ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ชุมชนคลองตำหรุ ตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

Factors associated with behaviors for preventing hyperglycemia among elderly diabetic patients who cannot control their blood sugar levels in Khlong Tamru Community, Mueang District, Chonburi Province.

(Received: April 15,2026 ; Revised: April 21,2026 ; Accepted: April 26,2026)

ณัฐกานต์ ตัวสะอาด[1] **สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล**[2]
Nadtakarn Tuasaart[1] **Supaporn Tantinantrakun**[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 103 คน เครื่องมือในการวิจัย แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า เพศ และปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <.01 ส่วนปัจจัยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <.05

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง; ผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงอายุ

Abstract

This study was survey research aimed to examine factors associated with hyperglycemia prevention behaviors among elderly diabetic patients with uncontrolled glycemic levels. A sample of 103 participants was selected using a simple random sampling technique. The research instruments included a personal information interview form, the Health Belief Model questionnaire, and a hyperglycemia prevention behavior assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results revealed that gender and perceived severity were significantly and positively correlated with health behaviors at the p < .0 1 level. Additionally, fasting blood sugar (FBS) levels, duration of diabetes, presence of complications, and perceived benefits showed significant positive correlations with health behaviors at the p < .05 level.

Keyword: Health Belief Model: Hyperglycemia Prevention Behaviors: Elderly Diabetic Patients: Type 2 Diabetes Mellitus

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป แต่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุซึ่งอาจถูกวินิจฉัยตั้งแต่วัยกลางคน ความชุกโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 23[1] ใน ปี พ.ศ 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคน และ

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา Corresponding author: Supaporn Tantinantrakun E-mail: supaporn.ta@skru.ac.th

คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน ภายใน ปี 2573[2] และพบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ 2566-2564 จำนวน 427,510 คน 206,376 คน และ 233,802 คน ตามลำดับ ในทำนองเดียวกันจังหวัดชลบุรี พบผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ปี พ.ศ 2566-2564 จำนวน 87,380 คน 40,099 คน และ 41,408 คน ตามลำดับ[3] ชุมชนคลองตำหรุเป็นชุมชนหนึ่งในจังหวัดชลบุรี พบผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน ปี พ.ศ 2566-2564 จำนวน 370, 350 และ 338 ตามลำดับ และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 140, 133 และ 102 ตามลำดับ[4] จากสถิติข้างต้น พบว่า จำนวนผู้ป่วยมีอัตราการเพิ่มขึ้นเป็นคู่ขนานไปในทิศทางเดียวกันกับปี พ.ศ ที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มตาม อายุและความเสื่อมถอยของร่างกาย เป้าหมายการรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ[5]

จากการทบทวนภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นอันตรายของโรคเบาหวาน คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หากไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง เบาหวานขึ้นตา และโรคหลอดเลือดสมองได้[6] และในระยะเวลานานๆ จะนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแข็ง (arthrosclerosis) ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา ซึ่งแนวทางการรักษาคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ด้านอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียดและพฤติกรรมการรับประทานยา[5]

ปัจจุบันนี้มีผู้สนใจ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยเบาหวานอย่างกว้างขวาง ส่วนมากจะมุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้ใหญ่ช่วงอายุ 35-59 ปี แต่ยังพบจำนวนไม่มากนักในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน สามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม จำเป็นจะต้องเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หลักการที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[7] ซึ่งอธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพื่อการตัดสินใจของบุคคลในด้านปัจจัยต่าง ๆ ในการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ประกอบด้วย ด้านอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด และการรับประทานยา การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[7] มาประยุกต์ใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ทราบถึง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ชุมชนคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลที่รับผิดชอบในพื้นที่ มีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อเป็นแนวทางการในการพัฒนาบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้เหมาะสมเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รวมทั้งผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มอื่น ๆ ตลอดจนพัฒนาผลงานด้านวิชาการและวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ชุมชนคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพ[7] มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ในช่วงเดือน สิงหาคมถึงกันยายน 2568

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ย้อนหลัง 3 เดือน มากกว่า 240 mg/dL มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่ ตุลาคม 2563 ถึงตุลาคม 2567 จำนวน 140 คน[4]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ย้อนหลัง 3 เดือน มากกว่า 240 mg/dL โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก จากนั้นเปิดตารางสำเร็จรูปของเครจซีและมอร์ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% จำนวน 103 คน[8]

