารถ และค่าของบุคคล การให้ข้อมูลย้อนกลับ ในแง่บวกเกี่ยวกับความสามารถ ทักษะในการแก้ไขปัญหาในชีวิตของบุคคล

4. การสนับสนุนด้านรูปธรรม (Tangible aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม ในสิ่งที่จำเป็นต่อบุคคลโดยตรง เช่น ความช่วยเหลือด้านการเงิน การช่วยเหลือด้านร่างกาย

5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับคำแนะนำ การให้ข้อมูล ชี้แจงให้ทราบถึงวิธีการในการแก้ไขปัญหา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1988) ประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และความช่วยเหลือด้านอื่นๆ ได้แก่ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ และการอำนวยความสะดวกในการแก้ปัญหา

แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว

มีผู้ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้มีการสร้างเครื่องมือไว้หลากหลาย ดังนี้

1. The Chronic Illness Resources Survey (CIRS) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Glasgow และคณะ (2000) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้จัดการโรคเรื้อรัง มีข้อคำถามทั้งหมด 64 ข้อ ระดับคะแนนเป็นแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ และการสนับสนุนจากครอบครัวก็เป็นหัวข้อย่อยของเครื่องมือนี้ มีจำนวน 8 ข้อ มีการนำเครื่องมือนี้ไปทดสอบกับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 123 ราย คือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ ข้อเสื่อม เบาหวาน และ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการตรวจสอบเครื่องมือความตรงภายในสามารถยอมรับได้ การทดสอบความเที่ยงอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ความตรงของโครงสร้างเนื้อหาดี

2. The Diabetes Family Behavior Checklist II (DFBC-II) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนและไม่สนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งมีความเฉพาะกับโรคเบาหวาน โดยประเมินการกระทำของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกี่ยวกับการใช้ยา การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร การตรวจสอบความตรงภายใน (Internal Consistency) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่ง Wen และคณะ (2004) ได้ศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ที่เป็เบาหวานชนิดที่ 2 ชาวแม็กซิกันอเมริกัน นำมาดัดแปลงใช้ในการประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านอาหารและการออกกำลังกาย

3. The Diabetes Self-management Assessment ของ Mulcahy และคณะ (2000) (Mulcahy et al., 2000 cited in Whitemore et al., 2005) โดย Whitemore และคณะ (2005) ได้นำมาใช้ในการประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้หญิงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นหัวข้อย่อยของเครื่องมือนี้ มีข้อความถามจำนวน 3 ข้อ เป็นแบบคะแนนลิเกิร์ต 4 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง เครื่องมือนี้มีความเที่ยงและความตรงของเนื้อหาอยู่ในระดับดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Gallant และคณะ (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกันทิลา อรุรัตน์ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 312 ราย พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของณฐภาวิ ณะฤทธิ์ (2007) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทั้งในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนในด้านอื่นๆ เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยาภรณ์ อินทรภิรมย์ และคณะ (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลตนเอง คือ การขาดแคลนทรัพยากรเกื้อหนุน และการศึกษาของ Fisher และคณะ (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวและการจัดการโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ชาวยุโรปอเมริกัน พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ

จัดการโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin และคณะ (2007) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้การจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังช่วยให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดีขึ้นด้วย จะเห็นได้จากการศึกษาของ Skinner และคณะ (2000) เกี่ยวกับการสนับสนุนจากสังคม และรูปแบบส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานทำนายนการดูแลตนเอง พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวทำนายนการดูแลตนเองด้านอาหารที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wen และคณะ (2004) เกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว อาหาร และการออกกำลังกายของผู้ป่วยเม็กซิกันอเมริกันที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดูแลตนเองด้านอาหาร ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในด้านต่างๆ ได้นั้นทำให้การควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นได้จากการศึกษาของ Lauric และคณะ (1997) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวาน โดยการรายงานจากผู้ป่วยเอง พบว่า การรับรู้การได้รับสนับสนุนจากครอบครัวทำให้มีการจัดการโรคดีขึ้นส่งผลให้ตรวจไม่พบไขมันในเลือดที่เกินเกณฑ์ปกติ นอกจากช่วยให้การควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นแล้วยังช่วยในด้านสุขภาพด้วยจะเห็นได้จากการศึกษาของ House และคณะ (1988) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางสังคมกับภาวะสุขภาพ พบว่าสัมพันธภาพทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพ และยังเป็นปัจจัยในการส่งเสริมหรือยับยั้งภาวะสุขภาพด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเห็นได้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาในเรื่องนี้น้อย และทำการศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมอื่นๆ ในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวกับการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญความเครียด (ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540; พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล, 2547; ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และ อรทัย โสมนรินทร์, 2540; ศิริมา ลีละวงศ์, 2541) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสามารถในการทำนายนการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2.2 การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้วยเช่นกัน ซึ่งมีผู้ศึกษาและให้ความหมายไว้ดังนี้

Ong และคณะ (1995) กล่าวถึงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพไว้ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล

Xu และคณะ (2008) ได้ให้ความหมายของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพไว้ว่า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

Schillinger และคณะ (2004) กล่าวถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพว่าเป็นกระบวนการดูแลระหว่างบุคคล

Piette และคณะ (2003) ได้กล่าวถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพว่าเป็นกระบวนการสนับสนุนการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามแผนการรักษา

ดังนั้น การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การดูแลรักษาระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งในงานวิจัยนี้เจ้าหน้าที่สุขภาพ หมายถึง แพทย์ พยาบาล

การได้รับกำลังใจ เอาใจใส่ กระตุ้นเตือนจากแพทย์ พยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น (ชนิษฐา ศรีสว่าง, 2549) จากการศึกษาของ พินทอง รัตนภงษ์ (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเรื้อรังที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพพระคัมภีร์แห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเอง คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทีมสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่จึงเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการมีปฏิสัมพันธ์กันของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหันมาจัดการโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น (Polzer, 2007) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานก็จะดีตามไปด้วย

Aiken และคณะ (2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กล่าวถึงความสำคัญของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีดังนี้

1. ช่วยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเบาหวานด้วยตนเองตามแนวทางการดูแล
2. ช่วยให้ผู้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้
4. ช่วยให้ผู้เข้าใจอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. ช่วยจูงใจให้เกิดความพยายามในการดูแลตนเอง

Ong และคณะ (1995) ได้ศึกษาโดยการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย พบว่าความมุ่งหมายในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีความสำคัญในการสื่อสาร ทำให้การสื่อสารมีความราบรื่น ส่งผลให้การรักษาประสบผลสำเร็จได้ ซึ่งการแสดงออกที่จะทำให้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีขึ้นได้ต้องประกอบด้วย การมีความเป็นมิตร มีการตั้งข้อสังเกต แสดงความคิดเห็นที่น่าสนใจ ไม่ควรตัดสินใจด้วยทัศนคติเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้การใช้ภาษาทางกาย เช่น การใช้ความเงียบ การรับฟัง เป็นต้น และมีการสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยได้คิดไตร่ตรอง ก็จะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ได้ ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่นั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ จึงทำให้เกิดความตั้งใจที่จะจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Moran et al., 2008)

2. การแลกเปลี่ยนข้อมูล

จุดมุ่งหมายหลักของการสื่อสารเพื่อการรักษา คือ การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ได้ทราบถึงข้อมูลที่ได้รับและข้อมูลที่ยังขาดหายไป นอกจากนี้ยังช่วยในการวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาด้วย และการได้รับข้อมูลการรักษาจากเจ้าหน้าที่ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาได้ง่ายขึ้นด้วย

3. การร่วมกันตัดสินใจในการรักษา

การร่วมกันตัดสินใจในการรักษา เป็นการรับและให้ข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เนื่องจากการที่เจ้าหน้าที่ได้ข้อมูลที่ต้องการจากผู้ป่วยก็จะช่วยในการวินิจฉัยโรค หรือตรวจรักษา และให้การรักษายาบาลได้ถูกต้อง ในขณะที่เดียวกันการที่ผู้ป่วยจะสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองได้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลด้านการรักษาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมาประกอบการตัดสินใจ ดังนั้นการสื่อสารจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการรักษาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจรักษาได้

การประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

การประเมินการสื่อสารเป็นการประเมินพฤติกรรมใน 2 ประเด็น คือ พฤติกรรมที่เป็นประเด็นในการการรักษาและพฤติกรรมด้านอารมณ์สังคมในการดูแล (Ong, 1995) โดย

1. พฤติกรรมที่เป็นประเด็นในการการรักษา ประกอบด้วย พฤติกรรมการให้ข้อมูล การถามคำถาม การปรึกษา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาหรือการตรวจร่างกาย ผลข้างเคียงของการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็น

2. พฤติกรรมด้านอารมณ์สังคมในการดูแล ประกอบด้วย มีความผ่อนคลาย เป็นมิตร ขณะให้ข้อมูล มีความเข้าใจ เห็นใจ ก่อนให้การดูแลมีการแนะนำตัว มีการใช้เทคนิคที่เป็นภาษาทางกาย เช่น การสัมผัส การฟังอย่างตั้งใจ

สำหรับ Piette (2003) ได้กล่าวถึงการประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพว่าเป็นการอธิบายการรักษาและผลการตรวจอย่างชัดเจน รวมทั้งผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และมีความพยายามในการเผชิญกับความเจ็บป่วย

นอกจากนี้ Abdulhadi และคณะ (2007) ศึกษาเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการได้รับจากเจ้าหน้าที่ มีดังนี้

1. มีท่าทางที่เป็นมิตร
2. ไม่พูดแทรกขณะที่ผู้ป่วยพูด หรือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูด
3. ฟังอย่างตั้งใจ
4. มองสบตาผู้ป่วยขณะพูด
5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยถามคำถาม
6. เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการรักษา
7. รักษาโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

แบบประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่

Ong และคณะ (1995) ได้ทำการศึกษาโดยการทบทวนจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กล่าวถึงการประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพว่ามีหลายงานวิจัยที่ประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้

1. Bales' interaction process analysis เป็นเครื่องมือที่เน้นเกี่ยวกับพฤติกรรม โดยใช้ภาษาพูดและพฤติกรรมทางกายเป็นช่องทางของพฤติกรรมสื่อสาร และวัดในด้านปฏิสัมพันธ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล สามารถนำมาใช้ได้กับทุกบริบท ไม่เฉพาะเจาะจง โดยใช้วิธีตีเทป ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.91

2. Brown university interpersonal skill evaluation (BUISE) เป็นเครื่องมือที่กล่าวถึงทักษะระหว่างบุคคลของศัลยแพทย์ วัดประเมินพฤติกรรมของแพทย์ นำมาใช้ได้กับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เช่น ปฏิกริยาระหว่างผู้ป่วยกับศัลยแพทย์ เป็นต้น ลักษณะเครื่องมือเป็นวิดีโอเทป มีความเที่ยงเท่ากับ 0.91 มีความตรงของเนื้อหา 0.36

3. Interaction analysis by Maguire et al เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์ปฏิกริยา โดยมุ่งเน้นที่พฤติกรรมการสัมภาษณ์ของผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่ใช้เฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง มีความเที่ยง 0.81-0.91

4. Katz' resource exchange analysis (REA) เป็นเครื่องมือที่วัดพฤติกรรมระหว่างบุคคลในการแลกเปลี่ยนทรัพยากร เช่น ข้อมูล ความตั้งใจ เป็นต้น วัดโดยการสังเกตหรือการถามตามข้อคำถามที่เตรียมไว้ ไม่มีการประเมินความเที่ยงและความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ

5. Maastricht history-taking and advice checklist เป็นเครื่องมือประเมินทักษะการสัมภาษณ์ของแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้การสังเกตหรือวิดีโอเทป มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.70-0.90

6. Medical communication behavior system (MCBS) เป็นเครื่องมือที่ประเมินเกี่ยวกับการมีเวลาในการให้ข้อมูลของแพทย์และผู้ป่วย รวมทั้งความสัมพันธ์และพฤติกรรมด้านลบ มีการออกแบบที่เฉพาะเจาะจงในการประเมินการสื่อสารเมื่อเกิดสถานการณ์ที่มีความเครียดที่เกิดจากเจ้าหน้าที่สุขภาพกับครอบครัว ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.70 ความตรงของเนื้อหาอยู่ในระดับสูง

7. Observe checklist (OC) เป็นเครื่องมือที่อภิปรายการรักษาเฉพาะระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ใช้ได้กับผู้ป่วยมะเร็ง เครื่องมือมีความเที่ยงเท่ากับ 0.88

8. Patient-Centred method เป็นเครื่องมือที่ประเมินปฏิกริยาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เครื่องมือมีความเที่ยงเท่ากับ 0.91 และความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.51-0.89

9. Physician behavior checklist (PBCL) เป็นเครื่องมือที่กล่าวถึงการประเมินพฤติกรรมเฉพาะของแพทย์เมื่อมาตรวจผู้ป่วยในตอนเช้า (morning round) ของผู้ป่วยมะเร็ง ใช้ได้เฉพาะในผู้ป่วยมะเร็ง เครื่องมือมีความเที่ยงเท่ากับ 0.85-1.0

10. Roter's interaction analysis system (RIAS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินปฏิกริยาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยขณะให้คำปรึกษาทางการแพทย์ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.85-1.0

ต่อมา Dulmen และคณะ ได้ศึกษาการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในปีค.ศ. 2007 ได้นำเครื่องมือนี้มาใช้ประเมินการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์สังคมขณะพูดของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

11. Stiles' verbal response mode (VRM) เป็นเครื่องมือที่ประเมินพฤติกรรมทางภาษาระหว่างบุคคล มีความเที่ยงเท่ากับ 0.78

12. Observation system for analyzing interaction between doctors and cancer patient เป็นเครื่องมือที่ประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เกี่ยวกับความถี่ในการถามคำถามของผู้ป่วยหรือแพทย์ นำมาใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง มีความเที่ยงเท่ากับ 0.49-0.78

นอกจากนี้ Schillinger และคณะ (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสุขภาพกับคุณภาพการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ในผู้ป่วยเบาหวาน ได้ประเมินการสื่อสารของผู้ป่วยกับแพทย์ด้วยแบบสอบถามกระบวนการดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal process of care questionnaire) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดที่ได้จากกระบวนการดูแลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยที่มีสถานะทางสังคมเศรษฐกิจต่ำ แบบสอบถามนี้มีคำถาม 40 ข้อ ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นหัวข้อย่อยของแบบสอบถามนี้ จึงมีคำถามเกี่ยวกับการสื่อสาร 20 ข้อ เป็นคะแนนแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ซึ่งจะถามเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพใน 2 ประเด็น คือ การสื่อสารและลักษณะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวกับ 7 ประเด็นหลัก คือ

1. ความชัดเจนในการสื่อสารทั่วไป
2. การตอบสนองกับปัญหาและความคาดหวังของผู้ป่วย
3. การอธิบายอาหาร การดำเนินโรค การวินิจฉัย
4. การอธิบายกระบวนการดูแล
5. การอธิบายการดูแลตนเอง
6. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
7. การตัดสินใจในการรักษา

เครื่องมือชุดนี้มีค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับสูง

Heisler และคณะ (2002) ได้ประเมินการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ (Provider communication = PCOM) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินเกี่ยวกับ

1. การพูดกับผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ในเรื่องทั่วไป
2. การอธิบายผลการตรวจ
3. การอธิบายการรักษา
4. การอธิบายผลข้างเคียงของยา
5. การพูดถึงความคาดหวังจากโรคหรือการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการได้รับ

ระดับคะแนนเป็นแบบประมาณค่า 0-100 คะแนน ถ้าคะแนนมาก หมายถึง การสื่อสารดี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการตัดสินใจร่วมกันในการรักษา ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในด้าน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมกันตัดสินใจในการรักษา ร่วมกับการศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ

การสื่อสารเป็นหลักสำคัญของการมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพจะประสบผลสำเร็จได้ ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพต่างฝ่ายต่างก็ต้องมีความเข้าใจกันและกัน โดย Silver และคณะ(2009) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่จะเป็นการพัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อให้การสื่อสารระหว่างกันดีขึ้น ควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย

1.1 ผู้ป่วยควรตั้งคำถามไว้ก่อน เพราะเจ้าหน้าที่บางคนมีเวลาไม่มากนัก การเขียนคำถามไว้ก่อนจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อนำมาใช้ในการสอบถามข้อมูลเมื่อเข้ารับการรักษา หรือ การสอบถามทางโทรศัพท์ เพื่อไม่ให้เป็นการเสียเวลา

1.2 เข้าใจเวลาที่แพทย์ต้องใช้ในการรักษา ผู้ป่วยสามารถช่วยเจ้าหน้าที่ได้ด้วยการเข้าใจถึงการมีเวลา หรือการรักษาที่ช้าไม่เป็นไปตามเวลาที่คาดหวังไว้ได้

1.3 แจ้งเจ้าหน้าที่อย่างระมัดระวัง โดยรายงานอาการที่เป็นจริง ซึ่งเจ้าหน้าที่สามารถช่วยให้การจัดการโรคเบาหวานดีขึ้น หากได้ทราบขอบเขตอาการที่ผู้ป่วยเป็นที่ถูกต้อง

1.4 บันทึกระดับน้ำตาลในเลือดและการใช้ยา ขนาดยา รวมทั้งเรื่องอื่นๆ เพราะผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลนี้มาใช้ ช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถบ่งชี้ระดับน้ำตาลเป้าหมายที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติได้

2. ด้านเจ้าหน้าที่ คือ

2.1 ฝึกฝนตัวเองให้ใช้ภาษาง่ายๆ

2.2 ให้ความสำคัญกับเวลาของผู้ป่วย

2.3 เข้าใจในความเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2.4 ช่วยแนะแนวทาง แหล่งประโยชน์เกี่ยวกับการจัดการโรค เพราะผู้ป่วยบางคนต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจกับโรคที่เป็นอยู่ และมีความเครียดหรือความกังวลเกี่ยวกับโรค จากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีความรู้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพจึงต้องช่วยแนะนำหรืออธิบายผู้ป่วยทั้งข้อมูลเกี่ยวกับโรค แหล่งทรัพยากร ที่เข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเข้าใจ

2.5 ให้การรักษาเป็นทีม เจ้าหน้าที่สุขภาพในแต่ละสาขาวิชาชีพมีความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกันไป การดูแลผู้ป่วยเป็นทีมจึงก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยสูงสุด ช่วยให้ผู้ป่วยมีความชัดเจนในการจัดการโรคเบาหวานดีขึ้น รวมทั้งการมีการสื่อสารที่มีความเข้มแข็งจะทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันด้วย

กลยุทธ์ในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและเจ้าหน้าที่ (Mark & Shive, 2008) มีดังนี้

1. ควรรู้เกี่ยวกับความเชื่อ วัฒนธรรม และสภาพสังคมของผู้รับบริการ
2. เข้าใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วย
3. ประเมินความเข้าใจของผู้รับบริการด้วยการอภิปรายกัน
4. สาธิตความเข้าใจในผลลัพธ์ที่คาดหวังและความคาดหวังของผู้รับบริการ
5. ไม่ใช่ความเข้าใจที่เกิดจากความรู้สึก
6. ต้องมีข้อกำหนดสำหรับเงื่อนไข
7. ต้องมีข้อกำหนดสำหรับวัฒนธรรมการดูแล
8. ต้องมีข้อกำหนดในการดูแลหรือการไม่ตั้งใจฟัง
9. ให้ความรู้ที่ถูกต้องเป็นส่วนๆ ใช้ภาษาถูกต้อง และต้องมีสมรรถนะแห่งตน
10. ใช้วิธีการเขียนหรือใช้วิธีการอื่นๆเพิ่มเติม

Ong และคณะ (1995) ได้ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากพฤติกรรมสื่อสารที่ดี คือ

1. ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา
3. ผู้ป่วยมีความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ
4. ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย

นอกจากนี้ Street และคณะ (2009) ได้ศึกษาถึงผลลัพธ์ที่ได้จากพฤติกรรมสื่อสารที่ดี พบว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการ

แม้การสื่อสารจะไม่ใช่วิธีแก้ตัวเดียวที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะเข้ามารับการรักษามากขึ้น

2. ความรู้ของผู้ป่วยและการแบ่งปันข้อมูล (การให้ข้อมูล)

ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะเสี่ยง และประโยชน์ของการรักษามากขึ้น สามารถใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจรับการรักษา หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษามากขึ้น ส่งผลให้การรักษาพยาบาลประสบความสำเร็จมากขึ้น

3. ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

4. ส่งเสริมความสามารถในการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วย

5. ช่วยพัฒนาการสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนจากสังคม

6. ทำให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจมากขึ้น

7. การตัดสินใจมีคุณภาพมากขึ้น

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ อันจะทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (Anderson et al., 2003)

จากการศึกษาของ Matthews และคณะ (2009) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในผู้หญิงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน โดยศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลในการรักษาของผู้ป่วย คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการโรคเบาหวานที่มีความสำคัญที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Piette และคณะ (2003) ศึกษาเกี่ยวกับมิติของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 752 คน พบว่าการสื่อสารที่มีความเฉพาะของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นจึงส่งผลให้การจัดการตนเองและการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย

จากการศึกษาของ Heisler และคณะ (2002) เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ของการสื่อสารของแพทย์ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กับความเข้าใจของผู้ป่วยในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง พบว่า การสื่อสารของแพทย์มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในระดับสูง

การศึกษาของ Ciechanowski และคณะ (2001) เกี่ยวกับ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ พบว่าการรักษาด้วยยาและการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ผลเกิดจากการติดต่อสื่อสารกันระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sakar และคณะ (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 796 คน พบว่า ร้อยละ 40 ผู้ป่วยควบคุมเบาหวานได้ถ้ามีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

การศึกษาของ Aikens และคณะ (2005) เกี่ยวกับ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และยังส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมด้วย จากการศึกษาของ Street และคณะ (2009) เกี่ยวกับความเชื่อมโยงของการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีอิทธิพลกับภาวะสุขภาพ จากการที่ทักษะการดูแลตนเองที่ดีขึ้น นอกจากนี้ Parchman และคณะ (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการสื่อสาร พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความสามารถในการสื่อสารระดับสูงมีความสัมพันธ์กับ A1c ระดับต่ำ ซึ่งก็หมายความว่าคนที่เจ้าหน้าที่มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ดีขึ้นด้วย

มีการศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยสามารถทำให้พฤติกรรมการใช้ยาเปลี่ยนแปลงได้ร้อยละ 79 การออกกำลังกายร้อยละ 21 การลดน้ำหนักร้อยละ 16 และทำให้มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดถึงร้อยละ 11 (Moran et al., 2008) และช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน เช่น เบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคหัวใจ เป็นต้น (Zgibor, 2002) นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดีด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของโรคเบาหวานที่ส่งผลถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน หากไม่มีการควบคุมโรค ซึ่งการจะควบคุมโรคเบาหวานได้ดีเพียงใดตัวผู้ป่วยเองมีความสำคัญ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม จะส่งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงค่าปกติ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ แต่การดำเนินของโรคที่ยาวนานไปตลอดชีวิตของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

ท้อแท้ กับการจัดการโรคได้ ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมถึงความแตกต่างด้านอายุ และเพศจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้วย ซึ่งจะได้ทำการศึกษาในลำดับต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Descriptive Research ในลักษณะการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross – sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดระนอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และเข้ารับการรักษากับแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดระนอง มีจำนวน 4 โรงพยาบาล ผู้วิจัยเลือก 2 โรงพยาบาล โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากได้ 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลกะเปอร์ และโรงพยาบาลสุขสำราญ จังหวัดระนอง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเดียวกับกลุ่มประชากร โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นที่รุนแรงร่วมด้วย ได้แก่ ไตวาย และโรคหัวใจ
3. เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดได้

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- มีภาวะทุพพลภาพ เช่น เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพล จากการศึกษาของ Piette และคณะ (2003) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect

size) เท่ากับ .35 เปิดตารางของโพลิตและแบค (Polit & Beck, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการผู้วิจัยจะสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายอื่นทดแทนจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบ 88 ราย โดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลสุขสำราญ และโรงพยาบาลกะเปอร์ โรงพยาบาลละ 44 ราย

แหล่งเก็บข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาและเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระนองที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากจำนวน 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลกะเปอร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงและโรงพยาบาลสุขสำราญ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง แม้จะเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเตียงแตกต่างกันแต่มีขั้นตอนการให้บริการยาที่ใช้ในการรักษา และการบริการทางการแพทย์คล้ายคลึงกัน รวมทั้งมีการใช้แนวปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเหมือนกัน โดยโรงพยาบาลสุขสำราญมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 255 ราย ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ คลินิกเบาหวานในวันอังคาร ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. โดยมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษเฉลี่ย 50 รายต่อเดือน จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลเวชซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก 1 ท่านเป็นผู้ให้บริการในคลินิก และมีพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 ท่าน เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานช่วงเช้าก่อนผู้ป่วยจะเข้าตรวจรักษากับแพทย์ ทุกสัปดาห์ที่มีคลินิกเบาหวาน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน การจัดการอาการเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง เป็นต้น หลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ และได้รับยาแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจากพยาบาล PCU (Exit Nurse)

โรงพยาบาลกะเปอร์มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 338 ราย ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ คลินิกเบาหวานในวันพุธ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. โดยมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษเฉลี่ย 70 รายต่อเดือน จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ มีแพทย์ 3 ท่าน พยาบาลเวชซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน และในจำนวนนี้ 1 ท่านจะเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานเช่นเดียวกับโรงพยาบาลสุขสำราญโดยช่วงเช้าก่อนผู้ป่วยจะเข้าตรวจรักษากับแพทย์ ทุกสัปดาห์ที่มีคลินิกเบาหวาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ จำนวนที่สูบ การดื่มสุรา ลักษณะครอบครัวและบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากเครื่องมือของ Stanford Patient Education Research Center มีจำนวน 8 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 11 ระดับ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา โดยมีด้านการรับประทานอาหารจำนวน 3 ข้อ การออกกำลังกายจำนวน 2 ข้อ และการใช้ยาจำนวน 3 ข้อ มีค่าการตรวจสอบความตรงภายใน (Internal consistency) เท่ากับ .828 ผู้วิจัยต้องการศึกษาให้ครอบคลุมการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสูบบุหรี่ และการดูแลเท้า จึงเพิ่มคำถามเป็น 25 ข้อ โดยเพิ่มในด้านการรับประทานอาหารจำนวน 14 ข้อ การออกกำลังกายจำนวน 3 ข้อ การใช้ยาจำนวน 4 ข้อ การสูบบุหรี่จำนวน 1 ข้อ และการดูแลเท้าจำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนให้เลือก 11 ระดับ คือ 0-10 โดยกำหนดความมั่นใจในความสามารถในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งปลายด้านซ้ายของเส้นตรงแทนคะแนน 0 มีความหมายว่า ไม่มั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเลย ปลายด้านขวาของเส้นตรงแทนคะแนน 10 มีความหมายว่า มีความมั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมากที่สุด มีคะแนนรวมระหว่าง 0-250 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความมั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง โดยให้ทำเครื่องหมายวงกลมรอบคะแนนที่ตรงกับ การรับรู้ความมั่นใจในการจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แบ่งระดับการให้คะแนนตามหลักสถิติโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นดัชนีในการแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ	คะแนน
ระดับต่ำ	น้อยกว่า $\bar{X} - 1S.D$
ระดับปานกลาง	ระหว่าง $\bar{X} \pm 1S.D$
ระดับสูง	มากกว่า $\bar{X} + 1S.D$

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Glasgow และคณะ (2000) โดยการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นหัวข้อย่อยของเครื่องมือนี้มีจำนวน 8 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการสนับสนุนด้านอื่นๆ ตรวจสอบเครื่องมือความตรงภายในสามารถยอมรับได้ การทดสอบความเที่ยงอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ความตรงของโครงสร้างเนื้อหาดี แต่ผู้วิจัยต้องการศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัว ให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยมากขึ้นจึงแบ่งการสนับสนุนจากครอบครัวด้านต่างๆ คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร และความช่วยเหลืออื่นๆทั้งด้านสิ่งของการเงิน และการอำนวยความสะดวกในการแก้ปัญหา จึงปรับข้อความบางส่วนของข้อที่สอดคล้องกับการสนับสนุนด้านต่างๆที่ต้องการศึกษาและเพิ่มข้อความเป็น 20 ข้อ ดังนี้

การสนับสนุนทางอารมณ์ ข้อ 1-10

ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ข้อ 11-16

ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ ข้อ 17-20

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง

ลักษณะแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

ค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลางหรือเพียงครึ่งหนึ่ง

เล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงเล็กน้อย

ไม่เคยเลย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัวชุดนี้ ประกอบด้วยคำถามที่มีลักษณะบวกทั้งหมด การให้คะแนนเป็นดังนี้

มากที่สุด	ให้	5 คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	4 คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
เล็กน้อย	ให้	2 คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัว ได้แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ	คะแนน
ระดับต่ำ	น้อยกว่า $\bar{X} - 1S.D$
ระดับปานกลาง	ระหว่าง $\bar{X} \pm 1S.D$
ระดับสูง	มากกว่า $\bar{X} + 1S.D$

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์สื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Schillinger และคณะ (2004) ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นหัวข้อย่อยของแบบสอบถามนี้ มีคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมถึงความชัดเจนของการสื่อสารทั่วไป การตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วย การอธิบายอาการและการดำเนินโรค การอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการดูแล การอธิบายการดูแลตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา ค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับสูง เพื่อให้มีความสอดคล้องกับรูปแบบการบริการของประเทศไทย ผู้วิจัยจึงดัดแปลงแบบสัมภาษณ์สื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เจ้าหน้าที่สุขภาพ คือ แพทย์และพยาบาล แบบสัมภาษณ์จึงเป็นข้อคำถามที่ต้องการทราบถึงการรับรู้กระบวนการส่งข่าวสาร ข้อมูลการดูแลรักษาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาลในการจัดการโรคเบาหวาน โดยเพิ่มคำถามเป็น 23 ข้อ ครอบคลุมในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจำนวน 9 ข้อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลจำนวน 13 ข้อ การร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาลจำนวน 1 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ลักษณะแบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ คำถามแต่ละข้อ จะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

ค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลางหรือเพียงครึ่งหนึ่ง

เล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงเล็กน้อย

ไม่เคยเลย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพชุดนี้ ประกอบด้วยคำถาม ที่มีลักษณะบวกทั้งหมด การให้คะแนนเป็นดังนี้

มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ	คะแนน
ระดับพอใช้	น้อยกว่า $\bar{X} - 1S.D$
ระดับดี	ระหว่าง $\bar{X} \pm 1S.D$
ระดับดีมาก	มากกว่า $\bar{X} + 1S.D$

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Toobert และคณะ (2000) เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการรายงานการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประเมินในด้านอาหารทั่วไป อาหารเฉพาะโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลเท้า และการสูบบุหรี่ ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา มีจำนวน 28 ข้อ การให้คะแนนถ้าเป็นคำถามทางบวกให้ 7-0 คะแนน ถ้าเป็นคำถามทางลบให้ 0-7 คะแนน ตามระยะเวลาที่ปฏิบัติใน 7 วัน จากการตรวจสอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($\text{mean} = 0.47$) สำหรับคำถามเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กันปานกลาง ($\text{mean} = 0.40$) และข้อคำถามเกี่ยวกับอาหารทั่วไปและการออกกำลังกายมีความตรงของเนื้อหา ($\text{mean} = 0.23$) ผู้วิจัยจึงดัดแปลงเครื่องมือให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย เครื่องมือจึงมีลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามที่ให้ผู้ป่วยตอบตามสภาพการปฏิบัติจริง ทั้งมิติเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยมีคำถามพฤติกรรมควบคุมอาหารจำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมออกกำลังกายจำนวน 2 ข้อ พฤติกรรมด้านการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ การสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ และการดูแลเท้า จำนวน 4 ข้อ รวม 18 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-126 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับดีมาก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามทางบวก			คำถามทางลบ		
จำนวนวัน		คะแนน	จำนวนวัน		คะแนน
0	=	0	0	=	7
1	=	1	1	=	6
2	=	2	2	=	5
3	=	3	3	=	4
4	=	4	4	=	3
5	=	5	5	=	2
6	=	6	6	=	1
7	=	7	7	=	0

โดยมีคำถามทางบวก คือ ข้อที่ 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18 และคำถามทางลบ คือ ข้อที่ 2, 3, 4, 8, 12, 13, 14

เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ได้แบ่งระดับการให้คะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ	คะแนน
ระดับพอใช้	น้อยกว่า $\bar{X} - 1S.D$
ระดับดี	ระหว่าง $\bar{X} \pm 1S.D$
ระดับดีมาก	มากกว่า $\bar{X} + 1S.D$

การตรวจสอบเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน, อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ งานการพยาบาลเวชศาสตร์ทั่วไปและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน , อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบและนำมาหาค่าความตรงของเนื้อหา โดยวิธีหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) จากสูตร (Hyrkas et al., 2003; Polit & Beck, 2006; Wynd et al., 2003)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาพิจารณาพร้อมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้เหมาะสม ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน จากการคำนวณหาค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) ได้ 0.81 ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน แนะนำเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านการสูบบุหรี่ และการดูแลเท้า เพื่อให้มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง จึงเพิ่มข้อความ 4 ข้อ เป็นข้อความการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ และด้านการดูแลเท้า 3 ข้อ รวมเป็นข้อความทั้งหมด 25 ข้อ

ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกัน คือ มี 2 ท่านที่เห็นด้วยในระดับ 3,4 จำนวน 20 ข้อ และมีผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน เห็นด้วยในระดับ 3,4 จำนวน 17 ข้อ ส่วนข้อความที่เห็นด้วยในระดับ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะไว้โดยสรุป คือ ภาษาที่ใช้ไม่เหมาะสม แต่เนื้อหายังมีความสอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ไม่ทันสมัย ใช้คำถามไม่ครอบคลุมกับกลุ่มประชากร

เช่น ข้อคำถามการกินยา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีทั้งผู้ที่ใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด และยาฉีดอินซูลิน เป็นต้น หลังจากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดย

1. ปรับภาษาให้เหมาะสม เช่น ปรับคำถามการกินยา เป็น การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

2. แนวปฏิบัติในการออกกำลังกายผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำว่าควรจะเป็นการออกกำลังกายแบบสะสม คือ ออกกำลังกายครั้งละ 10 นาที สะสมใน 1 วัน ให้ได้ประมาณ 30 - 40 นาที แต่ข้อคำถามนี้ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือโดยใช้แนวปฏิบัติของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย (2543) และสมาคมโรคเบาหวาน (2551) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย จึงยังคงถามคำถามตามแนวปฏิบัติของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยและสมาคมโรคเบาหวานไว้

2. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 20 ข้อ จากการคำนวณหาค่าความตรงของเนื้อหา (CVD) ได้ 1.0 จึงนำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับภาษาเพียงเล็กน้อย

3. แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ จำนวน 23 ข้อ จากการคำนวณหาค่าความตรงของเนื้อหา (CVD) ได้ 1.0 จึงนำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับภาษาเพียงเล็กน้อย

4. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง จำนวน 18 ข้อ จากการคำนวณหาค่าความตรงของเนื้อหา (CVD) ได้ 0.94 จึงนำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มีผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านเห็นว่าการใช้ภาษาไม่ชัดเจน จึงปรับภาษาให้มีความเหมาะสม

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย และนำผลการทดสอบมาคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เท่ากับ 0.96, 0.95, 0.95, 0.82 ตามลำดับ หลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย นำผลการทดสอบมาคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยง

ของแบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เท่ากับ 0.85, 0.84, 0.91, 0.81 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากผ่านการพิจารณาและได้รับการยอมรับจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้วขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

3.1 ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกคัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลกะเปอร์และโรงพยาบาลสุขสำราญแล้วนำรายชื่อผู้ป่วยมาสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลาก

3.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานในวันคลินิกเบาหวานตามรายชื่อที่จับฉลากได้ ด้วยการสัมภาษณ์ระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ โดยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีคิวในลำดับต้นๆ ก่อน โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 07.30 น. ก่อนแพทย์ลงตรวจซึ่งแพทย์จะเริ่มตรวจรักษาในเวลา 09.00 น. และประสานงานกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เรียกชื่อผู้ป่วยพบแพทย์ ให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาตามคิวเมื่อถึงคิวตรวจของผู้ป่วย ซึ่งขั้นตอนการสัมภาษณ์มีดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาและขอความร่วมมือในการทำวิจัยตามรายละเอียดในแบบพิกษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นชื่อในแบบพิกษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเขียนชื่อด้วยตนเองได้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวาแทนการให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ

3.2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ คือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพตามลำดับ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

3.2.3 ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล
เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย

4. ตรวจสอบข้อมูลในแต่ละชุดอีกครั้ง แล้วนำแบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ไป
วิเคราะห์ผลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Protection of human subjects)

การวิจัยครั้งนี้ก่อนจะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวานได้ผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ มหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ เมื่อผ่าน
ความเห็นชอบแล้วดำเนินการตามขั้นตอนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยคำนึงถึง
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้
จากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยแนะนำตนเองกับ
กลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการเก็บข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้า
ร่วมการวิจัยครั้งนี้และการถอนตัวหากไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการวิจัยต่อไปโดยไม่ต้องอธิบาย
เหตุผลและจะไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงได้รับจากโรงพยาบาล สำหรับ
ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำ
ในลักษณะภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำไป
วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS version 17 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ การ
ดื่มสุรา ลักษณะครอบครัวและบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
ส่วนอายุ ระดับการศึกษาและระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

2. วิเคราะห์สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย
กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจาก
ครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วย

ตนเอง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

การแปลผลระดับความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของมุนโร (Munro, 2005) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง

0.00-0.25	แสดงว่า	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก
0.25-0.49	แสดงว่า	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
0.50-0.69	แสดงว่า	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
0.70-0.89	แสดงว่า	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
0.90-1.00	แสดงว่า	มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยระหว่างบุคคล คือ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยใช้ Multiple regression

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย (Descriptive study) เพื่อศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระนอง 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลสุขสำราญ และโรงพยาบาลกะเปอร์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2553 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอในรูปการบรรยายประกอบตารางแบ่งเป็น 4 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตามตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.50) มีช่วงอายุระหว่าง 50-67 ปี อายุเฉลี่ย 56 ปี (S.D. = 11.9 ปี) มีอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 4:1 ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.80) รายละเอียดได้แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส (n= 88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ $\bar{X}$ 56 ปี S.D. 11.9 ปี (Range 33-83)		
< 50 ปี	27	30.50
50-67 ปี	43	49.30
> 67 ปี	18	20.20
เพศ		
ชาย	18	20.50
หญิง	70	79.50
สถานภาพสมรส		
โสด	1	1.10
คู่	72	81.80
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	15	17.00

สำหรับข้อมูลการประกอบอาชีพ การศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมง เลี้ยงสัตว์ (ร้อยละ 45.50) การศึกษาเรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 80.70) มีรายได้ในครอบครัวมีเพียงพอเลี้ยงชีพ (ร้อยละ 79.50) และมากกว่าครึ่งอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 54) ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลักษณะครอบครัว (n = 88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ	2	2.30
รับจ้าง	9	10.20
ค้าขาย /ธุรกิจส่วนตัว	11	12.50
ทำนา ทำสวน ทำไร่ /เลี้ยงสัตว์/ประมง	40	45.50
ไม่ได้ทำงาน	26	29.50
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	71	80.70
มัธยมศึกษา	7	8.00
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	3	3.40
ปริญญาตรี	1	1.10
ไม่ได้ศึกษา	6	6.80
รายได้ของครอบครัว		
ไม่เพียงพอ	13	14.80
เพียงพอ	70	79.50
เพียงพอมีเหลือเก็บ	5	5.70
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	54	61.40
ครอบครัวขยาย	34	38.60

ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้มีระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 1-25 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยเป็นเบาหวานประมาณ 1-6 ปี ร้อยละ 67.10 และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 98.90) สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่สูบบุหรี่ประมาณ 5 ของต่อวัน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 85) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรค การสูบบุหรี่ จำนวน บุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน และการดื่มสุรา (n = 88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน $\bar{X}$ 6 ปี S.D. 5.51 ปี (Range 1 - 23)		
1-6 ปี	59	67.10
7-12 ปี	20	22.60
13-18 ปี	2	2.20
19-25 ปี	7	7.90
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	87	98.90
สูบบุหรี่	1	1.10
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	85	96.60
ดื่ม	3	3.40

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตามตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษาโดยภาพรวม ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วย สมรรถนะแห่งตนด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 14 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ ด้านการใช้จ่าย จำนวน 4 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ และด้านการดูแลเท้า จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามแต่ละข้อจะมีระดับ

คะแนนให้เลือก 11 ระดับ โดยคะแนนมาก หมายถึง มีความมั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง มีคะแนนรวมระหว่าง 0-250 คะแนน พบว่า โดยรวมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 225.40 (S.D. = 9.6) ซึ่งส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 215.8 - 234 คะแนน จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 77.30 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าสมรรถนะแห่งตนด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 124.00 (S.D. = 7.27) ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 116.73 - 131.27 คะแนน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 75.30 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าสามารถเลือกกินผักหรือผักใบเขียวชนิดต่างๆ ได้มีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 9.97 (S.D. = 0.24) และกลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าสามารถจัดการเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เช่น กินน้ำตาลหวาน อมลูกอมได้ มีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 8.32 (S.D. = 1.29) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 26.30 (S.D. = 2.13) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 24.17 - 28.43 คะแนน จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 โดยมั่นใจว่าสามารถป้องกันไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำขณะออกกำลังกายมีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 8.80 (S.D. = 0.83) และมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้แม้จะไม่อยากทำมีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 8.72 (S.D. = 0.90) ด้านการใช้จ่ายอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 37.10 (S.D. = 1.58) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 35.52 - 38.68 คะแนน จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 70.50 โดยกลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าสามารถใช้จ่ายระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามแพทย์สั่งมีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 9.49 (S.D. = .71) และมั่นใจว่าสามารถตัดสินใจในการใช้จ่ายระดับน้ำตาลในเลือดได้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น ในช่วงเวลาเจ็บป่วยและกินอาหารไม่ได้ก็จะใช้จ่ายต่อไปไม่มียามีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 9.10 (S.D. = 0.57) ด้านการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 9.94 (S.D. = 0.53) โดยคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 9.41 - 10.47 คะแนน จำนวน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.90 ด้านการดูแลเท้าอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 28.11 (S.D. = 1.82) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 26.29 - 29.93 คะแนน จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 56.90 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่าสามารถตรวจเท้าด้วยตนเองได้ทุกวันมีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 9.47 (S.D. = 0.74) และมั่นใจว่าสามารถตรวจสอบรองเท้าก่อนใส่ทุกครั้งได้มีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 9.30 (S.D. = 0.61) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมรรถนะแห่งตน (n = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
สมรรถนะแห่งตน $\bar{X}$ 225.4 คะแนน S.D. 9.6 คะแนน (Range 198-240)		
ระดับต่ำ (< 215.8)	11	12.40
ระดับปานกลาง (215.8 – 234)	67	77.30
ระดับสูง (> 234)	10	11.30
- ด้านการควบคุมอาหาร (14 ข้อ) $\bar{X}$ 124.0 คะแนน S.D. 7.27 คะแนน (Range 104-138)		
ระดับต่ำ (< 116.73)	14	15.70
ระดับปานกลาง (116.73 – 131.27)	65	75.30
ระดับสูง (> 131.27)	9	10.00
- ด้านการออกกำลังกาย (3 ข้อ) $\bar{X}$ 26.3 คะแนน S.D. 2.13 คะแนน (Range 19-30)		
ระดับต่ำ (< 24.17)	22	25.00
ระดับปานกลาง (24.17 – 28.43)	55	62.50
ระดับสูง (> 28.43)	11	12.50
- ด้านการใช้จ่าย (4 ข้อ) $\bar{X}$ 37.10 คะแนน S.D. 1.58 คะแนน (Range 32-40)		
ระดับต่ำ (< 35.52)	13	14.70
ระดับปานกลาง (35.52 – 38.68)	62	70.50
ระดับสูง (> 38.68)	13	14.80
- ด้านการสูบบุหรี่ (1 ข้อ) $\bar{X}$ 9.94 คะแนน S.D. 0.53 คะแนน (Range 5-10)		
ระดับต่ำ (< 9.41)	1	1.10
ระดับปานกลาง (9.41 – 10.47)	87	98.90
ระดับสูง (> 10.47)	0	0
- ด้านการดูแลเท้า (3 ข้อ) $\bar{X}$ 28.11 คะแนน S.D. 1.82 คะแนน (Range 21-30)		
ระดับต่ำ (< 26.29)	11	12.40
ระดับปานกลาง (26.29 – 29.93)	50	56.90
ระดับสูง (> 29.93)	27	30.70

ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัวด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และความช่วยเหลือด้านอื่นๆ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า โดยรวมการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 88.11 (S.D. = 6.11) ซึ่งส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 82 - 94.21 คะแนน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 73.90 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 43.63 (S.D. = 3.66) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 39.97 - 47.29 คะแนน จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 75.10 ซึ่งสมาชิกในครอบครัวรับฟังเมื่อผู้ป่วยพูดถึงโรคที่เป็นอยู่มีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.80 (S.D. = .43) และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ตัวเองได้รับความรักและความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัวมีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.97 (S.D. = .75) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 26.78 (S.D. = 2.45) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 24.33 - 29.23 คะแนน จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 68.20 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวมีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.70 (S.D. = 0.57) และครอบครัวให้ข้อเสนอแนะหรือท้วงติงเมื่อท่านปฏิบัติไม่เหมาะสมทางด้านสุขภาพ เช่น ไม่กินยา มีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.28 (S.D. = 0.64) ความช่วยเหลือด้านอื่นๆอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 17.70 (S.D. = 1.49) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 16.21 - 19.19 คะแนน จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 67.10 โดยสมาชิกในครอบครัวเลือกหรือเตรียมอาหารให้ได้เหมาะสมกับโรคเบาหวานมีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.81 (S.D. = 0.40) และครอบครัวช่วยเหลือในการเดินทางเมื่อมารับการรักษา เช่น จัดหาพาหนะให้ พามาส่ง หรือมาเป็นเพื่อนมีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.70 (S.D. = 0.57) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนจากครอบครัว (n = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนจากครอบครัว $\bar{X}$ 88.11 คะแนน S.D. 6.11 คะแนน (Range 73-97)		
ระดับต่ำ (< 82)	17	19.30
ระดับปานกลาง (83 – 94.21)	65	73.90
ระดับสูง (> 94.21)	6	6.80
- การสนับสนุนด้านอารมณ์ (10 ข้อ) $\bar{X}$ 43.63 คะแนน S.D. 3.66 คะแนน (Range 34-49)		
ระดับต่ำ (< 39.97)	15	17.00
ระดับปานกลาง (39.97 – 47.29)	66	75.10
ระดับสูง (> 47.29)	7	7.90
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (6 ข้อ) $\bar{X}$ 26.78 คะแนน S.D. 2.45 คะแนน (Range 20-30)		
ระดับต่ำ (< 24.33)	17	19.30
ระดับปานกลาง (24.33 – 29.23)	60	68.20
ระดับสูง (> 29.23)	11	12.50
- ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ (4 ข้อ) $\bar{X}$ 17.70 คะแนน S.D. 1.49 คะแนน (Range 14-20)		
ระดับต่ำ (< 16.21)	21	23.80
ระดับปานกลาง (16.21 – 19.19)	71	67.10
ระดับสูง (> 19.19)	8	9.10

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดีมาก พบว่า โดยรวมการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 111.86 (S.D. = 4.41) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 107.45 - 116.27 คะแนน จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 92.20 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 42.95 (S.D. = 2.63) ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 40.32 - 45.50 คะแนน จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 92.20 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม พบว่าแพทย์/พยาบาล มองสบตาขณะพูดกับกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.93 (S.D. = 0.25) และแพทย์/พยาบาล แนะนำตัว

ก่อนให้การรักษาพยาบาลมีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.32 (S.D. = 0.54) การแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 64.27 (S.D. = 2.02) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 62.26 - 66.28 คะแนน จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 93.20 โดยพบว่าแพทย์/พยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกินยา อธิบายอาการที่ต้องมาพบแพทย์ อธิบายผลข้างเคียงของการใช้ยา และอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับการดำเนินโรคที่เป็นอยู่มีคะแนนมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.98 (S.D. = 0.15) และการอธิบายเหตุผลของโรคที่เป็นและวิธีการรักษา ก่อนให้การรักษา มีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.85 (S.D. = 0.36) การร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.64 (S.D. = 0.51) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.13 – 5.15 คะแนน จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 64.80 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (n = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ $\bar{X}$ 111.86 คะแนน S.D. 4.41 คะแนน (Range 91-115)		
ระดับพอใช้ (< 107.45)	7	7.80
ระดับดี (107.45 – 116.27)	81	92.20
ระดับดีมาก (> 116.27)	0	0
- สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (9 ข้อ) $\bar{X}$ 42.95 คะแนน S.D. 2.63 คะแนน (Range 28-45)		
ระดับพอใช้ (< 40.32)	7	7.80
ระดับดี (40.32 – 45.58)	81	92.20
ระดับดีมาก (> 45.58)	0	0
- การแลกเปลี่ยนข้อมูล (13 ข้อ) $\bar{X}$ 64.27 คะแนน S.D. 2.02 คะแนน (Range 52-65)		
ระดับพอใช้ (< 62.25)	6	6.80
ระดับดี (62.25 – 66.29)	82	93.20
ระดับดีมาก (> 66.29)	0	0
- การร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล (1 ข้อ) $\bar{X}$ 4.64 คะแนน S.D. 0.51 คะแนน (Range 3-5)		
ระดับพอใช้ (< 4.13)	31	35.20
ระดับดี (4.13 – 5.15)	57	64.80
ระดับดีมาก (> 5.15)	0	0

สำหรับการวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 8 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ ด้านการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ และด้านการดูแลเท้า จำนวน 4 ข้อ รวม 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามที่ให้ผู้ป่วยตอบตามสภาพการปฏิบัติจริง ทั้งมิติเชิงปริมาณและคุณภาพ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-126 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับดีมาก พบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 118.69 (S.D. = 3.67) ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 115.02 - 122.37 คะแนน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 73.90 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้านการควบคุมอาหาร อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 51.77 (S.D. = 2.14) ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 49.63 - 53.91 คะแนน จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 66 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ และน้ำสมุนไพรที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 6.89 (S.D. = .41) และกินอาหารจุบจิบระหว่างมื้อมีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 6.07 (S.D. = .77)

ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 12.39 (S.D. = 1.33) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 11.07 - 13.73 คะแนน จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 56.80 โดยพบว่าการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที เช่น ว่ายน้ำ เดิน ออกกำลังกาย หรือทำสวนมีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 6.33 (S.D. = .69) รองลงมาคือออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง หรือเดิน อย่างน้อย 30 นาที มีค่าเฉลี่ย 6.07 (S.D. = .87) ด้านการใช้ยาอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 20.86 (S.D. = .38) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 20.49 - 21.23 คะแนน จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างไม่หยุดยา หรือปรับเปลี่ยนขนาดยาตามระดับน้ำตาลในเลือดเองมีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 7.00 (S.D. = .00) และดื่มใช้ยาตามระดับน้ำตาลในเลือดมีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 6.88 (S.D. = .33) ด้านการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 6.92 (S.D. = .75) โดยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 6.17 - 7.67 คะแนน จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 98.9 ด้านการดูแลเท้าอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 26.74 (S.D. = 1.83) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 24.91 - 28.57 คะแนน จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 89.9 โดยพบว่าบริหารเท้าและขามีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 6.80 (S.D. = .51) และตรวจบริเวณซอกนิ้วและส่วนต่างๆ ของเท้ามีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 6.61 (S.D. = .58) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (n = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง $\bar{X}$ 118.69 คะแนน S.D. 3.67 คะแนน (Range 106-125)		
ระดับพอใช้ (< 115.02)	15	17.00
ระดับดี (115.02 – 122.37)	65	73.90
ระดับดีมาก (> 122.37)	8	9.10
- ด้านการควบคุมอาหาร (8 ข้อ) $\bar{X}$ 51.77 คะแนน S.D. 2.14 คะแนน (Range 44-56)		
ระดับพอใช้ (< 49.63)	13	14.70
ระดับดี (49.63 – 53.91)	58	66.00
ระดับดีมาก (> 53.91)	17	19.30
- ด้านการออกกำลังกาย (2 ข้อ) $\bar{X}$ 12.40 คะแนน S.D. 1.33 คะแนน (Range 9-14)		
ระดับพอใช้ (< 11.07)	14	15.90
ระดับดี (11.07 – 13.73)	50	56.80
ระดับดีมาก (> 13.73)	24	27.30
- ด้านการใช้ยา (3 ข้อ) $\bar{X}$ 20.86 คะแนน S.D. 0.38 คะแนน (Range 19-21)		
ระดับพอใช้ (< 20.48)	11	12.50
ระดับดี (20.48 – 21.24)	77	87.50
ระดับดีมาก (> 21.24)	0	0
- ด้านการสูบบุหรี่ (1 ข้อ) $\bar{X}$ 6.92 คะแนน S.D. 0.75 คะแนน (Range 0-7)		
ระดับพอใช้ (< 6.17)	1	1.10
ระดับดี (6.17 – 7.67)	87	98.90
ระดับดีมาก (> 7.67)	0	0
- ด้านการดูแลเท้า (4 ข้อ) $\bar{X}$ 26.74 คะแนน S.D. 1.83 คะแนน (Range 20-28)		
ระดับพอใช้ (< 24.91)	9	10.10
ระดับดี (24.91 – 28.57)	79	89.90
ระดับดีมาก (> 28.57)	0	0

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรตาม (พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2) กับตัวแปรต้น (ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมี 3 ปัจจัย คือ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.488, p < 0.01$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงขึ้นไปจะมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมากขึ้นด้วย เช่นเดียวกับการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.325, p < 0.01$) ซึ่งก็หมายความว่า หากมีการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มขึ้นผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้นด้วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.335, p < 0.01$) ซึ่งหมายถึง ถ้ามีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมากขึ้นผู้ป่วยก็จะมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .410, p < 0.01$) หมายความว่า อายุมากขึ้นจะมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ในขณะที่สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .358, p < 0.01$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีสมรรถนะแห่งตนมากขึ้น เกิดจากการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .201, p < 0.01$) หมายความว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น รายละเอียดดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ($n = 88$)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	-					
2. เพศ	-0.188 [*]	-				
3. สมรรถนะแห่งตน	0.410 ^{**}	-0.055	-			
4. การสนับสนุนจากครอบครัว	0.083	0.056	0.358 ^{**}	-		
5. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	0.104	-0.003	0.201 [*]	0.425 ^{**}	-	
6. พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง	0.021	0.073	0.488 ^{**}	0.325 ^{**}	0.335 ^{**}	-

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยระหว่างบุคคล คือ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยใช้ Multiple regression สำหรับข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Multiple regression คือ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทำนายทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedascity) และข้อมูลเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ ทดสอบโดยใช้ Histogram, Box plot, Normal P-P Plot, Scatterplot, Patial regression plot พบว่าตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้น และสมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง มีลักษณะโค้งปกติ ส่วนอายุ เพศ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ไม่เป็นโค้งปกติ มีลักษณะเบ้ขวาเล็กน้อย ได้ transform ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ไม่มีความแตกต่างกับการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลเดิมที่ไม่ได้ transform ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้ข้อมูลเดิม นอกจากนี้ข้อตกลงที่ว่า ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (Multicollinearity) จากสถิติ Colinearity ได้ค่า VIF (Variance Inflation

Factor: ค่าปกติไม่เกิน 5) ของอายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เท่ากับ 1.252, 1.042, 1.379, 1.367, 1.229 ตามลำดับ และค่า Tolerance (มีค่าไม่เกิน 1) เท่ากับ .799, .959, .725, .732, .814 ตามลำดับ จากการทดสอบดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงทางสถิติ การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลปรากฏว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ อธิบายการทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ ร้อยละ 34.40 ($R^2 = 0.344$, $F = 10.715$, $p = .000$) เมื่อวิเคราะห์แต่ละตัวแปร พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลทางบวก ต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สมรรถนะแห่งตน ($b = .194$, $t = 4.842$, $p = .000$) และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($b = .191$, $t = 2.310$, $p < .05$) หมายความว่า หากผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับสูง สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยก็จะมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมากขึ้นด้วย ส่วนตัวแปรที่มีผลในทางลบต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ($b = -.063$, $t = -2.054$, $p < .05$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย สามารถทำนายได้ว่าจะมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น ส่วนเพศ และการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าไม่ทำให้อำนาจการทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อวิเคราะห์ความสำคัญของตัวแปรแต่ละตัวว่ามีผลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างไร โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้มากที่สุด ($\beta = .509$, $p = .00$) รองลงมา คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($\beta = .229$, $p < .05$) และอายุ ($\beta = -.206$, $p < .05$) มีค่าคงที่เท่ากับ 53.641 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานการทำนายเท่ากับ 3.0629 ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>P-value</i>
ปัจจัยส่วนบุคคล					
- อายุ	-.063	.031	-.206	-2.054*	0.043
- เพศ	.544	.826	.060	.658	0.512
- สมรรถนะแห่งตน	.194	.040	.509	4.482*	0.000
ปัจจัยระหว่างบุคคล					
- การสนับสนุนจากครอบครัว	.035	.063	.059	.560	0.577
- การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	.191	.083	.229	2.310*	0.023
A = 53.641 SE_{est} = 3.0629					

$R^2 = 0.344$, * $p < 0.05$, $F = 10.715$, $p = .000$

สามารถสร้างสมการได้ดังนี้

$$Y = a + b_1 (\text{self efficacy}) + b_2 (\text{communication}) - b_3 (\text{age})$$

เมื่อ

Y ในการศึกษานี้ หมายถึง คะแนนพยากรณ์ของพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

a ในการศึกษานี้ หมายถึง ค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

b_1 , b_2 , b_3 ในการศึกษานี้ หมายถึง น้ำหนักคะแนนหรือสัมประสิทธิ์การถดถอยของสมรรถนะแห่งตน การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และอายุ ตามลำดับจากสมการแสดงให้เห็นว่า

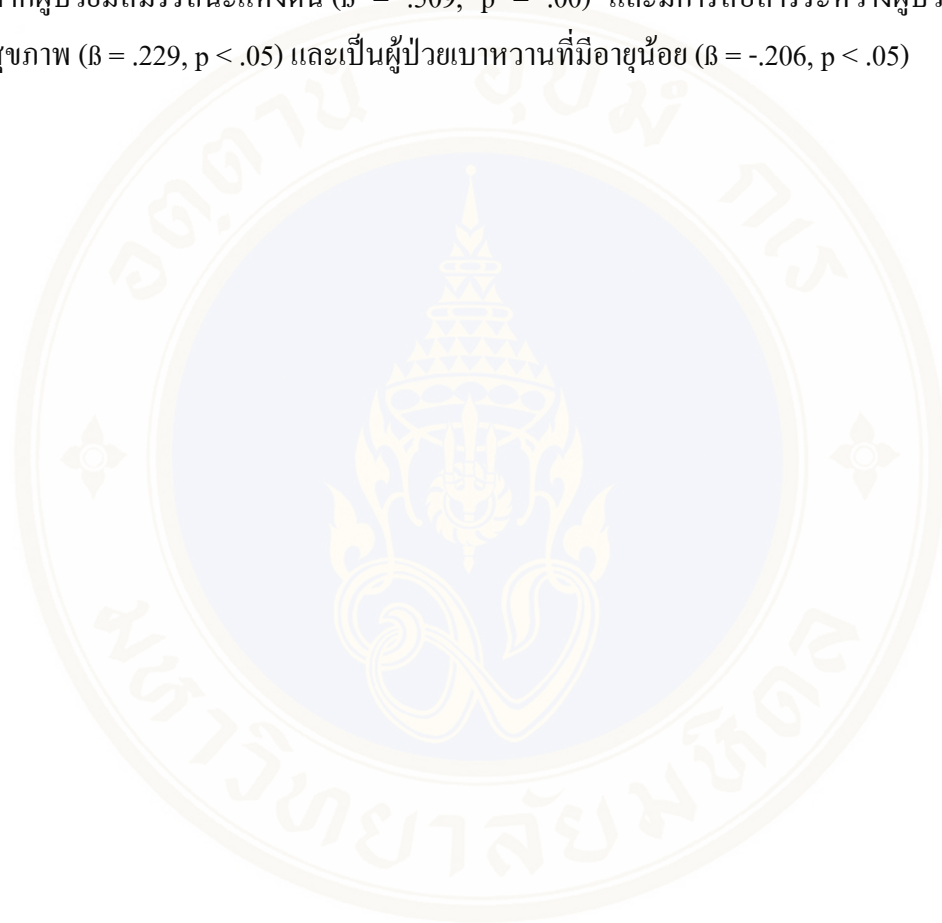
$b_1 = .194$ แสดงว่า เมื่อสมรรถนะแห่งตนเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เปลี่ยนไป .194 หน่วย