เกณฑ์การคัดเข้า คือ กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่อยู่ระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่าง ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ และมีอาการผิดปกติขณะตอบแบบสัมภาษณ์ เช่น เหงื่อออกตัวเย็น มือสั่น ใจสั่น มึนงง สับสน แขนขาไม่มีแรง ชักและหมดสติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ระยะเวลาในการป่วยโรคเบาหวาน วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 10 ข้อ ด้านที่ 2 การรับรู้อุปสรรค จำนวน 13 ข้อ ด้านที่ 3 การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 12 ข้อ ด้านที่ 4 ความเชื่อมั่นในตนเอง จำนวน 8 ข้อ ด้านที่ 5 ตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม จำนวน 9 ข้อ และด้านที่ 6 การรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณ ค่า (Rating scales) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมาย แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 1) ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 อยู่ในระดับน้อย[9]

ชุดที่ 3 พฤติกรรมการป้องกัน ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านความเครียดและด้านรับประทานยา ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scales) 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย จำนวน 13 ข้อ การแปลความหมาย แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 1) ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 อยู่ใน ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 อยู่ในระดับไม่ดี[9]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ชุด มีค่าดัชนีความตรง ของเนื้อหา 0.67-1.00 การตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราสวนประมาณค่า (Rating scale) ผู้วิจัยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค[10]วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

0.886, 0.914, 0.757, 0.708, 0.755, 0.703, 0.900 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการแนะนำตัวบอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 20-25 นาที โดยให้อิสระการซักถามและตัดสินใจเข้าร่วมตามความสมัครใจ ถ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ “ลงนามยินดีเข้าร่วมการวิจัย เมื่อเข้าร่วมโครงการแล้วกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติจะไม่มีผลกระทบใด ๆ” ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน[11] การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ[12] ดังนี้

การแปลผลค่า r = 0.81-1.00, 0.51-0.80, 0.21-0.50 และ 0.00-0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ระดับสูง ระดับปานกลาง และ ระดับต่ำมาก ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ท กรุงเทพ เลขที่ NS 16/2568 (2.2) ลงวันที่10 สิงหาคม 2568 สิ้นสุดวันที่ 9 สิงหาคม 2569

ผลการศึกษา

1.ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์รวม 103 คน ส่วนมากเพศหญิง ร้อยละ 56.30 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 60-64 ปี ร้อยละ 76.79 การศึกษาส่วนมากปฐมศึกษา ร้อยละ 57.30 อาชีพส่วนมากอาชีพค้าขาย ร้อยละ 59.22 รายได้ส่วนมาก 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 38.83 สถานภาพสมรสส่วนมาก เป็นหม้าย ร้อยละ 44.66 ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนมากญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 60.19 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ส่วนมากอยู่ช่วง 240-280 mg/dl ร้อยละ 76.69 ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนมากระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.01 การรักษาในปัจจุบัน ส่วนมากรักษาด้วยยารับประทาน ร้อยละ 96.11 ภาวะแทรกซ้อน ส่วนมากพบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 61.20

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน พบว่า ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง ความเชื่อมั่นในตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน ระดับปานกลาง วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านความเครียดและด้านรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกัน ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกัน ($p < 0.01$) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ระยะ เวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกัน ($p < 0.05$)

ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน ($p < 0.05$) และการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน ($p < 0.01$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (n =103)

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมการป้องกัน		ระดับความสัมพันธ์
	r	p-value	
ปัจจัยส่วนบุคคล			
สถานภาพสมรส	0.435	0.780	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ	0.418	0.081	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้ต่อเดือน	0,408	0.082	ไม่มีความสัมพันธ์
ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน	0.423	0.082	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS)	0.276**	0.005	ระดับต่ำ
ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน	0.275**	0.005	ระดับต่ำ
วิธีการรักษา	0.434	0.083	ไม่มีความสัมพันธ์
ภาวะแทรกซ้อน	0.402**	0.000	ระดับต่ำ
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ			
การรับรู้ประโยชน์	0.256**	0.009	ระดับต่ำ
การรับรู้อุปสรรค	-0.087	0.038	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรง	0.226*	0.022	ระดับต่ำ
ความเชื่อมั่นในตนเอง	-.179	.472	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	-.111	.894	ไม่มีความสัมพันธ์
สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม	-.060	.549	ไม่มีความสัมพันธ์

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ชุมชนคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี อภิปรายผล ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกัน อภิปรายได้ว่า เพศหญิงมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าเพศชาย ผู้ที่มีคู่สมรสจะได้รับการสนับสนุนและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีคู่และผู้ที่มีโรคร่วม จะให้ความสำคัญกับการควบคุมโรค และปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ[13] ที่พบว่าเพศหญิงมีการตระหนักรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ที่ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับ (Health Belief Model: HBM)[14] ว่าด้วยปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยนอกเหนือจากองค์ประกอบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ ปัจจัยด้าน เศรษฐกิจ การศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า เพศและภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[15,16] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[17]