$b_2 = .191$ แสดงว่า เมื่อการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เปลี่ยนไป .191 หน่วย

$b_3 = -.063$ แสดงว่า เมื่ออายุเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เปลี่ยนไปในทางตรงข้าม .063 หน่วย

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองสูงหากผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตน ($\beta = .509, p = .00$) และมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($\beta = .229, p < .05$) และเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุน้อย ($\beta = -.206, p < .05$)



บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 88 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระนอง การอภิปรายผลการศึกษา จะอภิปรายผลใน 2 ประเด็น คือ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทั่วไป และลักษณะการเจ็บป่วย และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลักษณะทั่วไป และลักษณะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 4:1 มีช่วงอายุระหว่าง 50-67 ปี อายุเฉลี่ย 56 ปี (S.D. 11.9 ปี) ซึ่งใกล้เคียงกับสถิติของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดระนองที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 50-60 ปี และสอดคล้องกับสถิติของประเทศไทยซึ่งมีผู้ทำการวิจัย พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 6.6 เป็นเพศหญิงร้อยละ 7.2 และเพศชายร้อยละ 5.9 และมีอายุระหว่าง 50-69 ปี (วิรุทธ ชัยพรสุไพศาลและคณะ, 2550, ฉายศรี สุพรศิลป์ชัยและคณะ, 2550) อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีดัชนีมวลกาย และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายมากกว่าผู้ชาย (Mccollum et al., 2005) จึงทำให้เพศหญิงเป็นเบาหวานมากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมง เลี้ยงสัตว์ และเรียนจบชั้นประถมศึกษา แสดงให้เห็นว่าอาชีพและระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกัน ส่วนรายได้ในครอบครัวมีเพียงพอเลี้ยงชีพ (ร้อยละ 79.5) ระยะเวลาการเป็นเบาหวานประมาณ 1-6 ปี (ร้อยละ 67.1) นั่นหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มต้น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 98.9) สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่สูบรวม 5 ของต่อวัน ซึ่งการสูบบุหรี่ส่งผลต่อการควบคุมเบาหวานทำให้การควบคุมไม่ได้ผล (Radzeviciene et.al., 2009; Nilsson et.al., 2004 ; Stenstrom et.al., 2000) จากการที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้ลดการดูดซึมอินซูลินและทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินเสียไป ซึ่งการสูบบุหรี่เพิ่มระดับการต้านทานอินซูลินได้มากขึ้นเพียงใดมีความสัมพันธ์กับ

จำนวนเบาหวานที่สูบ (Sherman, 2005) แล้วยังส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆดังกล่าวดังกล่าวได้เร็วขึ้น ดังการศึกษาของ Tonstad และคณะ (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่กับโรคเบาหวาน พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคเบาหวาน รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจและโรคไต การเลิกสูบบุหรี่ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นและมีอาการเบาหวานลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muhlhauser และคณะ (1986) เกี่ยวกับการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีโปรตีนในปัสสาวะและการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า ในคนสูบบุหรี่พบโปรตีนในปัสสาวะร้อยละ 19.3 และ ร้อยละ 8.3 ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และพบการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 12.5 ในผู้ที่สูบบุหรี่ และร้อยละ 6.8 ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สำหรับการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 85 และดื่มสุราเพียง ร้อยละ 15 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 54)

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน

สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเบาหวาน มี 5 ด้าน คือ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การสูบบุหรี่และการดูแลเท้า โดยสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ พบว่า มีสมรรถนะแห่งตนด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 124.00 (SD = 7.27) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 116.73 – 131.27 คะแนน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 75.30 โดยกลุ่มตัวอย่างมั่นใจมากกว่าสามารถเลือกกินผักหรือผักใบเขียวชนิดต่างๆ ได้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจที่จะรับประทานอาหารได้เหมาะสม และกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจน้อยที่สุดว่าสามารถจัดการเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เช่น กินน้ำตาลหวาน อมลูกอม อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังไม่มี ความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าขณะมีอาการจะรู้สึกหัวใจสั่น คล้ายจะเป็นลม จึงไม่มั่นใจว่าจะสามารถไปหยิบน้ำตาลหรือลูกอมมารับประทานได้ด้วยตนเอง ต้องให้สมาชิกในบ้านช่วยหยิบให้ ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 26.3 (SD = 2.13) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 24.17 – 28.43 คะแนน จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 โดยมั่นใจมากกว่าสามารถป้องกันไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำขณะออกกำลังกาย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเมื่อมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำก็จะหยุดออกกำลังกายและให้บุคคลใกล้ชิดหาน้ำหวานมาให้ดื่ม และมั่นใจน้อยที่สุดว่าสามารถออกกำลังกายได้แม้จะไม่อยากทำ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าถ้าช่วงไหนไม่อยากออกกำลังกาย หรือไม่ว่างติดภาระกิจก็ไม่สามารถออกกำลังกายได้ ด้านการใช้ยาส่วนใหญ่มีความมั่นใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 37.10

(SD = 1.58) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 35.52 – 38.68 คะแนน จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 70.5 โดยกลุ่มตัวอย่างมั่นใจมากที่สุดว่าสามารถใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามแพทย์สั่ง เพราะเชื่อว่าการรับประทานยาตามแพทย์สั่งจะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และมีความมั่นใจน้อยที่สุดว่าสามารถตัดสินใจในการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดได้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น ในช่วงเวลาเจ็บป่วยและกินอาหารไม่ได้ก็จะใช้ยาต่อไปไม่มียา เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าตนเองรับประทานอาหารไม่ได้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ จึงไม่รับประทานยาเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี โชติมงคลและคณะ (2541) พบว่าในขณะที่เจ็บป่วยผู้ป่วยจะหยุด หรือลดรับประทานยาเอง ด้านการดูแลเท้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมั่นใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 28.11 (SD = 1.82) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 26.29 – 29.93 คะแนน จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 56.9 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจมากกว่าสามารถตรวจเท้าด้วยตนเองได้ทุกวัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าต้องอาบน้ำทุกวันหลังอาบน้ำจะต้องเช็ดทำความสะอาดร่างกาย รวมทั้งเท้าด้วย ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าสามารถตรวจเท้าด้วยตนเองได้มากที่สุด และมั่นใจน้อยที่สุดว่าสามารถตรวจสอบรองเท้าก่อนใส่ทุกครั้งได้ โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่ารองเท้าที่สวมใส่ทุกวันเป็นรองเท้าแตะ ไม่ใส่รองเท้าหุ้มส้น หรือรัดส้น จึงไม่ตรวจสอบก่อนใส่ แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่สวมรองเท้าบูทเพื่อทำงานก็จะตรวจสอบก่อนใส่ทุกครั้ง โดยให้เหตุผลว่ากลัวสัตว์อยู่ในรองเท้า

ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

การสนับสนุนจากครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดยการสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 43.63 (SD = 3.66) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 39.97 – 47.29 คะแนน จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 75.1 พบว่า สมาชิกในครอบครัวรับฟังเมื่อผู้ป่วยพูดถึงโรคที่เป็นอยู่มากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.80 (SD = .43) แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณค่าตนเองได้รับความรักและความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.97 (SD = .75) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน มีสุขภาพที่แข็งแรงยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค และมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว จึงรับรู้ว่าคุณค่าตนเองต้องเป็นผู้ที่ให้ความรักและห่วงใยสมาชิกในครอบครัวมากกว่า ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 26.78 (SD = 2.45) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 24.33 – 29.23 คะแนน จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.70 (SD = .57) และครอบครัวให้

ข้อเสนอแนะหรือท้วงติงน้อยที่สุดเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติไม่เหมาะสมทางด้านสุขภาพ เช่น ไม่กินยา มีค่าเฉลี่ย 4.28 ($SD = .64$) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และอยู่ในวัยทำงาน ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เพิ่งเป็นเบาหวานมาประมาณ 1-6 ปี จึงดูแลตัวเองเป็นอย่างดี และไม่ลืมกินยา โดยให้เหตุผลว่ากินยาได้เอง ไม่ต้องให้บุคคลอื่นมาเตือน เพราะเป็นสุขภาพของตนเอง หากไม่ดูแลรักษาจะทำให้อาการของโรคกำเริบ ซึ่งผู้ป่วยกลัวจะเป็นอันตรายกับตนเอง และด้านความช่วยเหลือด้านอื่นๆอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 17.70 ($SD = 1.49$) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 16.21 – 19.19 คะแนน จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 โดยสมาชิกในครอบครัวเลือกหรือเตรียมอาหารให้ได้เหมาะสมกับโรคเบาหวานมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.81 ($SD = .40$) แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารได้ ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค และครอบครัวช่วยเหลือในการเดินทางเมื่อมารับการรักษา เช่น จัดหาพาหนะให้ พามาส่ง หรือมาเป็นเพื่อนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.70 ($SD = .57$) โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าตนเอง ยังมีอาการเจ็บป่วยที่ไม่หนักมาก สามารถเดินทางด้วยตนเองได้

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล พบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 42.95 ($SD = 2.63$) ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 40.32 – 45.5 คะแนน จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 92.2 โดยพบว่าแพทย์/พยาบาล มองสบตาขณะพูดกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.93 ($SD = .25$) แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ให้ความสนใจผู้ป่วยขณะทำการรักษา ซึ่งการศึกษาของAbdulhadi และคณะ (2007) เรื่องปฏิกริยาระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่ผู้ป่วยต้องการได้รับจากเจ้าหน้าที่ข้อหนึ่งคือ การมองสบตาขณะพูด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจด้วย (Moran et al., 2008) ดังนั้นจึงทำให้สัมพันธภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดี และแพทย์/พยาบาล แนะนำตัวก่อนให้การรักษาพยาบาลมีน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.32 ($SD = .54$) อาจเป็นเพราะ แพทย์และพยาบาลเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มาับการรักษาเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับการรักษาเป็นประจำ และเป็นคนในพื้นที่จึงไม่ได้แนะนำตัวก่อนให้การรักษาทันที ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 64.27 ($SD = 2.02$) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 62.26 – 66.28 คะแนน จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 93.2 โดยพบว่าแพทย์/พยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกินยา อธิบายอาการที่ต้องมาพบแพทย์ อธิบายผลข้างเคียงของการใช้ยา และอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับการดำเนินโรคที่เป็นอยู่มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.98 ($SD = .15$) และการอธิบาย

เหตุผลของโรคที่เป็นและวิธีการรักษาก่อนให้การรักษามีน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.85 (SD = .36) อาจเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง เหตุผลของโรคที่เป็นและวิธีการรักษาจะเหมือนเดิม แพทย์และพยาบาลจึงอธิบายในส่วนนี้น้อยกว่าการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค การร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.64 (SD = .51) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.13 – 5.15 คะแนน จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 นั่นคือ แพทย์ พยาบาลได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้ป่วยจะสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองได้จากการที่ได้รับข้อมูลด้านการรักษาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมาประกอบการตัดสินใจในการรักษานั้นเอง

พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้จ่าย ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดูแลเท้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 51.77 (SD = 2.14) ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 49.63 – 53.91 คะแนน จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 66 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ และน้ำสมุนไพรที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 6.89 (SD = .41) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งผู้หญิงไทยส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และจากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าเป็นเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่และไม่ดื่มสุราถึงร้อยละ 96.6 จึงมีพฤติกรรมไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด และกินอาหารจุบจิบระหว่างมื้อมีน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 6.07 (SD = .77) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการควบคุมอาหารจึงไม่รับประทานอาหารจุบจิบระหว่างมื้อ ด้านการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 12.39 (SD = 1.33) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 11.07 – 13.73 คะแนน จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 โดยพบว่าการออกกำลังกายกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที เช่น ว่ายน้ำ เดิน ออกกำลังกาย หรือทำสวนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 6.33 (SD = .69) รองลงมาคือออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง หรือเดิน อย่างน้อย 30 นาที มีค่าเฉลี่ย 6.07 (SD = .87) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบน้อยกว่าการออกกำลังกายจากการทำกิจกรรมทางกายหรืองานที่ต้องทำเป็นประจำอยู่แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกตุริย์ พันธุ์เขียน (2549) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 51 เท่านั้น ด้านการใช้จ่ายอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 20.86 (SD = .38) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 20.49 – 21.23 คะแนน จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ใหญ่ไม่หยุดยา หรือปรับเพิ่ม-ลดขนาดยาตามระดับน้ำตาลในเลือดเอง มีค่าเฉลี่ย 7.00 (SD = .00) และไม่ลืมใช้ยาตามระดับน้ำตาลในเลือดมีน้อยที่สุด แต่มีค่าเฉลี่ยถึง 6.88 (SD = .33) เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของการไม่ลืมใช้ยาตามระดับน้ำตาลในเลือดมีคะแนนน้อยที่สุดแต่ก็มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับการไม่หยุดยา หรือปรับเพิ่ม-ลดขนาดยาตามระดับน้ำตาลในเลือดเองซึ่งเป็นข้อที่มีคะแนนสูงสุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการใช้ยาที่ดี ให้เหตุผลว่า ไม่หยุดยา หรือปรับเพิ่ม-ลดขนาดยาตามระดับน้ำตาลในเลือดเอง และพยายามไม่ลืมใช้ยาตามระดับน้ำตาลในเลือด เพราะกลัวอาการกำเริบจากการใช้ยาไม่ถูกต้องโดยจะรับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกครั้ง ด้านการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 6.92 (SD = .75) โดยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 6.17 – 7.67 คะแนน จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 98.90 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งจะสูบบุหรี่น้อยกว่าเพศชาย จากการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเพศชายทั้งหมด ด้านการดูแลเท้าอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 26.74 (SD = 1.83) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 24.91 – 28.57 คะแนน จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 89.90 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการบริหารเท้าและขามากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 6.80 (SD = .51) และตรวจบริเวณซอกนิ้วและส่วนต่างๆของเท้าบ่อยที่สุดมีค่าเฉลี่ย 6.61 (SD = .58) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการดูแลเท้าอยู่ในเกณฑ์ดี แม้ว่าการตรวจบริเวณซอกนิ้วและส่วนต่างๆ ของเท้าจะมีคะแนนน้อยที่สุด แต่เห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยก็ยังอยู่ในกลุ่มเดียวกันและมีค่าใกล้เคียงกัน

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

อายุ สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self-Management behavior) ได้ แต่เพศ และการสนับสนุนจากครอบครัวไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โดยภาพรวมตัวแปรที่ทำการศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ ร้อยละ 34.4 ($R^2 = 0.344$, $F = 10.715$, $p = .000$) เมื่อวิเคราะห์แต่ละตัวแปร พบว่า

สมรรถนะแห่งตนเป็นความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง หรือการได้เห็นความสำเร็จจาก

ประสบการณ์ของผู้อื่น นอกจากนี้การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงโน้มน้าวจากบุคคลอื่นมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาที่จะกระทำพฤติกรรม รวมทั้งสภาวะทางด้านร่างกายที่แข็งแรงและการมีอารมณ์ทางบวก ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้ ก็คือพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งพบว่า สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในทางบวกได้สูงสุด ($b = .194$, $t = 4.842$, $p = .000$) นั้นหมายความว่า ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสมรรถนะแห่งตนมากขึ้นจะช่วยให้มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Catharine และคณะ (2002) เกี่ยวกับ สมรรถนะแห่งตน ผลกระทบต่อการดูแลตนเอง และการควบคุม HbA1c ในผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายที่ดีในการดูแลตนเองทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมระดับ HbA1c ซึ่งก็มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Johnston-Brooks และคณะ (2002) ศึกษาเกี่ยวกับ สมรรถนะแห่งตนผลกระทบกับการดูแลตนเอง และระดับ HbA1c ในผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายที่ดีในการดูแลตนเองและระดับ HbA1c โดยเมื่อมีการดูแลตนเองดีขึ้นในการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ก็ทำให้ระดับ HbA1c ดีขึ้นด้วย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีร่างกายแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างไม่ใช่ผู้ป่วยรายใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเบาหวานมาประมาณ 1-6 ปี มีประสบการณ์ในการควบคุมโรค ผู้ป่วยจึงมีสมรรถนะแห่งตนในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งสมรรถนะแห่งตนหรือการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ทำให้บุคคลมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยเบาหวานมีสมรรถนะแห่งตนก็จะมีกำลังใจหรือมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานได้ในทุกๆ ด้านด้วยเช่นกัน

สำหรับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ อันจะทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในทางบวก ($b = .191$, $t = 2.310$, $p < .05$) นั้นหมายความว่า หากมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Matthews et al. (2009) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในผู้หญิงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลในการรักษาของผู้ป่วย คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่

สุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการโรคเบาหวานที่มีความสำคัญที่สุด และการศึกษาของการศึกษาของ Street et al. (2009) เกี่ยวกับความเชื่อมโยงของการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีอิทธิพลกับภาวะสุขภาพ จากการที่ทักษะการดูแลตนเองที่ดีขึ้น อาจเนื่องมาจากการได้รับกำลังใจ เอาใจใส่ กระตุ้นเตือนจากแพทย์ พยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น (ชนิษฐา ศรีสว่าง, 2549) ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมทั้งได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเจ็บป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหันมาจัดการโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น (Polzer, 2007)

นอกจากนี้ อายุสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในทางลบ ($b = -.063$, $t = -2.054$, $p < .05$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Unden และคณะ (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างของเพศในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต คุณภาพการดูแล และการควบคุมเมตาบอลิซึมในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้หญิงกลุ่มอายุวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีการจัดการโรคได้น้อยกว่ากลุ่มอายุวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และการศึกษาของ Gallagher และคณะ (2008) เกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะมีการจัดการตนเองได้ไม่ดี คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะ มีความสามารถ และเป็นเบาหวานมาประมาณ 1-6 ปี จึงมีประสบการณ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งอายุเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และมีส่วนเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วย (Orem, 1985 อ้างใน ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540) โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยแสดงถึงความแข็งแรงของร่างกาย รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่มีข้อจำกัดทางด้านสรีระซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจึงสามารถจัดการกับโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากขึ้น อายุจึงส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองนั่นเอง

ดังนั้นผลการศึกษานี้ พบว่า อายุ สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สนับสนุนสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้

ส่วนเพศ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Skulpant (1992) ซึ่งพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นเพศ

หญิงหรือเพศชาย เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ยังไม่มีโรคแทรกซ้อน และเพิ่งเป็นเบาหวาน ประมาณ 1-6 ปี (ร้อยละ 67.1) จึงยังไม่มีรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายที่จะดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน (Coleman et al., 2005) อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับปัจจัยเสริมด้านอื่นๆ ด้วย ดังนั้นเพศจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้

สำหรับการสนับสนุนจากครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ก็ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้เช่นกัน แต่การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง ดังการศึกษาของ Gallant และคณะ (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Skinner และคณะ (2000) เกี่ยวกับ การสนับสนุนจากสังคม และรูปแบบส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ทำนายการดูแลตนเอง พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวทำนายการดูแลตนเองด้านอาหารที่ดี และการศึกษาของกันทิลา อีฐรัตน์ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 312 ราย พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งการศึกษาทั้งสองทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือหรือการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว จึงแตกต่างกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุอยู่ในวัยทำงาน และมีสุขภาพแข็งแรงยังไม่มีโรคแทรกซ้อน การที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน มีสุขภาพแข็งแรง ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค และสังเกตได้ว่าลักษณะการอาศัยอยู่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นแม่บ้าน ด้วยบทบาทในครอบครัวดังกล่าวจึงเป็นที่พึ่งของบุคคลในครอบครัว มากกว่าที่จะพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัว แม้จะอยู่ในวัยทำงาน ไม่ต้องการการพึ่งพิงบุคคลอื่นในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง จากการที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองและมีบทบาทที่สำคัญในครอบครัวแล้วก็ตาม การสนับสนุนจากครอบครัวก็ยังคงมีความสำคัญ เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยเสริมสร้าง สนับสนุน ให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาและควบคุมโรคไปตลอดชีวิต อาจมีบางจังหวะของชีวิตที่ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ (Coleman et al., 2005) ความรัก ความผูกพันในครอบครัวไม่ว่าจากบุตร สามี หรือภรรยา ก็ยังเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตต่อไป

ดังนั้นจึงแทนค่าสมการได้ ดังนี้ $Y = 53.641 + .194X_1 + .191X_2 - .063X_3$ สามารถแปลผลได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองสูง หากผู้ป่วยมี

สมรรถนะแห่งตน ($b = .194$, $t = 4.842$, $p = .000$) และมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($b = .191$, $t = 2.310$, $p < .05$) และเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุน้อย ($b = -.063$, $t = -2.054$, $p < .05$) เมื่อพิจารณาตัวแปรแต่ละตัว พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมากที่สุด ($\beta = .509$, $p = .00$) รองลงมา คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($\beta = .229$, $p < .05$) และอายุ ($\beta = -.206$, $p < .05$) ตามลำดับ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายได้ กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดสมรรถนะแห่งตนขึ้นในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทั้งแพทย์และพยาบาล ก็ควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในขณะให้การดูแลรักษาโดยมีท่าทางที่เป็นมิตร ให้ความสนใจ รับฟังปัญหา และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา รวมทั้งให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์โดยใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายๆ ทั้งนี้ควรคำนึงถึงอายุของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความแตกต่างกันมาเป็นส่วนประกอบในการดูแลรักษาพยาบาลด้วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง และนำไปสู่การควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาจากการที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะควบคุมโรคได้ตัวผู้ป่วยเองต้องเห็นความสำคัญในการควบคุมโรคซึ่งพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะ มีเป้าหมายของชีวิต รวมทั้งช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา แล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรค การรักษา ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ช่วยยับยั้งการดำเนินโรคและลดการคุกคามของภาวะเจ็บป่วย ทำให้อาการหรือการดำเนินโรคเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระนอง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลสุขสำราญและโรงพยาบาลกะเปอร์ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมดจำนวน 88 คน ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นที่รุนแรงร่วมด้วย ได้แก่ ไตวาย และโรคหัวใจ และเป็นผู้ที่สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดได้

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ก่อนนำเครื่องมือไปใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ได้ 0.81, 1.0, 1.0, 0.94 ตามลำดับ และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้ก่อนเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณลักษณะของประชากรในงานวิจัย ได้ค่าความเที่ยงของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96, 0.95, 0.95, 0.82 ตามลำดับ

เก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้วขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยการขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำรายชื่อผู้ป่วยมาสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากจากนั้นได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานในวันที่มีคลินิกเบาหวานตามรายชื่อที่จับฉลากได้ โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยระหว่างรอรับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ โดยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีคิวในลำดับต้นๆ ก่อนแพทย์ลงตรวจ และประสานงานกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เรียกชื่อผู้ป่วยพบแพทย์ ให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาตามคิวเมื่อถึงคิวตรวจของผู้ป่วย ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาและขอความร่วมมือในการทำวิจัยตามรายละเอียดในแบบพิกัดสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นต์ชื่อในแบบพิกัดสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเขียนชื่อด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวาแทนการให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ เมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ คือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพตามลำดับ จำนวน 97 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS version 17 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวและบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เช่น การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยระหว่างบุคคล คือ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยใช้ Multiple regression

ผู้วิจัยจึงสรุปผลการวิจัย 3 ประเด็น คือ สรุปผลการวิจัย ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย และข้อจำกัดในการใช้ผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 56 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมง เลี้ยงสัตว์ การศึกษาเรียนจบชั้นประถมศึกษา รายได้ในครอบครัวมากกว่าครึ่งมีเพียงพอเลี้ยง

ชีพ ระยะเวลาการเป็นเบาหวานประมาณ 1 - 6 ปี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ไม่ดื่มสุราและอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับดี สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ และการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำ รวมทั้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับต่ำมาก สำหรับการสนับสนุนจากครอบครัวและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้วย

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงอำนาจการทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า โดยภาพรวมตัวแปรที่ทำการศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ ร้อยละ 34.4 ($R^2 = 0.344$, $F = 10.715$, $p = .000$) และเมื่อวิเคราะห์แต่ละตัวแปร พบว่า สมรรถนะแห่งตน สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในทางบวกได้ สูงสุด ($b = .194$, $t = 4.842$, $p = .000$) รองลงมา คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($b = .191$, $t = 2.310$, $p < .05$) และอายุ ($b = -.063$, $t = -2.054$, $p < .05$) สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในทางลบ ส่วนเพศและการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้

เมื่อวิเคราะห์ความสำคัญของตัวแปรแต่ละตัวว่ามีผลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างไร โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้มากที่สุด ($\beta = .509$, $p = .00$) รองลงมา คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($\beta = .229$, $p < .05$) และอายุ ($\beta = -.206$, $p < .05$)

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยตนเอง จึงเป็นข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้จักและจำได้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ดังนั้นการตอบคำถามของผู้เข้าร่วมการ

วิจัย อาจมีความคลาดเคลื่อนบ้างจากการที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจเกรงใจผู้วิจัยในฐานะที่เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงข้อจำกัดดังกล่าวโดยขณะเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะใส่ชุดคลุมและอธิบายให้ฟังก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง อย่างไรก็ตามในการสัมภาษณ์อาจมีการอธิบายหรือชักนำให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ซึ่งอาจจะส่งผลให้การตอบแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

2. ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้อาจใช้อ้างอิงเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และยังไม่มีความเสี่ยงของโรคจึงสรุปได้ว่าเป็นข้อจำกัดประการหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้ที่ไม่อาจนำไปใช้อ้างอิงถึงกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคแล้ว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ สมรรถนะแห่งตน การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และ อายุ ดังนั้นประเด็นที่สำคัญ เพื่อการเสนอแนะให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองจากการศึกษาครั้งนี้มีดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการที่พบว่าสมรรถนะแห่งตน การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมหรือแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตน และส่งเสริมให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมากขึ้น โดยคำนึงถึงอายุของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

2. จากผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังไม่มั่นใจว่าสามารถจัดการเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และไม่มั่นใจว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ และกินอาหารไม่ได้แล้วจะสามารถตัดสินใจในการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้นพยาบาลอาจใช้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น เช่น การทำกลุ่มหรือใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นต้น ด้วยการให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานให้คำแนะนำและแบ่งปันประสบการณ์กัน ก็อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้นได้

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อหาข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายในเชิงลึก
2. ควรมีการศึกษาเชิงปริมาณในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมกับลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย
3. ควรศึกษาปัจจัยทางด้าน biological factor เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับ HbA1C เป็นต้น เปรียบเทียบกับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง
4. ควรทำการศึกษาถึงโปรแกรมหรือแบบแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

FACTORS PREDICTING DIABETES SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

สุภาพร เพ็ชรอาวุธ 5038126 NSFN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นันทิยา วัฒนา, Ph.D.(Nursing), นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย ปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกและในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดระนองที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีด้วยเช่นกัน และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หากไม่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี จะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นๆหรือก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ส่งผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวได้ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2548-2550 มีจำนวน 769, 889 และ 1,157 ครั้ง ตามลำดับ และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจำนวน 14, 16, 20 รายตามลำดับ เห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตมีแนวโน้มที่สูงขึ้น

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการลดปัญหาโรคเรื้อรัง ด้วยการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง รวมถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วย โดยพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองนั้นช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลด

ภาวะแทรกซ้อน และช่วยยับยั้งการดำเนินโรคและลดการคุกคามของภาวะเจ็บป่วย ทำให้อาการหรือการดำเนินโรคเป็นไปในทางที่ดีขึ้น จากการศึกษา พบว่าการที่ผู้ป่วยจะจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้นั้นมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมากขึ้น

อายุเป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการของบุคคล รวมทั้งเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Orem, 1985) โดยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะจัดการตนเองได้ไม่ดี คือ ผู้ที่มีอายุมากขึ้นด้วย สำหรับเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่าผู้หญิงมีดัชนีมวลกาย และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายได้มากกว่าผู้ชาย ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้

สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นการรับรู้ความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงสมรรถนะที่จะจัดการโรคได้นั้นจึงอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคด้วยตนเองได้

การสนับสนุนจากครอบครัว (Coleman et al., 2005) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะจัดการโรคด้วยตนเอง ซึ่งพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลหรือจัดการตนเองได้ดีขึ้น โดยพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการโรค และพบว่าการอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดูแลตนเองด้านอาหารอีกด้วย

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นการรับรู้กระบวนการส่งข่าวสารข้อมูลการดูแลระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ จากการศึกษา พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย และยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลในการจัดการโรคเบาหวานที่มีความสำคัญที่สุด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานด้วย

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยต่างๆ ตามที่ได้กล่าวมาแล้วมีผู้ที่ทำการศึกษาในประเด็นที่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองยังมีอยู่น้อย

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น โดยเลือกและจัดตัวแปรเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคและสามารถควบคุมการดำเนินโรคด้วยตนเองได้

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้นั้น พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ อายุ เพศ (สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล, 2549; สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538; Gallagher et al., 2008; Unden et al., 2008; Wong et al., 2005) สมรรถนะแห่งตน (Iannotti et al., 2006; Gallagher et al., 2008) การสนับสนุนจากครอบครัว (Wen et al., 2004) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Abdulhadi et al., 2007; Ong et al., 1995; Silver et al., 2009; Xu, 2008) ในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยจึงเลือกและจัดตัวแปรเป็น 2 กลุ่มคือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล และเมื่อทราบปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง จะได้นำไปใช้ในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง รวมทั้งนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Descriptive Research ในลักษณะการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross – sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดระนอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดระนอง คือ โรงพยาบาลกะเปอร์ และโรงพยาบาลสุขสำราญ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีโรคหรือภาวะอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ไตวาย โรคหัวใจ เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดได้

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลาก ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 88 ราย จากการเปิดตารางของโพลิตและแบค (Polit & Beck, 2008)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ จำนวนที่สูบ การดื่มสุรา ลักษณะครอบครัว และบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย

2. แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน ใช้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากเครื่องมือของ Stanford Patient Education Research Center เป็นแบบประมาณค่า 11 ระดับ โดยมีคำถาม 25 ข้อ ปลายด้านซ้ายของเส้นตรงแทนคะแนน 0 มีความหมายว่า ไม่มั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเลย ปลายด้านขวาของเส้นตรงแทนคะแนน 10 มีความหมายว่า มีความมั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมากที่สุด

3. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Glasgow และคณะ (2000) เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีคำถาม 20 ข้อ คะแนนมาก หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง

4. แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Schillinger และคณะ (2004) เป็นแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ โดยมีคำถาม 23 ข้อ คะแนนมาก หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

5. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Toobert และคณะ (2000) มีลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามที่ให้ผู้ป่วยตอบตามสภาพการปฏิบัติจริง จำนวน 18 ข้อ การให้คะแนนถ้าเป็นคำถามทางบวกให้ 7 - 0 คะแนน ถ้าเป็นคำถามทางลบให้ 0 - 7 คะแนน ตามระยะเวลาที่ปฏิบัติใน 7 วัน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับดีมาก

เครื่องมือทั้งหมดได้ถูกตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาคำนวณโดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) พบว่าแบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง มีค่า CVI เท่ากับ 0.81, 1.0, 1.0, 0.94 ตามลำดับ หลังจากนั้นตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย และนำผลการทดสอบมาคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95, 0.94, 0.95, 0.82 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านการพิจารณาและได้รับการยอมรับจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สาขาการพยาบาลแล้ว โดยผู้วิจัย ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล แล้วจึงดำเนินการวิจัยโดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ด้วยการขออนุญาตใช้บัญชีรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของคลินิกเบาหวาน เพื่อนำมาสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดด้วยวิธีการจับฉลาก หลังจากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตัวเองในวันคลินิกเบาหวานที่ผู้ป่วยมารับบริการ ตามลำดับคิวตรวจ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS version 17 สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยายวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวและบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง โดยใช้ Multiple regression

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.5) มีช่วงอายุระหว่าง 50-67 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 56 ปี (S.D. = 11.9 ปี) ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.8) ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมง เลี้ยงสัตว์ (ร้อยละ 45.5) การศึกษาเรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 80.7) รายได้ในครอบครัวมีเพียงพอเลี้ยงชีพ (ร้อยละ 79.5) และอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 54) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณ 1-6 ปี ร้อยละ 67.1 และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 98.9) สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่สูบบุหรี่ประมาณ 5 ซองต่อวัน และไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 85)

การวิเคราะห์ตามตัวแปรที่ศึกษา

สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 225.4 (SD = 9.6) ซึ่งส่วนใหญ่มีกะแนนเฉลี่ยรวมระหว่าง 215.8 - 234 คะแนน จำนวน 67 คน คิดเป็น ร้อยละ 77.3

การสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยรวม 88.11 (SD = 6.11) ซึ่งส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยรวมระหว่าง 82 - 94.21 คะแนน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9 และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 111.86 (SD = 4.41) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ระหว่าง 107.45 - 116.27 คะแนน จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 92.2

สำหรับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง พบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยรวม 118.69 (SD = 3.67) ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ระหว่าง 115.02 - 122.37 คะแนน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมี 3 ปัจจัย คือ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.488, p < 0.01$) ในขณะที่การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.325, p < 0.01$) รวมทั้งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.335, p < 0.01$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	-					
2. เพศ	-0.188*	-				
3. สมรรถนะแห่งตน	0.410**	-0.055	-			
4. การสนับสนุนจากครอบครัว	0.083	0.056	0.358**	-		
5. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	0.104	-0.003	0.201*	0.425**	-	
6. พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง	0.021	0.073	0.488**	0.325**	0.335**	-

*p < 0.05 ** p < 0.01

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า โดยภาพรวมตัวแปรที่ทำการศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ ร้อยละ 34.4 ($R^2 = 0.344$, $F = 10.715$, $p = .000$) เมื่อวิเคราะห์แต่ละตัวแปร พบว่า สมรรถนะแห่งตน ($b = .194$, $t = 4.842$, $p = .000$) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($b = .191$, $t = 2.310$, $p < .05$) และอายุ ($b = -.063$, $t = -2.054$, $p < .05$) สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ส่วนเพศ และการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าไม่ทำให้อำนาจการทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้สูงสุด ($\beta = .509$, $p = .00$) รองลงมา คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($\beta = .229$, $p < .05$) และอายุ ($\beta = -.206$, $p < .05$) ตามลำดับ มีค่าคงที่เท่ากับ 53.641 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 3.063 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>P-value</i>
ปัจจัยส่วนบุคคล					
- อายุ	-.063	.031	-.206	-2.054*	0.043
- เพศ	.544	.826	.060	.658	0.512
- สมรรถนะแห่งตน	.194	.040	.509	4.482*	0.000
ปัจจัยระหว่างบุคคล					
- การสนับสนุนจากครอบครัว	.035	.063	.059	.560	0.577
- การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	.191	.083	.229	2.310*	0.023
A = 53.641 SE_{est} = 3.0629					

$R^2 = 0.344$, * $p < 0.05$, $F = 10.715$, $p = .000$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 4 :1 มีช่วงอายุระหว่าง 50-67 ปี อายุเฉลี่ย 56 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.9 ปี) สอดคล้องกับสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานคนไทยมีความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 6.6 เป็นเพศหญิงร้อยละ 7.2 และเพศชายร้อยละ 5.9 และมีอายุระหว่าง 50-69 ปี (วิรุทธ ชัยพรสุไพศาลและคณะ, 2550, ฉายศรี สุพรศิลป์ชัยและคณะ, 2550) อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีดัชนีมวลกาย และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายมากกว่าผู้ชาย (Mccollum et al., 2005) จึงทำให้เพศหญิงเป็นเบาหวานมากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมง เลี้ยงสัตว์ และจบชั้นประถมศึกษามากกว่า 1 ใน 3 ส่วนรายได้ในครอบครัวมีเพียงพอเลี้ยงชีพ (ร้อยละ 79.5) และกลุ่มตัวอย่างเป็นเบาหวานประมาณ 1-6 ปี (ร้อยละ 67.1) นั้นหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เพิ่งจะเริ่มเป็นโรคเบาหวาน

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า โดยภาพรวมตัวแปรที่ทำการศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่

สุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ ร้อยละ 34.4 ($R^2 = 0.344$, $p = .000$) โดยสมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองทางบวกได้สูงสุด ($b = .194$, $t = 4.842$, $p = .000$) นั้นหมายความว่า ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสมรรถนะแห่งตนมากขึ้นจะช่วยให้มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Catharine และคณะ (2002) เกี่ยวกับ สมรรถนะแห่งตน ผลกระทบต่อการดูแลตนเอง และการควบคุม HbA1c ในผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายที่ดีในการดูแลตนเองทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมระดับ HbA1c อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีร่างกายแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น ผู้ป่วยจึงมีสมรรถนะแห่งตนในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งสมรรถนะแห่งตนหรือการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ทำให้บุคคลมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยเบาหวานมีสมรรถนะแห่งตนก็จะมีความตั้งใจหรือมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานได้ในทุกๆ ด้านด้วยเช่นกัน

ส่วนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองทางบวก ($b = .191$, $t = 2.310$, $p < .05$) หมายความว่า หากมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Matthews et al. (2009) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในผู้หญิงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลในการรักษาของผู้ป่วย คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการโรคเบาหวานที่มีความสำคัญที่สุด อาจเนื่องมาจากการได้รับกำลังใจ เอาใจใส่ กระตุ้นเตือนจากแพทย์ พยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น (ขนิษฐา ศรีสว่าง, 2549) ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหันมาจัดการโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น (Polzer, 2007)

นอกจากนี้อายุสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองทางลบ ($b = -.063$, $t = -2.054$, $p < .05$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Unden และคณะ (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างของเพศในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต คุณภาพการดูแล และการควบคุม

เมตาบอลิกในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้หญิงกลุ่มอายุวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีการจัดการโรคได้น้อยกว่ากลุ่มอายุวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และการศึกษาของ Gallagher และคณะ (2008) เกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะมีการจัดการตนเองได้ไม่ดี คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะ มีความสามารถ และเป็นเบาหวานมาประมาณ 1-6 ปี จึงมีประสบการณ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งอายุเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และมีส่วนเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วย (Orem, 1985 อ้างใน ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540) โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยแสดงถึงความแข็งแรงของร่างกาย รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่มีข้อจำกัดทางด้านสรีระซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจึงสามารถจัดการกับโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากขึ้น อายุจึงส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองนั่นเอง

ส่วนเพศ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Skulpant (1992) ซึ่งพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ยังไม่มีโรคแทรกซ้อน และเพิ่งเป็นเบาหวานประมาณ 1-6 ปี (ร้อยละ 67.1) จึงยังไม่รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายที่จะดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน (Coleman et al., 2005) อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับปัจจัยเสริมด้านอื่นๆ ด้วย ดังนั้นเพศจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้

สำหรับการสนับสนุนจากครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ก็ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้เช่นกัน แต่การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง ดังการศึกษาของ Gallant และคณะ (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกันทิลา อธิรัตน์ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งวิจัยทั้ง 2 เรื่อง ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ จึงแตกต่างกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุอยู่ในวัยทำงาน และมีสุขภาพแข็งแรงยังไม่มีโรคแทรกซ้อน การที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน มีสุขภาพแข็งแรง ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค และสังเกตได้ว่าลักษณะการอาศัยอยู่ของกลุ่ม