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกัน สอดคล้องกันแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)[14] ที่ว่าด้วยการรับรู้ประโยชน์ คือ ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์ หรือผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ความพอใจหรือความรู้สึกด้านคุณค่าในตนเอง เป็นต้น อภิปรายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความคิดและความเชื่อว่า การปฏิบัติที่ดีมีประโยชน์ นำมาถึงการลดความรุนแรง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของโรคเบาหวานนั้นได้ เช่น ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข เพื่อลดความรุนแรงของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของโรคเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการปฏิบัติพฤติกรรมด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านความเครียด และด้านการรับประทานยา ว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง ในการรักษาและป้องกันโรค สิ่งที่ตามมา คือ กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$[16, 18]

การรับรู้ความรุนแรง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกัน สอดคล้องกันแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)[14] ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค เช่น โรคนั้นรักษานานทำให้ชีวิตลำบาก มีผลต่อรายได้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา อาจทำให้พิการหรือตายก่อนวัยอันควร แม้บุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ก็จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หากไม่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูงมาก จนวิตกกังวลเกินไปอาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ อภิปรายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ความรุนแรงของโรค ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา นอกจากนั้นภาวะแทรกซ้อนของโรค ยังมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ทางสังคมอีกด้วย ในทางตรงข้ามเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลให้ความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนลดลงหรือคงที่ นำมาในการมีอายุยืนยาว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$ [15,16,19]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่ค้นพบในครั้งนี้ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี นำผลการวิจัยมาพัฒนาในการส่งเสริมและการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานด้านความรุนแรงของโรค และประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ด้านออกกำลังกาย ด้านความเครียดและด้านการรับประทานยา ด้วยวิธีการประชาสัมพันธ์ การสอนสุขศึกษารายเดี่ยวและรายกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. Soe K, Sacerdote A, Karam J, Bahtiyar G.(2011). Management of type 2 diabetes mellitus in the elderly. Maturitas. 2011:70(2):151-9.
2. International Diabetes Federation.(2021). IDF diabetes atlas (10thed.). 2021. Retrieved from [Internet]. [cited 2025 Aug 24]. Available from: https://www.diabetesatlas.org.
3. กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ. [อินเทอร์เนต]. [สืบค้นเมื่อ 24 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล. https://cbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตำหรุ.(2567). ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน. 2567.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
6. American Diabetes Association.(2022). Standards of medical care in diabetes-2022. Diabetes Care, 45(Supplement 1), [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 20]; 45(1): S1–S264.Available from: https://diabetesjournals.org/care/issue/45/Supplement_1.
7. Becker, M. H.(1974). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs:1974: 2(4), 324-508. [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 20]. Available http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407
8. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Journal of Educational and Psychological Measurement: 1970: 30(3):607-10.
9. Best, JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall: 1977.
10. Cronbach LJ.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika.1951: 16(3):297-334.
11. ชูศรี วงศ์รัตนะ.(2550). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. 2550.นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจอินเตอร์โปรแกรสซิฟ
12. Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G.(1998). Applied statistics for behavioral sciences (4th ed.). Rand McNally College Publishing: 1998
13. Babazadeh, T., Lotfi, Y., & Ranjbaran, S.(2023). Predictors of self-care behaviors and glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus. Frontiers in Public Health: 2023:10(1). doi:10.3389/fpubh.2022.1031655.
14. Janz, N. K., & Becker, M. H.(1984). The health belief model: A decade later. Health Education Quarterly: 1984:11(1), 1-47.
15. สุวิพรรณ มาปู่. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี.The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi 2565: 8(1):102-16.
16. เลิศวิทย์ เหลือผล.(2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลอาจสามารถ อ.อาจสามารถ จ.ดร้อยเอ็ด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2567: 9(1):455-66.
17. นพวรรณ แก้วแดง.(2568). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ต.ตาลเดี่ยว อ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) 2568: 35(2): 44-56.
18. มัตนา ภูมิโคกรักษ์, ขวัญชนก สุวรรณ และพรทิพย์ แก้วชิณ.(2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพรั้ง อ.พระทองคำ จ.นครราชสีมา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2566: 6(1): 121-33.
19. สุพรรษา สุวรรณสิรินนท์และรัฐพล ไกรกลาง.(2566). การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566: 9(3): 135-46.