ตัวอย่างเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นแม่บ้าน ด้วยบทบาทในครอบครัวดังกล่าวจึงเป็นที่พึ่งของบุคคลในครอบครัว มากกว่าที่จะพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัว แม้จะอยู่ในวัยทำงาน ไม่ต้องการการพึ่งพิงบุคคลอื่นในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรม การจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง จากการที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองและมีบทบาท ที่สำคัญในครอบครัวแล้วก็ตาม การสนับสนุนจากครอบครัวก็ยังคงมีความสำคัญ เนื่องจากการ สนับสนุนจากครอบครัวช่วยเสริมสร้าง สนับสนุน ให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่ง โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาและควบคุมโรคไปตลอดชีวิต อาจมีบางจังหวะของชีวิตที่ ท้อแท้ หมดกำลังใจ (Coleman et al., 2005) ความรัก ความผูกพันในครอบครัวไม่ว่าจากบุตร สามี หรือภรรยาก็ยังเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตต่อไป

ดังนั้นจากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ได้ กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงลักษณะส่วนบุคคลของ ผู้ป่วย โดยเฉพาะอายุของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความแตกต่างกันมาเป็นส่วนประกอบในการดูแลรักษา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดสมรรถนะแห่งตนขึ้นในการจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเอง รวมทั้ง เจ้าหน้าที่ทั้งแพทย์และพยาบาล ก็ควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในขณะการรักษามีท่าทางที่เป็นมิตร ให้ความสนใจ รับฟังปัญหา และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา รวมทั้งให้ข้อมูลหรือ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายๆ ก็จะทำ ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง การควบคุมโรคเบาหวานที่ดีขึ้น นำไปสู่ การควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่อไป ดังนั้นการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของ โรคเบาหวาน ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้ไม่อาจนำไปใช้อ้างอิงถึงกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคแล้ว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการที่พบว่าสมรรถนะแห่งตน การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และ อายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเอง ดังนั้นจึงควรพัฒนากิจกรรม หรือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตน และส่งเสริมให้มีการสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพให้มากขึ้น โดยคำนึงถึงอายุที่แตกต่างกันของผู้ป่วยในการดูแล

ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อหาข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม การจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเองได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายในเชิงลึก
2. ควรทำการศึกษาถึงโปรแกรมหรือแบบแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเองได้

**FACTORS PREDICTING DIABETES SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR
AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2**

SUPAPORN PHETARVUT 5038126 NSFN/M

M.N.S (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTIYA WATTHAYU, Ph.D. (Nursing),
NUNTAWON SUWONNAROOP, Ph.D.(Nursing)**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Study**

Diabetes mellitus is a major public health problem all over the world, including Thailand. At present, the numbers of patients with diabetes mellitus in Thailand and in the world are increasing. Likewise, in Ranong Province, the number of patients with diabetes mellitus continues to increase. It has been found that most of the patients are unable to control their plasma glucose level, which can lead to other possible complications or chronic illnesses, which can have negative impacts on not only the patients but also their family. Between 2005 and 2007, the numbers of diabetic patients who were unable to control their plasma glucose level and needed to be hospitalized were 769, 889, and 1,157, respectively. Of these, 14, 16, and 20 of them died because of complications. Therefore, it can be seen that inability to control plasma glucose levels can affect life, and it tends to increase among diabetic patients.

The Ministry of Public Health currently has a policy to reduce problems caused by chronic diseases by providing support to self-management and develop self-care efficacy of patients including patients with diabetes mellitus. Diabetes self-management enables patients to effectively control their plasma glucose level, reduce complications, and prolong prognosis and threats caused by the disease, hence improved symptoms and prognosis. Previous studies have shown that in order for

patients to perform diabetes self-management, numerous factors are involved including age, gender, self-efficacy, family support, and communication between patients and healthcare staff, which are important factors related to diabetes self-management among patients with diabetes mellitus so as to enable them to have more diabetes self-management behaviors.

Age is a factor which reflects individuals' maturity and management capacity, including factors affecting the need for self-care, self-care efficacy, and restrictions in self-care practices (Orem, 1985). It has been found that there is a positive relationship between age and self-care behaviors of patients with diabetes mellitus. In addition, study findings have indicated that patients who are at risk of inappropriate self-management are elderly patients. Another factor that plays a role is gender, as it indicates physical differences. Studies have revealed that females have more body mass index and restrictions in exercises than males, which may in turn affect their diabetes self-management.

Self-efficacy refers to individuals' perception of their own confidence in their ability to carry out an action to achieve the desired goal (Bandura, 1997). Existing studies have shown that self-efficacy is positively associated with diabetes self-management. To further explain, self-efficacy enables patients to control their plasma glucose level. Therefore, if patients have perceived self-efficacy, they may be able to develop diabetes self-management.

According to Coleman et al. (2005), family support is an influential factor that supports patients to continue their diabetes self-management and gives them motivation to manage their disease by themselves. In brief, family support helps patients have better self-management. It has been reported that family support is positively associated with disease management and that living with family members is highly related to self-management of dietary control

Patient-provider communication is a perception of the process in which information about care is exchanged between patients and healthcare team members, which enables patients to perform diabetes self-management. Previous studies have shown that communication between patients and healthcare team members is positively related to self-care of patients and is one of the most important factors

influencing diabetes self-management. It enables patients to control their plasma glucose level and prevent possible complications from diabetes mellitus.

However, an extensive review of literature has shown that there are few studies investigating diabetes self-management. Therefore, the researcher was interested in exploring the aforementioned factors by dividing them into two groups—personal factors and interpersonal factors which affect diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2, enabling them to have appropriate diabetes self-management behaviors and control the prognosis of their disease.

Research Questions

1. What are personal factors of age, gender, and perceived self-efficacy, as well as interpersonal factors of family support and patient-provider communication like?
2. Are personal factors of age, gender, and perceived self-efficacy, as well as interpersonal factors of family support and Patient-provider communication related to diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2 and how?
3. Can personal factors of age, gender, and perceived self-efficacy, as well as interpersonal factors of family support and Patient-provider communication predict diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2 or not and how?

Research Objective

The improve of this study was to investigate factors predicting diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2 including personal factors of age, gender, and perceived self-efficacy, as well as interpersonal factors of family support and patient-provider communication.

Research Hypothesis

Personal factors of age, gender, and perceived self-efficacy, as well as interpersonal factors of family support and patient-provider communication can predict diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2.

Conceptual Framework of the Study

The conceptual framework used in the present study derived from an analysis and synthesis of literature regarding factors related to diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2. It has been found that diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2 enables them to effectively control their plasma glucose level. However, in order for patients to develop diabetes self-management, a number of factors come into play including age, gender (Siriluck Sutharattanakul, B.E. 2549; Soontara Hiranyawan, B.E. 2538; Gallagher et al., 2008; Unden et al., 2008; Wong et al., 2005), perceived self-efficacy (Iannotti et al., 2006; Gallagher et al., 2008), family support (Wen et al., 2004), and patient-provider communication (Abdulhadi et al., 2007; Ong et al., 1995; Silver et al., 2009; Xu, 2008). In the present study which investigated diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2, the variables were selected and divided into two groups—personal factors and interpersonal factors. It was anticipated that once the factors predicting diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2 were made known, they could be utilized to devise a guideline to promote diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2 and used as baseline data to develop a program to provide care to patients with diabetes mellitus type 2 to enable them to more effectively control plasma glucose levels, prevent possible complications of diabetes mellitus type 2, and to increase their quality of life.

Research Methodology

The present study was descriptive research with a cross-sectional design to investigate factors predicting diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2 in Ranong Province.

Population and Sample

The population of the study consisted of patients who had been diagnosed with diabetes mellitus type 2 from a physician and who sought treatment at the outpatient clinic of community hospitals in Ranong Province—Kapoe Hospital and

Suksamran Hospital. The inclusion criteria of the study subjects were as follows: 1) they were males or females; 2) they were diagnosed with diabetes mellitus type 2 with no other accompanying diseases or conditions including renal failure and heart disease; and 3) they were able to communicate verbally in the Thai language.

The subjects who met the aforementioned inclusion criteria were recruited by means of random sampling. The sample size was 88 subjects, according to the table of Polit and Beck (2008).

Research Instruments

The instruments used to collect data in this study could be divided into the following five parts:

1. The demographic characteristics questionnaire elicited data regarding the subjects' age, gender, educational background, occupation, income, marital status, duration of the disease, smoking habit, amount of smoking, alcohol drinking, type of family, and people living with the subjects.

2. The self-efficacy scale was modified based on the instrument of Stanford Patient Education Research Center. It was an 11-level continuum, with the left end representing the score of 0 point referring to no confidence in diabetes self-management at all and the right end representing the score of 10 points referring to most confidence in diabetes self-management. There were 25 items in the scale.

3. The family support interview protocol was modified from the instrument of Glasgow et al. (2000). The instrument consisted of 20 items arranged in a five-point rating scale. High scores indicated a high level of family support and vice versa.

4. Patient-provider communication interview protocol was modified from the instrument of Schillinger et al. (2004). There were altogether 23 items arranged in a five-point likert scale, with high scores reflecting a good level of communication between patients and healthcare team members.

5. The diabetes self-management interview protocol was modified by the researcher based on the questionnaire of Toobert et al. (2000). There were 18 items which required the patients to respond by indicating what they actually did in real life in a period of seven days. As for scoring, the scores for positive items ranged from 7

to 0 points, while those for negative items ranged from 0 to 7 points. Higher scores meant patients with diabetes mellitus type 2 had better diabetes self-management.

All of the instruments were validated by a panel of three experts to determine their content validity. The CVI was calculated, and it was found that the CVI of the self-efficacy scale, the family support interview protocol, patient-provider communication interview protocol, and the diabetes self-management interview protocol was equal to 0.81, 1.00, 1.00, and 0.94, respectively. After that, the instruments were tried out with 30 patients with diabetes mellitus type 2 whose demographic characteristics were similar to those of the subjects in the main study. Cronback's coefficient alpha indicated that the reliability of these four instruments was equal to 0.95, 0.94, 0.95, and 0.82, respectively.

Data Collection

The researcher began collecting data after the research proposal had been examined and approved by Mahidol University Institutional Review Board (MU-IRB) for protection of human subjects. The letter issued by the Graduate School of Mahidol University was sent to the directors of the two hospitals to introduce the researcher and to ask for permission to collect data. After that, the researcher approached related healthcare team members to ask for cooperation in data collection. The name list of patients with diabetes mellitus type 2 of the Diabetes Clinic was obtained to select the study sample using random sampling. Then, the researcher met and interviewed the subjects by herself at the Diabetes Clinic on the day the subjects came to the hospitals for examinations. Each interview lasted approximately 30 to 40 minutes.

Data Analysis

The SPSS program version 17 was used in the data analysis. Descriptive statistics were used to analyze the subjects' demographic characteristics including age, gender, educational background, occupation, income, marital status, duration of the disease, smoking habit, amount of smoking, alcohol drinking, type of family, and people living with the subjects. In addition, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient was used to determine the relationship among the study variables, and

multiple regression analysis was employed to analyze the factors predicting diabetes self-management.

Findings

Data regarding demographic characteristics and sickness

According to the study findings, most of the subjects (79.5%) were female. They ranged in age from 50 to 67 years, with the mean age of 56 years ($SD = 11.9$ years). Moreover, most of the subjects (81.8%) were married, and close to half (45.5%) were agriculturists, farmers, gardeners, and fishermen. As regards educational background, the majority (80.7%) completed only elementary education, and almost the same percentage, or 79.5%, earned sufficient income. Furthermore, more than half of the subjects (54%) lived in a nuclear family, and more than two-thirds (67.1%) had been stricken with diabetes mellitus type 2 for one to six years. With regard to smoking habits, almost all of them (98.9%) did not smoke, and those who smoked have been smoked about five packs of cigarettes a day. Finally, most of the subjects (85%) did not drink alcohol.

Analysis of the study variables

The subjects' self-efficacy scores were at a moderate level, with the overall mean of 225.4 ($SD = 9.6$). All in all, 67 subjects, or 77.3%, had the overall means ranging from 215.8 to 234 points.

The subjects' family support scores were also at a moderate level, with the overall mean of 88.11 ($SD = 6.11$). Sixty-five subjects, or 73.9%, had the overall means ranging from 82 to 94.21 points.

In terms of patient-provider communication, the subjects' scores were at a good level. The overall mean was equal to 111.86 ($SD = 4.41$), and 81 subjects, or 92.2%, had the overall means ranging from 107.45 to 116.27 points.

With regard to diabetes self-management, it was found that the scores of diabetes self-management of the subjects were at a good level, with the overall mean of 118.69 ($SD = 3.67$). Sixty-five subjects, or 73.9%, had the overall means ranging from 115.02 to 122.37 points.

Factors related to diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2

Pearson's Product Moment Correlation Coefficient revealed that there were three factors which were related to diabetes self-management—self-efficacy, family support, and patient-provider communication. Self-efficacy was positively related to diabetes self-management with statistical significance at a moderate level ($r = 0.488$, $p < 0.01$), while family support was positively related to diabetes self-management with statistical significance at a low level ($r = 0.325$, $p < 0.01$). Finally, patient-provider communication was positively related to diabetes self-management with statistical significance at a low level ($r = 0.335$, $p < 0.01$), as illustrated in Table 1 below.

Table 1 Factors related to diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2 (n = 88)

Study variables	1	2	3	4	5	6
1. Age	-					
2. Gender	-0.188*	-				
3. Self-efficacy	0.410**	-0.055	-			
4. Family support	0.083	0.056	0.358**	-		
5. Patient-provider Communication	0.104	-0.003	0.201*	0.425**	-	
6. Diabetes self-management	0.021	0.073	0.488**	0.325**	0.335**	-

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Factors predicting diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2

Multiple regression analysis showed that on the overall the study variables of age, gender, self-efficacy, family support, and accounted for diabetes self-management by 34.4% ($R^2 = 0.344$, $F = 10.715$, $p = .000$) of the variability in diabetes self-management was predicted by age, gender, perceived self-efficacy, family support, and patient-provider communication. Only three of the predictors such as

self-efficacy ($b = .194$, $t = 4.842$, $p = .000$), patient-provider communication ($b = .191$, $t = 2.310$, $p < .05$) and age ($b = -.063$, $t = -2.054$, $p < .05$) contributed significantly to prediction of diabetes self-management. Gender and family support could not predict diabetes self-management of patients with diabetes mellitus type 2. When evaluating the importance of each variable, the finding showed that self-efficacy ($\beta = .509$, $p = .00$) has more influence on diabetes self-management, followed by patient-provider communication ($\beta = .229$, $p < .05$) and age ($\beta = -.206$, $p < .05$), with the constant equal to 53.641 and standard error of prediction equal to 3.0629, as shown in Table 2.

Table 2 Factors predicting diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2 (n = 88)

Study variables	B	SE B	β	t	P-value
Personal factors					
- Age	-.063	.031	-.206	-2.054*	0.043
- Gender	.544	.826	.060	.658	0.512
- Self-efficacy	.194	.040	.509	4.842*	0.000
Interpersonal factors					
- Family support	.035	.063	.059	.560	0.577
- Patients-provider Communication	.191	.083	.229	2.310*	0.023
A = 53.641 SE _{est} = 3.0629					

$R^2 = 0.344$, * $p < 0.05$, $F = 10.715$, $p = .00$

Discussion of Findings

The findings revealed that there were more females than males in the study sample, with the ratio of 4 : 1. The subjects ranged in age from 50 to 67 years, with the mean age of 56 years (SD = 11.9 years). Such findings were in congruence with the statistics of the Ministry of Public Health that the prevalence rate of diabetes among the Thai population is 6.6%, with 7.2% females and 5.9% males, and with the age range of 50 to 69 years (Weerayuth Chaipornsupaisal et al., B.E. 2550; Chaisri

Supornsilpchai et al., B.E. 2550). This may be because females tend to have more body mass index and have more restrictions in physical activities than males (Mccollum et al., 2005), so they are more likely to be stricken with diabetes mellitus type 2. In addition, most of the subjects were married and were agriculturists, farmers, gardeners, or fishermen. More than one-third of the subjects completed primary education, and more than three-quarters (79.5%) had sufficient income. Also, more than two-thirds, or 67.1%, had been stricken with diabetes mellitus type 2 for one to six years. Therefore, it meant that the subjects in this study just started to have diabetes mellitus.

Factors predicting diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2

Multiple regression analysis revealed that on the overall the study variables of age, gender, self-efficacy, family support, and patient-provider communication accounted for diabetes self-management by 34.4% ($R^2 = 0.344$, $F = 10.715$, $p = .000$) and that self-efficacy was a major factor that could predict diabetes self-management by itself and with the highest percentage ($b = .194$, $t = 4.842$, $p = .000$). This means that if patients with diabetes mellitus type 2 have more self-efficacy, they are more likely to have diabetes self-management. Such findings are similar to the study of Catharine et al. (2002) who conducted a study on self-efficacy, effects on self-care, and control of HbA1c in patients in early adulthood who had diabetes mellitus type 1 and found that self-efficacy was a good predictor in terms of food intake, exercise, and control of HbA1c. One explanation is that the subjects of the present study were diabetic patients who were physically strong with no other complications such as heart disease or paralysis, so they had self-efficacy to perform diabetes self-management. In general, perceived self-efficacy makes individuals have will power to successfully have different behaviors. In other words, if patients with diabetes mellitus type 2 have perceived self-efficacy, they should have motivation and determination to perform all aspects of diabetes self-management.

As regards patient-provider communication, the study findings indicated that patient-provider communication could positively co-predict diabetes self-management ($b = .191$, $t = 2.310$, $p < .05$). This could be explained that if there is more patient-provider communication, patients with diabetes mellitus type 2 are more likely to have

more diabetes self-management. Similarly, Matthews et al. (2009), carried out qualitative research on communication between patients and healthcare team members regarding understanding of diabetes self-management among female patients with diabetes mellitus type 2 and found that the factor that had the most important effect on diabetes self-management of the patients was patient-provider communication. One plausible explanation is that patients may have felt that they were cared for and motivated by physicians and nurses, so they had more willpower and morale to perform diabetes self-management (Kanitha Srisawang, B.E. 2549). Generally, patient-provider communication makes the patients perceive that there is a good relationship between them and healthcare team members, and this can be a motivation for them to perform better diabetes self-management (Polzer, 2007).

Furthermore, it was found that age could negatively co-predict diabetes self-management ($b = -.063$, $t = -2.054$, $p < .05$). This means that younger patients had more diabetes self-management. This finding was consistent with the finding of Uden et al. (2008) who examined gender differences in healthcare, quality of life, quality of care, and metabolic control in patients with diabetes mellitus type 2 and found that females in late adulthood had less diabetes self-management than those in early adulthood. In addition, Gallagher et al. (2008) studied self-management in elderly patients with a chronic illness and found that patients with a high risk of poor self-management were those who were older. In the present study, the subjects were mature and capable adults who had been stricken with diabetes mellitus for one to six years, so they had gained some experience in self-care practices to control the disease. Age is generally one of the factors that affects the needs for self-care practices, self-care efficacy, and restrictions in self-care, and have a close relationship with behavioral characteristics of the patients (Orem, 1985, cited in Piyapan Tianthong, B.E. 2540). Younger patients may have stronger physique and better health, as well as more self-care efficacy. Put another way, younger patients may not have physical limitations that may affect their ability to perform diabetes self-management. Therefore, younger patients are better able to manage their diabetes than those who are older. For this reason, it was found in this study that age had an effect on diabetes self-management.

With regard to gender, the findings showed that gender could not predict diabetes self-management of patients with diabetes mellitus type 2. Likewise, Skulpant (1992) found that gender was not associated with self-care behaviors. The finding of the present study could be explained that most of the subjects (67.1%), either male or female, were able to take care of themselves, did not suffer from any complications, and had been living with diabetes for only one to six years. As a consequence, they were not bored to perform diabetes self-management (Coleman et al., 2005). There may also be other factors that play a role, so gender could not predict diabetes self-management of the patients.

When considering family support, it was discovered that family support could not predict diabetes self-management. However, such finding was contradictory to the finding of previous studies that family support was a factor that had an influence on diabetes self-management. For example, Gallant et al. (2003) investigated factors influencing self-management of chronic patients and reported that social support had an influence on self-management of patients with a chronic illness. Likewise, Phantila Itharat (B.E. 2541) explored factors associated with self-care of elderly patients with type 2 diabetes at a community hospital and found that family support could predict self-care of elderly patients with diabetes mellitus type 2 with statistical significance at .01 level. Both of the studies were conducted with elderly patients, so they were different from the present study in which most of the subjects were still in their working age, were healthy, and did not suffer from any complications. It was also noticeable that most of the subjects lived in a nuclear family, and that there were more females than males. This may have indicated that most of the subjects were leaders of the family or they may be members of the family who were housewives, so their role in the family made them become the person their family members had to rely on. Even though they may have been in their working age, they did not need to depend on others for their own self-management. Although patients are generally able to take care of themselves and play an important role in the family, they still need to depend on family support. This is because family support gives them motivation and encouragement to carry on when they have to live with a chronic illness that requires constant control for the rest of their life, so the patient may feel desperate or lose their willpower (Coleman et al. 2005). For this reason, love, support, and care from family

members including children and spouse are important for the patients to continue living their life.

The findings of the present study could be used as a guideline in provision of care to patients with diabetes mellitus type 2 who are in their adulthood. Simply put, care provided to patients needs to take patients' demographic characteristics, especially their age, into consideration. In addition, patients should be encouraged to develop self-efficacy to perform diabetes self-management. Also, physicians and nurses should give significance to patients during the treatment by being friendly and attentive as well as allowing the patients to take part in the treatment process. They should give beneficial and practical information and advice to the patients using the language that is easy to understand. This should encourage patients to develop diabetes self-management, hence better control of diabetes and better prevention of possible diabetic complications. In the present study, the study subjects were patients with type 2 diabetes mellitus who were mostly in their late adulthood. They were physically healthy and did not suffer from any diabetic complications. Therefore, the study findings may not be generalizable to other groups of diabetic population who are elderly, who have other co-morbidities, and who have already developed diabetic complications.

Recommendations

For nursing practices

The findings showed that self-efficacy, patient-provider communication, and age have an influence on diabetes self-management. Therefore, care activities or programs should be developed to promote diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2. In addition, communication between patients and healthcare team members should be enhanced, and age of the patients should be taken into account when providing care to patients so as to ensure appropriateness and effectiveness of diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2.

For nursing research

1. Qualitative research should be conducted among patients with diabetes mellitus type 2 who have no complications and those who have complications, for

instance, to gather more in-depth information that can be used to more directly promote diabetes self-management among patients with diabetes mellitus type 2.

2. Studies should also be carried out to determine the effectiveness of a program or activity to promote self-efficacy and patient-provider communication to enable patients with diabetes mellitus type 2 to more effectively develop and perform diabetes self-management.



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). โรคเบาหวาน. Retrive May 6, 2009 from www.moph.go.th
- เกตุริย์ พันธุ์เจียน. (2549). พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขนิษฐา ศรีสว่าง. (2549). การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่าง: การศึกษาแบบกรณีศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทนา แสงเพชร. (2549). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานบริการแบบเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง. (2544). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ชนาธิป ศรีพรหม. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ญาณี แสงสาย. (2551). การควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บ้านคำกลาง ตำบลฝาคำ อำเภอสิรินคร จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ณุกาวิ ณะฤทธิ์. (2007). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทพ หิมะทองคำ. (2545). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. ในรัชตะ รัชตะนาวัน และธิดา นิงสานนท์. (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรญา วชิรเมธาวิ. (2550). ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นริรัตน์ วิทยาคณ. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. ลำปางเวชสาร, 24(3), 147-155.
- ปิยะพรรณ เทียนทอง. (2540). ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรินทร์ พันจรรยา. (2543). การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคประจำตัว ประสิทธิภาพการมีอาหารเหนี่ยวยาล่า กลยุทธ์ในการจัดการอาหารเหนี่ยวยาล่า การสนับสนุนจากครอบครัวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พินทอง รัตนภูษงค์. (2550). การดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กัญทิลา อธิรัตน์. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 21(3), 22-31.
- มยุรา อินทรบุตรและเบญจา มุกตพันธ์. (2007). การรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2. ศรีนครินทร์เวชสาร, 22(3), 283-290.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธ์ บุญยรัตน์พันธ์ และคณะ. (2549). โรคเบาหวานในคนไทย. Retrieve May 24, 2009 from www.hiso.or.th

- รัตนา ลำราญใจ. (2541). *สัมพันธภาพในครอบครัวและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือนในหน่วยทหารเรือ พื้นที่ลัดทึบ จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี โชติมงคล. (2541). *รายงานการวิจัยพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลักขณา ลอยเจริญ. (2548). *ความเป็นไปได้ในการใช้สื่อส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความรู้และปรับปรุงพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้เป็นเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภณ วงศถาวรวัฒน์. (2548). โรคเบาหวาน. ใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ). *Evidence-based clinical practice guideline ทางอายุรกรรม 2548*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภณ วงศถาวรวัฒน์. (2546). โรคเบาหวาน. ใน วิทยา ศรีมาดา และ ธาณินทร์ อินทรกำธรชัย (บรรณาธิการ). *Evidence-based clinical practice guideline ทางอายุรกรรม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภรณ์ หนู่มศรี. (2549). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชรภรณ์ สุริยาภรณ์. (2549). *สถิติสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพเล่ม 1*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรภรณ์ สุริยาภรณ์. (2549). *สถิติสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพเล่ม 2*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณิ นิธิยานันท์. (2547). สมบูรณ์ คุณาธิคม และ ปรียานุช แยมวงษ์ (บรรณาธิการ). *เวชปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- วิกรม สุธีเวสารัช. (2004). การควบคุมเบาหวาน การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะและเบาหวานเข้าจอประสาทตาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 19(4), 226-252.

- วินธนา กุศิริ. (2546). การดูแลตนเองด้านโภชนาการและภาวะสุขภาพ กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. รายงานการค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และ อรทัย โสมนรินทร์. (2540). รายงานการวิจัยการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเอดส์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริ เชื้อชาญวิทย์, ชัยยุทธ เจริญธรรม และเกษร นิมพลี (บรรณาธิการ). (2547). *อายุรศาสตร์ประยุกต์ เล่ม 2*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์
- ศิริมา ลีละวงศ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการสูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร ปาละมะ. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำปาง. รายงานการค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. (2552). สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน. โรงพยาบาลระนอง.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร (2552). สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง.
- ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. (2550). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ. Retrieve Jun 6, 2009 from www.thaincinfo.com
- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2543). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พ.ศ. 2543*.
- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551*. Retrieve May 26, 2009 from http://www.thaiendocrine.org/news_file/news_file_486.pdf
- สมาคมโรคเบาหวาน. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551*. Retrieve May 26, 2009 from http://www.diabassoc.thai.org/file_attach/31Oct200817-Attachfile1225433537.pdf
- สิริลักษณ์ สุพรรณกุล. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุทิน ศรีอัฐาพร & วรรณิ นิธิยานันท์. (2548). *โรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุพรรณิ ศรีกังพาน. (2550). การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรในพื้นที่: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลตำบลพันดอน อำเภอกุมภวาปี จังหวัด

อุดรธานี. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุริยาภรณ์ อินทกริมย์, ขวพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และทัศนาศูววรรณปะกรณ์. (2550). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาล*, 35(4), 46-56.

สุนทรา หิรัญวรรณ. (2538). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2545). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2545). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.

สมบัติ ไชยวัฒน์, ยุพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาสุขะ, ทิพนพร วงศ์หงส์กุล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 27, 29-39.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). ข้อมูลและสถิติ. Retrieve May 26, 2009 from <http://bps.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>

อินทราพร พรหมปรการ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุไร ขลุ่ยนาถ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

Abdulhadi, N., Shafae, M.A., Freudenthal, S., Ostenson, C.G., & Wahlstrom, R. (2007). Patient-provider interaction from the perspective of type2 diabetes patients in Muscat, Oman: a qualitative study. *BMC Health Service Research*, 7, 162-172.

Aikens, J.E., Bingham, R., & Piette, J.D. (2005). Patient-provider communication and self-care behavior among type2diabetes patients. *The Diabetes Educator*, 31(5), 681-690.

- American Diabetic Associate. (2008). Executive summary: Standards of Medical Care in Diabetes 2008. *Diabetes Care*, 31(1), s5-s11.
- American Diabetic Associate. (2004). Preventive foot care in diabetes. *Diabetes Care*, 27(1), s63-s64.
- American Diabetic Associate. (2008). Standards of Medical Care in Diabetes 2008. *Diabetes Care*, 31(1), s12-s44.
- Anderson, B.J. (2003). Diabetes self-care: Lessons from research on the family and broader contexts. *Current Diabetes Reports*, 3, 134-140.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. NY: W.H. Freeman and company.
- Barbara, A.G., Charles, W.G., & Sharon, K. (2001). Family support in advance cancer. *CA Cancer Journal Clinic*, 51, 213-231.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187.
- Bastiaens, H., Sunaert, P., Wens, J., Sabbe, B., Jenkins, L., Nobel, F., et al. (2009). *Supporting diabetes self-management in primary care: Pilot-study of a group-base programe focusing on diet and exercise*. Retrive June 24, 2009 from <http://www.elsevier.com/locate/pcd>
- Berardis, G.D., Pellegrini, F., Franciosi, M., Belfiglio, M., Nardo, B.D., Greenfield, S., et al. (2005). Are type 2 diabetes patients offered adequate foot care?: The role of physician and patient characteristics. *Journal of Diabetes and Its Complication*, 19, 319-327.
- Bernal, H., Woolley, S., Schensul, J.J., & Dickinson, J.K. (2000). Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. *The Diabetes Educator*, 26(4), 673-680.
- Best, J.W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). NJ: Prentice-Hall.
- Betz, N.E., & Hackett, G. (2006). Career self-efficacy theory: Back to the future. *Journal of Career Assessment*, 14(1), 3-11.
- Beziaud, F., Halimi, J.M., Lecomte, P., Vol, S., & Tichet, J. (2004). Cigarette smoking and diabetes. *Diabetes Metabolic*, 30, 161-166.

- Bodenheimer, T., Wagner, E.H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *American Medical Association*, 288(14), 1775-1779.
- Boldy, D., & Silfo, E. (2006). Chronic disease self-management by people from lower socio-economic background: Action planning and impact. *Journal of Integrate Care*, 14(4), 19-25.
- Brassard, P., Ferland, A., Bogaty, P., Desmeules, M., Jobin, J., & Poirier, P. (2006). Influence of glycemic control on pulmonary function and heart rate in response to exercise in subjects with type 2 diabetes mellitus. *Metabolism Clinical and Experimental*, 55, 1532-1537.
- Carbone, E.T., Rosal, M.C., Torres, M.I., Goins, K.V., & Bermudez, O.I. (2007). Diabetes self-management: Perspective of Latino patients and their health care provider. *Patient Education and Counseling*, 66, 202-210.
- Catharine, H.J-B, Lewis, M.A., & Garg, S. (2002). Self-efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with type 1 diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 64, 43-51.
- Chesla, C.A., Fisher, L., Skaff, M.M., Mullan, J.T., Gilliss, C.L., & Kanter, R. (2003). Family predictors of disease management over one year in Latino and European American patient with type 2 diabetes. *Family Process*, 42(3), 375-390.
- Chifumi, K., Modori, M., Akiko, C., Tomoko, N., Chinami, A., Junko, S., et al. (2006). Analysis of factors influencing self-management behavior of the patient with ischemic heart disease after coronary intervention-focused on family relationship and psychological aspect. *Journal of Japanese Society of Nursing Resease*, 29(4), 33-40.
- Ciechanowski, P.S., Katon, W.J., Russo, J.E., & Walker, E.A. (2001). The patient-provider relationship: Attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *American Journal Psychiatry*, 158, 29-35.
- Clement, S. (1995). Diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 18(12), 1204-1214.
- Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. Retrieve June26, 2009 from www.psychomaticmedicine.org/cgi/content/short/3/5/300
- Cohen, S., & Mckay, G. (1984). In Baum A., Taylor S.E., Singer J.E.(Eds.). *Handbook of Psychology and Health*. NJ: Hillsdale.
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985). *Social support and health*. San Francisco: Academic Press.

- Coleman, M.T., & Newton, K.S. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72, 1503-1510.
- Cutrona, C.E., & Russell, D.W.(1990).*Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching*.In Sarason B.R., Sarason I.G. & Pierce G.P. (Eds.), *Social support: An interactional view*. NY: John Wiley & sons.
- Dam van, H.A., Van der, F.H., Van den, B.B., Ryckman, R., & Crebolder, H. (2002). Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcome. A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 51, 17-28.
- Debra, H-J., Glasgow, R.E., & Tibbs, T.L. (1999). Smoking and diabetes. *Diabetes Care*, 22(11), 1887-1898.
- Decoste, K.C., & Scott, L.K. (2004). Diabetes update. *AAOHN Journal*, 52(8), 344-355.
- Dulmen, A.M.V. (2002). Different perspectives of doctor and patient in communication. *Internal Congress Series*, 1241, 243-248.
- Dulmen, A.M., Verhaak, P.F.M., & Bilo, H.J.G. (1997). Shifts in doctor-patient communication during a series of outpatient consultations in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 30, 227-237.
- Esper, A.M., Moss, M., & Martin, G.S. (2009). *The effect of diabetes mellitus on organ dysfunction with sepsis: an epidemiological study*. Retrieve Feb 13, 2009 from <http://ccforum.com/content/13/1/R18>
- Feltz-cornelis, C.M.V.D., Oppen, P.V., Marwijk, H.W.J.V., Beurs, E.D., & Dyck, R.V. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire(PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry*, 26, 115-120.
- Fisher, L., Chesla, C.A., Skaff, M.M., Gilliss, C., Mullan, J.T., Bartz, R.J., et al. (2000). The family and disease management in Hispanic and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23(3), 267-272.
- Gallagher, R., Donoghue, J., Chenoweth, L., & Stein-Parbury, J. (2008). Self-management in older patients with chronic illness. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 373-382.
- Gallant, M.P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170-195.

- Glasgow, R.E., Strycker, L.A., & Toobert, D.J. (2000). A social-ecology approach to assessing support for disease self-management: The chronic illness resources survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(6), 559-582.
- Gottlieb, BH. (1985). Social support and the study of personal relationship. *Journal of Social and Personal Relationship*, 2, 351-375.
- Gorawara-Bhat, R., Huang, E.S., & Chin, M.H. (2008). Communicating with older diabetes patients: Self-management and social comparison. *Patient Education and Counseling*, 72, 411-417.
- Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 157-165.
- Gregorg, R.P., Babara, R.S., & Irwin, G.S. (1996). *Handbook of social support and the family*. NY: Plenum.
- Gulliford, M.C., & Mahabir, D. (2002). Diabetic foot disease and foot care in a Caribbean community. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 56, 35-40.
- Harris, M.A., et al. (2000). Validation of a structured interview for the assessment of diabetes self-management. *Diabetes Care*, 23(9), 1301-1304.
- Heisler, M.H., Bouknight, R.R., Hayward, R.A., Smith, D.M., & Kerr, E.A. (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med*, 17, 243-252.
- Heo, S., Moser, D.K., Lennie, T.A., Riegel, B., & Chung, M.L. (2008). Gender differences in and factors relate to self-care behaviors: A cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *International Journal of Nursing Study*, 45, 1807-1815.
- Hess, M.L. (1999). *Heart Disease in Primary Care*. Pennsylvania: Williams & Wilkins.
- Holzapfel, N., Lowe, B., Wild, B., Schellberg, D., Zugck, C., Remppis, A., et al. (2008). *Self-care and depression in patients with chronic heart failure*. Retrieve January 10, 2009 from <http://www.heartandlung.org>.
- Hopkin, D. (2004). Exercise-induced and other daytime hypoglycemia events in patients with diabetes: prevention and treatment. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 65s, S35-S39.

- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Retrieve January 10,2009 from <http://www.isss.org/lumLVB.htm>
- House, J.S., Umberson, D., & Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Reviews*, 14, 293-318.
- House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). *Social relationships and health*. Retrieve April 23, 2009 from www.sciencemag.org
- Hyrkas, K., Appeqvist-schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 619-625.
- Iannotti, R.J., Schneider, S., Nansel, T.R., Haynie, D.L., Plotnick, L.P., Clark, L.M., et al. (2006). Self-efficacy, outcome expectations, and diabetes self-management in adolescents with type 1 diabetes. *Journal Development Behavior Pediatric*, 27(2), 98-105.
- Johnston-brooks, C.H., Lewis, M.A., & Garg, S. (2002). Self-efficacy impact self care and HbA1c in young adults with type1 diabetes. *Psychomatic Medicine*, 64, 43-51.
- Jovicic, A., Holroyd-leduc, J.M., & Straus, S.E. (2006). Effect of self-management intervention on health outcome of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trial. *BMC Cardiovascular*, 6, 43.
- Kara, M., Bijl, J.J.V.D., Shortridge-Baggett, L.M., Asti, T., & Erguney, S. (2006). Cross-cultural adaptation of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus: Scale development. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 611-621.
- Kokanovic, R., & Manderson, L. (2006). Social support and self-management of type2diabetes among immigrant Australian women. *Chronic Illness*, 2, 291-301.
- Langford, A.T., Gioimo, S., Sawyer, D.R., Brownson, C.A., & O'toole, M.L. (2007). *Patient-Centered goal setting as a tool to improve diabetes self-management*. Retrieve March25, 2009 from <http://tde.sagepub.com>
- Larocco, J.M., House, J.S., & French, J.R.P. (1980). Social support occupational stress and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 202-218.

- Lauric, R., Russell, G., Janet, D., Joseph, R.S., Janes, P., Tracy, O.C., et al. (1997). Diabetes self-management: Self-reported recommendation and patterns in a large population. *Diabetes Care*, 20(4), 568-576.
- Leymarie, F., Richard, J.L., & Malgrange, D. (2005). Factors associated with diabetic patients at high risk for foot ulceration. *Diabetes Metab*, 31, 603-605.
- Lin, C-C., Anderson, R.M., Hagerty, B.M., & Lee B-O. (2008). Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in Association with Journal of Clinical Nursing*, 17(5a), 34-42.
- Marks, R., & Shive, S.E. (2008). Ethics and patient-provider communication. *Health Promotion Practice*, 9(1), 29-33.
- Matthews, S.M., & Peden, A.R., Rowles, G.D. (2009). Patient- provider communication : Understanding diabetes management among adult females. *Patient education and Counseling*, 76, 31-37.
- Mccollum, M., Hansen, L.B., Lu, L., & Sullivan, P.W. (2005). Gender differences in diabetes mellitus and effects on self-care activity. *Gender Medicine*, 2(4), 246-254.
- Misra, R., & Lager, J. (2009). Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control and quality of life among adult type 2 diabetic patients. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 23, 54-64.
- Moran, J., Bekker, H., & Latchford, G. (2008). Everyday use of patient-centred, motivational techniques in routine consultations between doctors and patients with diabetes. *Patient Education and Counseling*, 73, 224-231.
- Morrow, A.S., Haidet, P., Skinner, J., & Naik, A.D. (2008). Integrating diabetes self-management with the health goals of older adult: A qualitative exploration. *Patient Education and Counseling*, 72, 418-423.
- Muhlhauser, I., Sawicki, P., & Berger, M. (1986). Cigarette-smoking as a risk factor for macroproteinuria and proliferative retinopathy in type 1(Insulin-dependent) diabetes. *Diabetologia*, 29, 500-502.
- Nagelkerk, J., Reick, K., & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advance Nursing*, 54(2), 151-158.

- Nation Institutes of Health. (2008). *Prevent diabetes problems: Keep your feet and skin healthy*.
Retrive April 15, 2009 from www.diabetes.niddk.nih.gov
- Navuluri, R.B. (2000). Gender differences in the factors related to physical activity among adults with diabetes. *Nursing and Health Sciences*, 2, 191-199.
- Nilsson, P.M., Gudbjornsdottir, S., Eliasson, B., & Cederholm, J. (2004). Smoking is associated with increased HbA1c values and microalbuminuria in patients with diabetes data from the national diabetes register in Sweden. *Diabetes Metab*, 30, 261-268.
- Norris, S.L., Nichols, P.J., Casperson, C.J., Glasgow, R.E., Engelgev, M.M., Jack, L., Jr., et al. (2001). Increasing diabetes self-management education in community settings: A systemic review. *Am J Prev Med*, 22(45), 39-66.
- Ong, L.M.L., Dehaes, J.C.J.M., Hoos, A.M., & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc.Sci. Med*, 40(7), 903-918.
- Parchman, M.L., Flannagan, D., Ferrer, R.L., & Matamoras, M. (2009). *Communication competence, self-care behaviors and glucose control in patients with type2diabetes*.
Retrieve June 22, 2009 from www.elsevier.com/locate/pateducou
- Pataky, Z., & Vischer, U. (2007). Diabetic foot disease in the elderly. *Diabetes & Metabolism*, 33, s56-s65.
- Piette, J.D., Schillinger, D., Potter, M.B., & Heisler, M. (2003). Dimension of patient-provider communication and diabetes self-care in an ethnically diverse population. *J Intern Med*, 18, 624-633.
- Polit, D.F., & Back, C.T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*29, 489-497.
- Polit, D.F., & Back, C.T. (2008). *Nursing research* (8th ed). Lippincott williams & wilkins: Philadelphia.
- Polzer, R.L. (2007). African Americans and diabetes: Spiritual role of the health care provider in self-management. *Research in Nursing & Health*, 30, 164-174.
- Radzeviciene, L., & Ostrauskas, R. (2009). Smoking habits and the risk of type2 diabetes: A case control study. *Diabetes & Metabolism*, 35, 192-197.
- Redman, B.K. (2007). Responsibility for control: Ethics of patient preparation for self-management of chronic disease. *Journal of Compilation*, 21(5), 243-250.

- Reifsteck, S.W., & Book, L. (2004). *Patient action: Self-management for the patient with diabetes*. Retrive May2, 2009 from www.AAACN.org
- Roglic, G., Unwin, N., Bennett, P.H., Mathers, C., Tuomilehto, J., Nag, S., et al. (2005). The burden of mortality attributable to diabetes. *Diabetea Care*, 28, 2130-2135.
- Sarkar, U., Piette, J.D., Gonzales, R., Lessler, D., Chew, L.D., Reilly, B., et al. (2008). Preferences for self-management support: Findings from a survey of diabetes patients in safety-net health systems. *Patient Education and Counseling*, 70, 102-110.
- Sato, Y., Nagasaki, M., Kubota, M., Uno, T., & Nakai. (2007). Clinical aspects of physical exercise for diabetes/metabolic syndrome. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 77s, S87-S91.
- Schaefer, C. et al. (1981). The health-relate function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-405.
- Schilling, L.S., Grey, M., & Knafl, K. (2002). The concept of self-management of type1diabetes in children and adolescents: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advance Nursing*, 37(1), 87-99.
- Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., & Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, 52, 315-323.
- Seeman, T., et al. (1998). Social support & Social conflict section one social support. Retrieve March2, 2009 from [http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi52.exe/\[in=book1.par\]/](http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi52.exe/[in=book1.par]/)
- Sheri, R.C. (2006). The impact of exercise on insulin action in type 2 diabetes mellitus: Relationship to prevention and control. *Insulin*, 1(3), 85-98.
- Sherman, J.J. (2005). The impact of smoking and quitting smoking on patient with diabetes. *Diabetes Spectrum*, 18(4), 202-208.
- Singh, N., Armstrong, D.G., & Lipsky, B.A. (2005). Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA*, 293, 217-228.
- Silver, B., & Kay, D. (2009). *A model for improving patient-provider communication in diabetes care*. Retrieve March2, 2009 from www.diabeteseducator.org.

- Skinner, T.C., John, M., & Hampson, S.E. (2000). Social support and personal model of diabetes as predictors of self-care and well-being: A longitudinal study of adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(4), 257-267.
- Skulpant, N. (1992). *The relationship between social support, related factor and self care behavior of the diabetic patient*. Retrieve Aug 19,2009 from [http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/\[in=book1.par\]](http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book1.par])/
- Speer, E.M., Reddy, S., Lommel, T.S., Fischer, J.G., Heather, S., Park, S., & Johnson, M.A. (2008). Diabetes self-management behaviors and A1c improved following a community-based intervention in older adults in georgia senior centers. *Journal Nurse Elderly*, 27(1-2), 179-200.
- Sprague, M.A., Sbultz, J.A., & Branen, L.J. (2006). Understanding patient experiences with goal setting for diabetes self-management after diabetes education. *Family Community Health*, 29(4), 245-255.
- Stanford patient education research center. (2004). *Self efficacy for diabetes*. Retrieve May26, 2009 from <http://patient education.stanford.edu>
- Stenstrom, Ulf., & Anderson, P-O. (2000). Smoking, Blood glucose control and locus of control beliefs in people with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes research and Clinical Practice*, 50, 103-107.
- Steptoe, A., & Brydon, L. (2009). Emotional triggering of cardiac events. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 33, 63-70.
- Stewart, M., Brown, J.B., & Weston, W.W. (1989). Patient-centred interviewing part 3: Five provocative question. *Canada Family Physician*, 35, 159-161.
- Street, R.L., Jr., Makoul, G., Arora, N.K., & Epstein, R.M. (2009). How does communication heel? Pathways linking clinical-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 295-301.
- Street, R.L., Jr, Gordon H., & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor?. *Social Science & Medicine*, 65, 586-598.
- Sullivan-bolyai, S. (2008). Familias Apoyadas: Latino families supporting each other for diabetes care. *Journal of Pediatric Nursing*, 1-16.

- Taylor, K. (2007). *Social support*. Retrieve March 2, 2009 from http://en.wikipedia.org/wiki/social_support.
- Taylor, M.G., & Lynch, S.M. (2004). Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *Journal of Gerontology*, 59B(4), S238-S246.
- Tonstad, S. (2009). Cigarette smoking, smoking cessation and diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 85, 4-13.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, Methodological, and Theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Thedford, K. (2004). Setting goal and empowering lifestyle modification. *Journal of the American Diabetic Association*, 104, 559.
- Toljamo, M., & Hentinen, M., (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 618-627.
- Toobert, D.J., Hampson, S.E., & Glasgow, R.E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure. *Diabetes Care*, 23, 943-950.
- Trief, P.M., Teresi, J.A., Eimicke, P.J., Shea, S., & Weinstock, R.S. (2009). Improvement in diabetes self-efficacy and glycaemic control using telemedicine in a sample of older, ethnically diverse individuals who have diabetes: The IDEATel project. *Age and Ageing*, 38, 219-225.
- Unden, A-L., Elofsson, S., Ander nnnnnn, A., Hillered, E.BA., Erikson, I.BA., & Brismar, K. (2008). Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care, and metabolic control in patient with diabetes. *Gender Medicine*, 5(2), 162-180.
- Unachukwu, C., Babatunde, S. & Ihekwa, A.E. (2007). Diabetes, hand and/or foot ulcer: A cross-sectional hospital-base study in Port Harcourt, Nigeria. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 75, 148-152.
- Van Dam, H.A., Van Der, F.H., & Van Den, B.B. (2003). Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcome a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 51, 17-28.

- Van der, B.J., Poelgeest-Eeltink, A.V., & Shortridge-Baggett L. (1999). The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type2diabetes mellitus. *Journal of Advance Nursing*, 30(2), 352-359.
- Warsi, A.BA, Wang, P.S., Lavalley, M.P., Avorn, J., & Solomon, D.H. (2004). Self management education programs in chronic disease. *Arch intern med*, 164, 1641-1649.
- Weijman, I., Ros, W.J.G., Rutten, G.E.H.M., Schaufei, W.B., Schabracq, M.J., & Winnubst, J.A.M. (2005). Frequency and perceived burden of diabetes self-management activities in employees with insulin-treated diabetes: relationships with health outcomes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 68, 56-64.
- Weiler, D.M., & Crist, J.D. (2007). Diabetes self-management in the migrant latino population. *Hispanic Health Care International*, 5(1), 27-33.
- Wen, C.P., Cheng, T.Y.D., Tsai, S.P., Hsu, H.L., Chan, H.T., & Hsu, C.C. (2006). Exploring the relationship between diabetes and smoking: With the development of “glucose equivalent” concept for diabetes management. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 73, 70-76.
- Wens, LK., Shepherd, & Parchman, ML. (2005). Family support diet and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Education*, 30(6), 980-993.
- Wens, J., Vermeire, E., Royen, P.V., Sabbe, B., & Denekens, J. (2005). GP’perspectives of type2 diabetes mellitus patients’adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Family Practice*, 6(20), 1-10.
- White, J.M., & Klein, D.M. (2008). *Family theories* 3rd ed. Sage publication: California.
- Whittemore, R., D’Eramo, G.M., & Grey, M. (2005). Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 195-203.
- WHO. (2009). Country and regional data: World. Retrieve June24, 2009 from http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index1.html
- Wieman, T.J. (2005). Principles of management: the diabetic foot. *The American Journal of Surgery*, 190, 295-299.
- Wilde, M.H., & Garvin, S. (2007). A concept analysis of self-mornitoring. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 339-350.

- Will, J.C., Galuska, D.A., Ford, E.S., Mokdad, A., & Calle, E.E. (2001). Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 30, 540-546.
- Wong, M.B.A., Gucciardi, E., Li L., & Grace, S. (2005). Gender and nutrition management in type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes Practice and Research*, 60(4), 215-220.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and Families*. F.A.davis: Philadelphia.
- Wu S-F, V., Courtney, M., Edwards, H., Mcdowell, J., Shortridge-Baggett, L.M., & Chang, P-J. (2008). Development and validation of the Chinese version of the diabetes management self-efficacy scale. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 534-542.
- Wynd, C.A., Schmidt, B., & Schaefer, M.A. (2003). Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western Journal of Nursing Research*, 25(5), 508-518.
- Xu, Y., Toeber, D., Savage, C., Wei Pan, & Whitmer, K., (2008). Factor influencing diabetes self-management in chinese people with type 2 diabetes. *Research in Nursing & Health*, 31, 613-625.
- Zgibor, J.C., Songer, T.J., Kelsey, S.F., Drash, A.L., & Orchard, T.J. (2002). Influence of health care providers on the development of diabetes complications. *Diabetes Care*, 25, 1584-1590.



ภาคผนวก ก
แบบสัมภาษณ์การวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน ขอให้ท่านโปรดพิจารณาคำถาม และตอบคำถามข้อที่ตรงกับตัวท่านตามสภาพความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย หย่า แยกกันอยู่
4. อาชีพ () รับราชการ/พนักงานของรัฐ () รัฐวิสาหกิจ
 () รับจ้าง () ค้าขาย /ธุรกิจส่วนตัว
 () ทำนา ทำสวน ทำไร่ /เลี้ยงสัตว์/ประมง () ไม่ได้ทำงาน
 () อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 () ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา () ปริญญาตรี
 () สูงกว่าปริญญาตรี () ไม่ได้ศึกษา
6. รายได้ของครอบครัว () ไม่เพียงพอ () เพียงพอ () เพียงพอมีเหลือเก็บ
7. ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน.....ปี
8. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ () ไม่สูบ () สูบ
9. ถ้าสูบบุหรี่ ท่านสูบบุหรี่วันละ.....มวน
10. ท่านดื่มสุราหรือไม่ () ไม่ดื่ม () ดื่ม
11. ครอบครัวที่ท่านอาศัยอยู่มีลักษณะครอบครัวเป็น
 () ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย พ่อ แม่ หรือลูก อาศัยอยู่ด้วยกัน
 ท่านอาศัยอยู่กับใครโปรดระบุ.....
 () ครอบครัวขยาย ประกอบด้วย พ่อ แม่ หรือลูก และญาติ เช่น ป้า น้า อา หลาน ปู่ ย่า ตา หรือ
 ยาย อาศัยอยู่ด้วยกัน
 ท่านอาศัยอยู่กับใครโปรดระบุ.....
 () อื่นๆ ระบุ(อยู่คนเดียว ,อยู่กับเพื่อน เป็นต้น).....

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์การวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของท่านทั้งในด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การสูบบุหรี่ และการดูแลเท้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาให้รอบคอบ แล้วตอบคำถามโดยทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	คะแนนความมั่นใจ
1. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถจัดการเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เช่น กินน้ำตาลหวาน อมลูกอม	ไม่มั่นใจเลย มั่นใจมากที่สุด 012345678910
2. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุมเบาหวานได้ด้วยตนเองแม้จะไม่มีบุคคลอื่นเช่น พ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง เป็นต้น เข้ามาช่วยเหลือหรือแนะนำ	ไม่มั่นใจเลย มั่นใจมากที่สุด 012345678910
3. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถตัดสินใจไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานได้	ไม่มั่นใจเลย มั่นใจมากที่สุด 012345678910
4. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถกินอาหารได้ครบทุกมื้อ โดยแต่ละมื้อห่างกันทุก 4-5 ชั่วโมง รวมทั้งอาหารมื้อเช้าได้ทุกวัน	ไม่มั่นใจเลย มั่นใจมากที่สุด 012345678910
5. . .	ไม่มั่นใจเลย มั่นใจมากที่สุด 012345678910
25. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถตรวจสอบรองเท้าก่อนใส่ทุกครั้งได้	ไม่มั่นใจเลย มั่นใจมากที่สุด 012345678910

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ต้องการทราบถึงความช่วยเหลือและการตอบสนอง รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่ท่านได้รับจากผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร พ่อ แม่ พี่น้อง หรือญาติที่ให้การช่วยเหลือ ตอบสนองความต้องการหรือมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือด้านอื่นๆ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาให้รอบคอบ แล้วตอบคำถามให้ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดย

- | | | |
|-------------|---------|---|
| มากที่สุด | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด |
| ค่อนข้างมาก | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด |
| ปานกลาง | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลางหรือเพียงครึ่งหนึ่ง |
| เล็กน้อย | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงเล็กน้อย |
| ไม่เคยเลย | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย |

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
1. สมาชิกในครอบครัวรักและให้ความห่วงใยท่าน					
2. สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพยกย่องและนับถือท่าน					
3. ท่านได้รับการเอาใจใส่ ปลอดภัย จากสมาชิกในครอบครัว					
4. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
20. สมาชิกในครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกันกับท่าน เช่น การออกกำลังกาย ไปเที่ยวระหว่างวันหยุด					

ภาคผนวก ง

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ต้องการทราบถึงการรับรู้กระบวนการส่งข่าวสาร ข้อมูลการดูแลรักษาระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในการจัดการโรคเบาหวาน ซึ่งเจ้าหน้าที่สุขภาพในที่นี้ หมายถึง แพทย์ พยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่

คำชี้แจง โปรดพิจารณาให้รอบคอบ แล้วตอบคำถามให้ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดย

- | | | |
|-------------|---------|---|
| มากที่สุด | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด |
| ค่อนข้างมาก | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด |
| ปานกลาง | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลางหรือเพียงครึ่งหนึ่ง |
| เล็กน้อย | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงเล็กน้อย |
| ไม่เคยเลย | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย |

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
1. แพทย์/พยาบาล ให้การต้อนรับท่านอย่างเป็นมิตร					
2. แพทย์/พยาบาล แนะนำตัวก่อนให้การรักษาพยาบาล					
3. แพทย์/พยาบาล มีความเห็นใจและเข้าใจท่าน					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
23.แพทย์/พยาบาล และท่านตัดสินใจในการรักษาร่วมกัน					

ภาคผนวก จ

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ต้องการทราบถึงการกระทำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสูบบุหรี่ และการดูแลเท้า ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (ถ้าในช่วง 7 วันที่ผ่านมาท่านมีการเจ็บป่วยที่ทำให้ท่านทำกิจกรรมการดูแลตนเองไม่ได้ ให้นึกย้อนหลังไปอีก 7 วันก่อนช่วงที่ท่านเจ็บป่วย)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาให้รอบคอบ แล้วตอบคำถามโดยวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่มากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ด้านการควบคุมอาหาร

1. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านกินอาหารปริมาณที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7 วัน

2. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านกินอาหารจุกจิบระหว่างมื้อ กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7 วัน

3. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หนังเป็ด หนังไก่ กะทิ อาหารผัด ทอด

ต่างๆ ไข่แดง หอยนางรม ปลาหมึก หรือผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันสูงที่มีส่วนผสมของนม เนย เช่น ขนมเค้ก ขนมปัง หรือคุกกี้ กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7 วัน

4.

5.

6.

7.

8.

ด้านการออกกำลังกาย

9. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีการออกแรงทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที เช่น ถูบ้าน
จนเหงื่อออก หรือทำสวน กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7 วัน

10.

ด้านการใช้ยา

11. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7 วัน

12.

13.

การสูบบุหรี่ (ถ้าท่านไม่สูบบุหรี่ข้ามไปทำข้อที่ 15)

14. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7 วัน

การดูแลเท้า

15. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านตรวจบริเวณซอกนิ้วและส่วนต่างๆของเท้า กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7 วัน

16.

17.

18. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านบริหารเท้าและขา กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7 วัน

ภาคผนวก ฉ
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่า จะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัว ของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุพาพร เพ็ชรอาวุธ

สถานที่วิจัย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุพรรณบุรีและโรงพยาบาลกะเปอร์

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสุพรรณบุรี อำเภอสุนทราราม จังหวัดระนอง 85120

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 089-5949135

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย การเกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นการควบคุมโรคเบาหวานไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเอง แต่การที่ผู้ป่วยจะสามารถจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้นั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของท่าน และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรม การจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ ซึ่งท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาหรือจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและไม่มีโรคหรือภาวะอื่นที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ไตวาย โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่ง

จะมีผู้เข้าร่วมวิจัยนี้จำนวน 88 ราย ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 45 นาที

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

- การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัยจำนวน 97 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ข้อคำถามประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน จำนวน 11 ข้อ พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานของท่าน จำนวน 18 ข้อ การรับรู้ความมั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของท่าน จำนวน 25 ข้อ การสนับสนุนจากครอบครัวในการจัดการโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ และการสื่อสารระหว่างท่านกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ จำนวน 23 ข้อ

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยการสัมภาษณ์ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด กับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หรืออาจทำให้ท่านเสียเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 40 นาที

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับกรวิจัยหรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถติดต่อหัวหน้าโครงการวิจัย คือ นางสาวสุภาพร เพ็ชรอาวุธ หมายเลขโทรศัพท์ 089-5949135 ได้ตลอดทั้งในและนอกเวลาราชการ ไม่เว้นวันหยุดราชการ

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ และท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายนอกเหนือไปจากค่ารักษาพยาบาลตามปกติ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ มหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลข โทรศัพท์ 02-4197466-80 ต่อ 1500,1503 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่าน สามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง“ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2”

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับคุณสุภาพร เพ็ชรอาวุธ หัวหน้าโครงการวิจัย ที่หมายเลขโทรศัพท์ 089 - 5949135 ได้ตลอดทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ไม่เว้นวันหยุดราชการ

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500,1503

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ

การบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่.....

(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ

.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....

(.....)

ภาคผนวก ข



COA.No.MU-IRB/C 2009/ 18.2411

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing)

Title of Project: FACTORS PREDICTING DIABETES SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR AMONG PATIENT WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Project Number: MU-IRB/C 2009/ 28.0610

Principle Investigator: Miss Supaporn Phetarvut

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) MU-IRB/C Submission form version 20 November 2009
- 2) Participant Information sheet version 20 November 2009
- 3) Consent form version 20 November 2009
- 4) Questionnaire version 17 November 2009

Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 24 November 2009

Date of Expiration: 24 November 2010

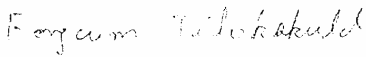
Signature of Chair:



(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing



(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

Office of Institutional Review Board panel C (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing, 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 11503

ภาคผนวก ณ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ของแบบ
สัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจาก
ครอบครัว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

1. นายแพทย์อภิชาติ ชฎอนันต์
นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม
แพทย์ประจำโรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. รองศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ
อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์
งานการพยาบาลเวชศาสตร์ทั่วไปและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	นางสาวสุภาพร เพ็ชรอาวุธ
วัน เดือน ปี เกิด	24 กุมภาพันธ์ 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดระนอง
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, สุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2540 - 2545 พยาบาลศาสตรบัณฑิต การพยาบาลและการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550 - 2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
สถานที่ทำงาน	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุขสำราญ จังหวัดระนอง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ที่อยู่	โรงพยาบาลสุขสำราญ ตำบลกำพวน อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง 85120 Email: sp_suksumran@hotmail.com โทรศัพท์ : 089 - 5949135